

WHO/CHD/98.9
DISTR. : GENERALE
ORIGINAL : ANGLAIS

Données scientifiques relatives aux Dix Conditions Pour le Succès de l'Allaitement

**DEPARTEMENT SANTE ET DEVELOPPEMENT
DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT**



Organisation mondiale de la Santé

**Genève
1999**

© Organisation mondiale de la Santé 1999

Ce document n'est pas une publication officielle de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et tous les droits y afférents sont réservés par l'Organisation. S'il peut être commenté, résumé, reproduit ou traduit, partiellement ou en totalité, il ne saurait cependant l'être pour la vente ou à des fins commerciales.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

Les opinions exprimées dans les documents par des auteurs cités nommément n'engagent que lesdits auteurs.

L'illustration figurant en couverture a été adaptée à partir d'une affiche, avec la permission du Ministère de la Santé du Pérou.

Sommaire

INTRODUCTION	1
Méthodes utilisées dans le rapport	
Présentation de l'information	
Dix Conditions pour le Succès de l'Allaitement maternel	
1. Première Condition : Politiques	7
1.1 Règle	7
1.2 Introduction.....	7
1.3 Efficacité des directives liées à l'allaitement	7
1.4 Conséquences de politiques précaires	8
1.5 Politiques décourageant ou entravant le recours à l'allaitement	10
1.6 Efficacité de politiques rigoureuses.....	11
1.7 Eléments inhérents à une directive	12
1.8 Processus de développement d'une directive	13
2. Deuxième Condition : Formation.....	17
2.1 Règle	17
2.2 Introduction.....	17
2.3 Connaissances, attitudes et pratiques des personnels de soins	17
2.4 Résultats d'une formation.....	18
2.5 Durée des cours de formation	20
2.6 Conclusion	21
3. Troisième Condition : Préparation prénatale.....	26
3.1 Règle	26
3.2 Introduction.....	26
3.3 Influence sur les intentions liées à l'allaitement.....	26
3.4 Témoignages en faveur d'une préparation prénatale.....	27
3.5 Avantages de la préparation des mamelons à l'allaitement.....	29
3.6 Conclusion	30
4. Quatrième Condition : Contact précoce.....	34
4.1 Règle	34
4.2 Introduction.....	34
4.3 Effets d'un contact précoce sur l'allaitement	35
4.4 Résultats supplémentaires.....	37
4.5 Analgésie pratiquée durant la phase de travail et l'accouchement.....	37
4.6 Conclusion	38

5.	Cinquième Condition : Assistance	44
5.1	Règle	44
5.2	Introduction.....	44
5.3	Montrer aux mères comment allaiter.....	45
5.4	Aider les mères séparées de leur enfant durant leur séjour en maternité	47
5.5	Conclusion	49
6.	Sixième Condition : Utilisation de suppléments	53
6.1	Règle	53
6.2	Introduction.....	53
6.3	Conséquences sur l'allaitement de l'usage fait en maternité des apports alimentaires et des suppléments	54
6.4	Conséquences de l'utilisation de suppléments sur l'allaitement de retour au domicile	56
6.5	Autres conséquences.....	57
6.6	Conséquences sur l'allaitement d'une distribution gratuite d'échantillons de substituts du lait maternel	57
6.7	Impact et rentabilité d'une limitation des substituts du lait maternel en maternité	59
6.8	Conclusion	60
7.	Septième Condition : Placement de l'enfant auprès de sa mère	69
7.1	Règle	69
7.2	Introduction.....	69
7.3	Avantages à laisser l'enfant avec sa mère pour la pratique de l'allaitement	70
7.4	Résultats supplémentaires.....	71
7.5	Raisons, diversement acceptables, de ne pas vouloir réunir mère et enfant dans un même espace.....	72
7.6	Influence sur l'allaitement du partage d'un même lit entre la mère et son enfant et autres conséquences y afférentes.....	72
7.7	Conclusion	73
8.	Huitième Condition : Allaitement à la demande	76
8.1	Règle	76
8.2	Introduction.....	76
8.3	Fréquence et durée des tétées dès la naissance.....	77
8.4	Incidences d'un allaitement pratiqué sans restrictions	77
8.5	Résultats supplémentaires.....	79
8.6	Conclusion	79

9.	Neuvième Condition : Tétines et sucettes	82
9.1	Règle	82
9.2	Introduction.....	82
9.3	Conséquences de l'utilisation de tétines artificielles sur l'allaitement.	82
9.4	Conséquences de l'utilisation de sucettes sur l'allaitement.....	84
9.5	Autres conséquences liées à l'utilisation de tétines artificielles et de sucettes	86
9.6	Conclusion	87
10.	Dixième Condition : Prolonger le soutien	91
10.1	Règle	91
10.2	Introduction.....	91
10.3	Incidence sur l'allaitement du soutien rencontré après avoir quitté la maternité : Services de santé.....	92
10.4	Incidence sur l'allaitement du soutien rencontré après avoir quitté la maternité : Groupes de mères allaitantes	93
10.5	Incidence sur l'allaitement du soutien rencontré après avoir quitté la maternité : Conseillères communautaires	94
10.6	Conclusion	95
11.	Interventions coordonnées	103
11.1	Introduction.....	103
11.2	Incidence sur la pratique de l'allaitement.....	103
11.3	Incidence des interventions coordonnées sur le facteur de rentabilité et la morbidité.....	105
	CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS	110
	BIBLIOGRAPHIE	113
	Liste des abréviations	122
	Liste des limitations méthodologiques	122

Remerciements

Les docteurs Constanza Vallenias et Felicity Savage sont les auteurs du présent rapport. Une aide appréciable leur a été fournie par le Dr Jose Martinez dans le travail d'analyse.

De nombreux remerciements doivent être adressés aux personnes qui suivent pour leur travail de révision sur une version préliminaire du document et pour les commentaires précieux et constructifs qu'ils ont pu prodiguer : Mme Helen Armstrong (UNICEF, New York), Mme Beverley Chalmers (Ontario), Dr Gülbin Gokçay (Université d'Istanbul), Dr Rukshana Haider (International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh), Mme Elizabeth Kylberg (Université d'Uppsala), Mme Sandra Lang (Royaume-Uni), Mme Ludmila Lhotská (UNICEF, New York), Dr Nancy G. Powers (Université du Kansas), Professeur Mary Renfrew (Université de Leeds), Dr Wendelin Slusser (Université de Californie, Los Angeles), Dr Cesar G. Victora (Université fédérale de Pelotas), Dr Michael Woolridge (Université de Leeds).

Sont aussi remerciés les membres du Groupe de Travail technique de l'OMS sur l'Allaitement, représentant d'autres unités : Mme R Saadeh, Programme de Nutrition, ainsi que le Dr J Zupan, Division de la Santé reproductive (Appui technique) pour ses précieux commentaires. De même, nous nous devons de remercier le Dr Chessa Lutter (Programme de Nutrition, PAHO/OMS) pour ses appréciables remarques ainsi que le Dr Nadia Meyer pour sa révision de la liste bibliographique. La traduction française a été révisée par le Dr Sergio Yactayo (Nantes, France).

DONNEES SCIENTIFIQUES RELATIVES AUX DIX CONDITIONS POUR LE SUCCES DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

INTRODUCTION

Les « Dix Conditions pour le succès de l'allaitement maternel » constituent la pierre angulaire de l'Initiative pour des Hôpitaux Amis des Bébé (IHAB) dont l'OMS et l'UNICEF sont à l'origine. Elles résument les pratiques utilisées en maternité visant à encourager l'allaitement. Ce document a pour but d'analyser les données relatives à l'efficacité des « Dix Conditions » et de se faire l'outil de la promotion et de l'enseignement. On peut souhaiter que directives et pratiques soient dorénavant fondées plus sur la recherche que sur les coutumes et les suppositions (Inch & Garforth, 1989).

De nombreux documents présentent de façon rationnelle certaines, voire l'intégralité des « Dix Conditions » (Perez-Escamilla et al, 1994 ; Saadeh & Akré, 1996), mais subsiste le besoin d'une révision claire et critique des données disponibles.

L'encouragement de l'IHAB visait à promouvoir la mise en place du second objectif d'intervention de la Déclaration « Innocenti » :

Faire en sorte que chaque établissement assurant des prestations de maternité respecte pleinement les **Dix Conditions pour le succès de l'Allaitement maternel** énoncées dans la déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF intitulée « Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel : le rôle spécial des services liés à la maternité »,

ainsi que du troisième objectif, applicable aux établissements de santé :

Prendre des mesures pour mettre en œuvre intégralement les principes et l'objectif de tous les articles du Code International de Commercialisation des Substituts du lait maternel et les résolutions pertinentes adoptées ultérieurement par l'Assemblée mondiale de la Santé.

La Déclaration « Innocenti » a été adoptée lors de la Quarante cinquième Assemblée mondiale de la Santé, en mai 1992, dans la Résolution WHA 45.34.

L'IHAB souligne un élément important en partie responsable de l'abandon progressif de l'allaitement, à savoir les pratiques de soins qui entravent son recours. Tant que ne seront pas améliorées les pratiques en vigueur, il sera vain de vouloir encourager l'allaitement hors d'un service de santé. Quand bien même on ne saurait tenir pour seuls responsables du faible taux d'allaitement exclusif les soins dispensés en maternité de manière inappropriée, on ne peut cependant pas ignorer qu'une prise en charge correcte constituerait une condition préalable à un accroissement de ce taux.

La manière dont les femmes nourrissent leurs enfants et la durée de l'allaitement sont soumises à de nombreux autres facteurs largement analysés par Popkin et al (1983), Forman (1984), Simopoulos & Grave (1984), Kaktürk & Zetterström (1989), Wilmoth & Elder (1995), parmi lesquels : 1) le milieu environnemental (urbain ou rural), 2) le statut socio-économique, 3) l'éducation reçue par la mère (Forman, 1984), 4) la situation professionnelle de la femme, et 5) les pressions exercées par le milieu de la distribution, la

connaissance que l'on a de l'existence de substituts du lait maternel et leur mise à disposition (Huffman, 1984). Les opinions, attitudes et pratiques relatives à l'allaitement sont aussi déterminées par des éléments d'ordre socioculturel. Lorsqu'elle doit décider de l'alimentation de son enfant, une femme peut se laisser influencer par l'attitude du père, telle qu'elle la perçoit ou telle qu'elle est en réalité (Freed, Fraley & Schanler, 1993) et par celle de parents ou amis. Le soutien qu'elle est susceptible de trouver dans sa quête d'une décision opportune participe aussi à son choix.

Les facteurs ayant une incidence sur les taux d'allaitement ne sont pas seulement nombreux et complexes, ils agissent de manière distincte selon le contexte. L'influence du père de l'enfant par exemple, variera selon que dans une société donnée, le partenaire masculin de la femme possède ou non un contrôle sur celle-ci. L'éducation reçue par la mère est associée à des taux d'allaitement accrus ou au contraire plus faibles selon que l'on se situe dans des pays industrialisés ou en développement (Forman, 1984).

Dans une même communauté, les facteurs en présence peuvent varier avec le temps et le choix d'un allaitement partiel ou exclusif s'en trouvera déterminé de manière différente (Perez-Escamilla et al, 1993). La perception du sein en tant que symbole sexuel ou le degré de confiance que la femme peut avoir en elle-même quant à produire suffisamment de lait sont deux éléments variables pouvant influencer son attitude à l'égard de l'allaitement. Dès lors, il ne serait pas surprenant d'apprendre que la mise en pratique des « Dix Conditions » influe différemment sur l'allaitement, d'une communauté à l'autre. Les études analysées ici montrent qu'effectivement il existe des différences d'une communauté à l'autre. Toutefois, ces différences concernent plus le degré des variations enregistrées que leur direction. Quand bien même les données émanant de pays industrialisés s'avèrent plus nombreuses que celles provenant de pays en développement, on estime, grâce aux témoignages disponibles, que l'introduction des « Dix Conditions » au sein de services de maternité engendrerait un développement quasi général de l'allaitement. L'application d'une Condition indépendamment des autres peut engendrer un changement, mais il apparaît plus probable d'obtenir un meilleur résultat grâce à leur mise en place intégrale. Qui plus est, omettre d'en considérer certaines peut avoir pour conséquence un impact plus faible de celles déjà mises en pratique.

Quand bien même un développement significatif et stable de l'allaitement ne saurait être envisagé sans la présence d'éléments tels que législation de l'emploi, dispense d'un enseignement, soutien de la part de la communauté, et application du Code International de Commercialisation des Substituts du lait maternel, une amélioration des pratiques de soins reste fondamentale. Ainsi que résumé dans les « Dix Conditions », les progrès visés par certaines interventions doivent intégrer la mise en place de directives, une formation des personnels de santé axée sur le soutien, avisé et de qualité, apporté aux mères avant, pendant et après leur accouchement, sans négliger un support durable assuré au sein de la communauté.

Méthodes utilisées dans le rapport

Une recherche bibliographique a été effectuée afin de mettre à jour toute publication relative à l'une ou l'autre des « Dix Conditions » et de mesurer leur impact sur l'allaitement dans les établissements de soins. Exceptionnellement, des études évaluant certaines activités menées hors de ces établissements ont été intégrées. Même si l'objectif majeur de l'IHAB est d'accroître les taux d'allaitement, d'autres données sont par ailleurs

importantes, sachant qu'elles sont susceptibles d'influencer un recours à une alimentation supplémentaire. On a donc considéré des publications intégrant des sujets tels que modification du poids de l'enfant, niveaux de bilirubine et phénomènes propres au sommeil.

Dans la mesure du possible, ce rapport aborde soit des études choisies puis contrôlées au hasard (« expérimentales »), soit des études soumises à une intervention (« quasi expérimentales »), incluant des données préalables et postérieures à l'action menée. On a procédé à l'évaluation de ces études selon des critères préétablis (Blum & Feachem, 1983 ; Perez-Escamilla et al, 1994).

Les tableaux de résultats comparatifs font état d'un certain nombre de facteurs limitants propres à chacune des études expérimentales ou quasi expérimentales. Ces facteurs limitants sont numérotés comme suit :

Limitations majeures de la validité interne :

1. Contrôle inadéquat : inexistence de données de base, différences entre groupes ignorées au moment de l'analyse.
2. Variables aléatoires non contrôlées : à savoir âge de la mère, éducation de la mère, statut socio-économique.
3. Libre choix de participer ou non : les résultats liés à l'allaitement peuvent varier selon que la mère est encline ou pas à accepter une intervention.
4. Taux de désaffection supérieur à 10 % (données faussées ne permettant pas d'exploiter les résultats) répartis inégalement entre le groupe d'intervention et le groupe témoin.
5. Validité interne non déterminée : taux de désaffection non répertorié, méthodes utilisées peu documentées ou inexistence de tout compte-rendu.

Limitations mineures des études expérimentales ou quasi expérimentales :

6. Analyse limitée à deux entités : Lors de l'évaluation d'une intervention menée en groupe (en matière d'éducation par exemple), comparer les résultats de deux groupes seulement (service hospitalier, pouponnière) risque de ne pas être évocateur des effets réels de l'intervention en question. La valeur du témoignage s'en trouve réduite.
7. Longue période de rappel : en matière d'allaitement, on possède peu de données relatives à la notion de période de rappel. En 1991, Margen et al estimaient, lors d'une étude menée au Mexique que « ... la tendance générale - chez des mères à qui l'on demandait de se remémorer, trois mois après la naissance, l'alimentation de leur enfant à l'âge de 2 semaines - était de garder en mémoire un recours plus fréquent à l'allaitement qu'au biberon, souvenir contraire à la réalité. » Dans l'optique du présent rapport, relever des faits antérieurs à 6 mois n'est pas considéré opportun.
8. Définition floue des termes indicateurs en matière d'allaitement :
 - En l'absence de définition, ou en présence d'une définition autre que celle du terme indicateur de l'OMS, allaitement « exclusif » ou « unique » était assimilé à « allaitement total ».
 - En l'absence de définition, le terme « allaitement » faisait allusion à toute forme d'allaitement.

9. Etudes fondées sur les intentions exprimées en matière d'allaitement et non sur les pratiques réelles. Ceci entame la valeur des conclusions mais ne les invalide pas.

La plupart des études répertoriées ne fournissent pas d'informations sur les effets à long terme d'actions menées dans le domaine de la santé. Il est dès lors difficile d'appréhender les conséquences négatives de pratiques inappropriées, sachant que dans le cas de l'enfant nourri au biberon, on ne pourra que difficilement modifier cette habitude. Des différences inhérentes aux résultats de deux groupes distincts n'apparaissent parfois qu'au bout de plusieurs mois ; par conséquent, lorsqu'il s'agit d'allaitement, une estimation à long terme des résultats apparaît être une caractéristique utile à toute étude.

Lorsqu'il s'agit pour une étude de comparer des « traitements » (interventions) afin de déterminer lequel/laquelle possède les meilleurs résultats, il paraît peu propice de ne considérer qu'une faible quantité de cas. Le choix rigoureux d'une quantité suffisante de personnes permettra une application globale « externe » des résultats. Lorsqu'une étude tente de mettre à jour la relation de cause à effet entre une pratique donnée et le résultat qui en découle, les paramètres d'une expérience précise (critères de sélection ou d'exclusion, variables de départ et de suivi) doivent avoir été déterminés de manière rigoureuse. Il serait souhaitable de sélectionner suffisamment de personnes, physiologiquement différentes, appartenant soit au groupe témoin soit à celui sur lequel est menée une intervention, afin d'établir des résultats statistiquement significatifs.

Dans le domaine de l'alimentation de l'enfant, il est particulièrement difficile de choisir les groupes sur lesquels on intervient de manière aléatoire. On a donc considéré comme nécessaire d'intégrer à ce rapport des études cohortes prospectives non randomisées.

Afin que soit prise en considération une étude cohorte prospective, les critères suivants étaient nécessaires : choix d'un grand échantillon, contrôle des biais de sélection, faible proportion des « perdus de vue », nombre d'abandons similaires dans tous les cas, recueil de données adéquate et, dans la mesure du possible, recours à l'analyse multivariée et aux régressions afin de mettre à jour d'éventuelles sources de confusion. Des études transversales et des études rétrospectives ont été aussi retenues lorsqu'elles fournissaient des observations utiles, et qu'elles n'avaient aucun défaut méthodologique sérieux. Considérer les effets à long terme sur la durée de l'allaitement constituait de même un critère utile.

Présentation de l'information

Dans le cas de chacune des Conditions, l'information proposée est présentée de la manière suivante :

1. Règles Mondiales inhérentes à la Condition en question, ainsi que définies pour l'Initiative OMS/UNICEF pour des Hôpitaux Amis des Bébé (1992).
2. Un descriptif de la situation au départ, sous forme d'introduction.
3. Fournies dans un ordre chronologique, des données liées à des études expérimentales ou quasi-expérimentales sur les effets de l'allaitement. Les études moins restrictives sont analysées de façon plus détaillée. Les caractéristiques limitatives des études sont présentées séparément dans des tableaux comparatifs.

4. Données complémentaires, résultats d'études prospectives longitudinales ou transversales.
5. Autres résultats d'études expérimentales et non expérimentales.
6. Discussion et conclusions.
7. Tableau comparatif des études expérimentales ou quasi expérimentales lorsqu'il existe, et/ou études longitudinales, transversales fournissant des données complémentaires. Année de publication, pays/région où l'étude a été menée, caractéristiques propres à la population et limitations d'ordre méthodologique sont des éléments inclus afin de pouvoir procéder à une comparaison entre études. Les limitations méthodologiques apparaissent de la même manière que dans la liste située au chapitre précédent. Les résultats fournis prennent en compte l'indicateur (allaitement exclusif, total ou autre) en rapport avec la durée.
8. Pour chaque Condition, les informations fournies par une étude sont présentées sous forme de graphique.

La dernière partie présente les comptes rendus d'interventions conjuguées. Les études dont les limitations majeures étaient nombreuses n'ont pas été retenues.

Dix Conditions pour le Succès de l'Allaitement maternel

Tous les établissements qui assurent des prestations de maternité et des soins aux nouveau-nés devraient:

1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.
2. Donner à tous les personnels soignants les techniques nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique.
4. Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance.
5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.
6. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication *médicale*.
7. Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour.
8. Encourager l'allaitement maternel à la demande de l'enfant.
9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.
10. 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.

PREMIERE CONDITION

1.1 « Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants. »

L'établissement devra établir par écrit une politique d'allaitement maternel comprenant les Dix Conditions et protégeant l'allaitement maternel... [elle] devra être accessible pour que tous les personnels s'occupant de mères et d'enfants puissent s'y référer... Elle devra être affichée de manière visible dans toutes les parties de l'établissement qui donnent des soins aux mères, aux nourrissons et/ou aux enfants ... et devra être affichée dans la ou les langues les plus couramment comprises par les clientes et le personnel. (Règles mondiales pour l'Initiative OMS/UNICEF des Hôpitaux Amis des Bébés, 1992.)

1.2 Introduction

Une amélioration réelle et durable des pratiques en milieu hospitalier est envisageable dans la mesure où sont élaborées des directives spécifiques, nécessaires au contrôle des activités quotidiennes de l'établissement. Ces directives peuvent exister sous forme de texte formulé par écrit ou exister implicitement sans le support de celui-ci. Parfois, des directives formulées de façon verbale possèdent le poids et l'efficacité qui peut manquer à un texte écrit. On considère cependant qu'une directive doit être transcrite afin d'être maintenue lorsqu'un changement de personnel survient ou quand il s'agit d'influer sur une opinion divergente.

En conséquence, cette Condition requiert :

- 1) des directives appropriées liées aux pratiques de l'allaitement, décidées d'un commun accord par les responsables impliqués ;
- 2) un libellé explicite de ces directives ;
- 3) que ces directives soient portées à la connaissance des personnels et patients.

Qui plus est, les responsables impliqués, que ce soit au sein d'un établissement de santé (administrateurs, assistants) ou à l'extérieur (par exemple, Ministère de la Santé), doivent non seulement s'investir dans l'élaboration de ces directives, mais surtout les appliquer. L'absence d'un tel engagement et du soutien de la part des chefs d'unités risque d'empêcher un développement cohérent des « Dix Conditions ». Dans l'idéal, les parents, professionnels de la santé, média, et autres groupes communautaires devraient eux aussi se sentir engagés dans l'adoption de ces directives. Certains établissements privés, plus motivés par le confort de leurs patients et des considérations purement matérielles, négligent les bienfaits à long terme sur la santé et rechignent à s'engager.

1.3 Efficacité des directives liées à l'allaitement

Il est difficile de montrer que des directives sont susceptibles d'opérer un changement lorsque l'on procède en recourant à une méthode expérimentale (Janovsky & Cassels, 1996). Afin de déterminer les relations pouvant exister entre des politiques plus ou moins rigoureuses, et des pratiques inégalement opportunes, il est plus utile

d'examiner des études descriptives et qualitatives d'expériences menées dans divers services de soins, au demeurant riches d'informations et permettant de guider le développement de politiques.

Au sein d'un même service, plus qu'une absence totale de politique, on constate plus couramment un amalgame de directives, pas toujours opportunes, engendrant une mise en pratique instable, voire incohérente. Il peut parfois s'avérer difficile d'interpréter une directive, et il arrive aussi que certaines incompatibilités engendrent une interférence des pratiques entre elles.

Dans une étude menée au Brésil en 1995, Westphal et al ont pu constater l'efficacité d'un enseignement dispensé auprès d'une équipe soudée, sur les modifications de pratiques liées à l'allaitement. Les hôpitaux dans lesquelles des équipes avaient été formées ont amélioré leurs pratiques. Il a été toutefois admis qu'un manque de coordination subsistait entre décideurs, administrateurs et personnel de soins au sein d'un même établissement.

Afin de rendre plus efficaces encore les directives liées à l'allaitement, il est nécessaire de recourir à des pratiques opportunes auxquelles tout le personnel d'un établissement doit se conformer. Les résultats, pour autant qu'ils soient significatifs, doivent être analysés et contrôlés. Ils fournissent ainsi des informations en retour propices au développement ultérieur d'autres directives.

1.4 Conséquences de politiques précaires

Reiff & Essock-Vitale (1985), dans une étude menée au sein d'un hôpital universitaire nord américain ont rapporté que la majeure partie des politiques en vigueur, des matériels pédagogiques et des programmes de soutien et de conseil favorisaient l'allaitement. Ils ont toutefois constaté l'absence de politique limitant l'usage des laits artificiels, et n'ont pu trouver qu'une seule et unique marque de préparation instantanée pour nourrissons utilisée quotidiennement dans l'unité de maternité. Interrogées en salle d'accouchement, 66 % des mères affichaient leur préférence pour un allaitement exclusif, mais quinze jours plus tard elles n'étaient plus que 23 % à allaiter sans utiliser de préparations en supplément. Au bout de deux semaines, 93 % des mères recourant à un lait artificiel se souvenaient du nom de la marque utilisée par la maternité et 88 % d'entre elles se procuraient le même produit. En conséquence, l'absence de politique propre à une Condition risque de contrarier la mise en œuvre des suivantes.

Winikoff et al (1986) ont pu observer diverses mesures contraignantes liées à l'allaitement au sein d'un hôpital des Etats-Unis d'Amérique. Les mères allaitantes étaient souvent séparées de leurs enfants durant de longues périodes, et malgré l'existence de directives tendant à limiter l'usage des laits artificiels, ceux-ci leur étaient malgré tout administrés. Dans le cas d'un traitement médicamenteux prescrit à la mère, subsistait une certaine confusion quant à savoir si celui-ci était compatible avec l'allaitement. Le personnel éprouvait par ailleurs des difficultés à déterminer concrètement quelles étaient les mères allaitantes. Faute de bouleversement dans les directives établies, le développement d'un programme englobant la formation du personnel, la mise en place de matériels pédagogiques ainsi que celle d'un service de conseil en allaitement ne pouvait avoir que peu d'impact. Les auteurs sont

parvenus à la conclusion qu'un changement ne pouvait être envisagé qu'en présence de deux paramètres essentiels : un enseignement professionnel et la volonté du personnel administratif de reconsidérer les politiques en place et les pratiques inhérentes à celles-ci.

Au Royaume-Uni, en 1989, Garforth & Garcia se sont livrés à l'étude des politiques et pratiques d'allaitement en vigueur dans les districts de santé. 93 % des responsables de services obstétricaux sollicités avaient donné leur accord afin de participer à l'enquête. Une étude plus détaillée concernait plus particulièrement huit départements. Dans leur majorité, les services recommandaient un contact mère-enfant précoce ainsi que l'installation du nourrisson dans la même chambre que sa mère ; cependant, certaines pratiques incohérentes subsistaient. La séparation de la mère et de son enfant, afin de dispenser divers soins courants, rendait le contact précoce difficile. L'allaitement à la demande, préconisé dans 97 % des services n'était pas systématiquement rendu possible, la nuit en particulier. Dans 30 % des cas seulement, les services menaient une politique « sans liquides » alors que les autres utilisaient des solutions de glucose ou des laits artificiels. Les auteurs en ont conclu que de vastes discussions étaient nécessaires afin d'améliorer les politiques et qu'une formation des personnels était motivée afin de leur montrer l'utilité d'une modification des pratiques inopportunes en vigueur jusque-là.

Dans deux hôpitaux jamaïcains, l'un situé en milieu rural, l'autre en milieu urbain, Cunningham & Segree (1990) ont pu comparer connaissances et pratiques des mères en matière d'allaitement. En faveur d'une politique de l'allaitement et malgré un matériel pédagogique quasi inexistant, l'hôpital rural obtenait plus de résultats. Celui situé en ville persistait à négliger le soutien à l'allaitement (initiation retardée et recours fréquent à des laits artificiels) bien qu'équipé de matériels pédagogiques. Les auteurs en ont conclu « ... qu'il était plus judicieux de consacrer des ressources, même limitées, à une modification des politiques, plutôt qu'à la recherche de nouvelles technologies, programmes ou personnels ».

Aux Etats-Unis d'Amérique, en 1990, Stokamer constatait l'échec d'un programme de promotion de l'allaitement au sein d'une structure hospitalière en milieu déshérité, faute de soutien administratif et de contrôle. Les cours de formation, accessibles à tout le personnel mais facultatifs, n'étaient que peu suivis. La direction n'avait pas pris en considération le degré d'acceptation des directives liées à l'allaitement par le personnel.

Wright et al (1996) décrivent une expérience menée entre 1990 et 1993 dans un hôpital des Etats-Unis d'Amérique afin de modifier les politiques et pratiques existantes. En 1993 et par rapport à 1990, on constatait qu'un plus grand nombre de nouveau-nés étaient allaités durant leur première heure de vie, que l'on recourait moins fréquemment à une alimentation supplémentaire et que les mères étaient plus nombreuses à recevoir des conseils. Les changements restaient cependant relatifs. L'unité obstétricale n'avait pas intégré l'expérience en question et l'on persistait à distribuer des paquets-cadeaux contenant des boîtes de lait artificiel. Les auteurs ont établi que « l'obstacle majeur à une telle entreprise résidait dans le fait que le personnel administratif n'en faisait pas une priorité, bien que souvent solidaire des efforts mis en œuvre. En conséquence, les infirmières n'étaient pas astreintes à participer aux cours dispensés à l'intérieur de leur service, pas plus qu'elles n'étaient

tenues pour responsables de l'utilisation de laits artificiels auprès d'enfants dont les mères avaient émis le souhait d'allaiter exclusivement. »

Dans une étude menée en Turquie, auprès de deux hôpitaux et trois cliniques, Gökçay et al (1997) ont constaté qu'aucun d'entre eux n'avait mis en pratique les « Dix Conditions ». En clinique privée, il était considéré que modifier les politiques en fonction des vœux émis par les clients constituait un obstacle au soutien de l'allaitement.

1.5 Politiques décourageant ou entravant le recours à l'allaitement

Lorsque l'on considère la question des substituts du lait maternel, des biberons et des tétines, on constate que des politiques et pratiques inadéquates peuvent ébranler les efforts fournis afin de promouvoir l'allaitement. Pour devenir « ami des bébés », un hôpital doit se soumettre aux exigences minimales du Code ainsi qu'aux résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé (WHA) qui en résultent. En l'absence de législation nationale, une mise en place de politiques est nécessaire au niveau de l'établissement. Il arrive cependant que les politiques existantes n'englobent pas la question des substituts du lait maternel. Dans une enquête soumise à tous les hôpitaux canadiens offrant des soins de maternité, 58 % faisaient état de l'existence de politiques formulées par écrit concernant l'allaitement (Levitt et al, 1996). Seuls 1,3 % admettaient n'offrir que parcimonieusement des échantillons de laits artificiels aux mères à leur sortie de la maternité.

Les pratiques susceptibles d'entraver le recours à l'allaitement et qui ne sont pas autorisées au sein des établissements amis des bébés comprennent :

- La distribution ou la mise en place d'affiches, de calendriers ou tout autre support écrit faisant la promotion d'une alimentation artificielle ou comportant les noms de marques de substituts du lait maternel ;
- La distribution gratuite d'échantillons de substituts du lait maternel aux femmes enceintes ou aux mères allaitantes, à la maternité ou au moment de leur sortie;
- La constitution de réserves, gratuites ou subventionnées, de substituts du lait maternel ou d'autres produits sur lesquels porte le Code.

Les quantités de substituts du lait maternel nécessaires doivent être mises à disposition par les voies normales d'achat sans que ne soit accordé plus de 20 % de remise sur le prix normal.

L'attitude des hôpitaux à l'égard de l'utilisation des substituts du lait maternel entraîne parfois les mères à changer d'avis lorsqu'elles envisagent d'allaiter, à perdre confiance, ceci avant même de quitter la maternité. Margen et al (1991) ont étudié les politiques et pratiques en vigueur aux sein d'établissements de santé dans trois régions du Mexique, entre autres la mise à disposition et l'utilisation de laits artificiels. Usant d'une étude longitudinale qualitative et quantitative, ils ont déterminé les souhaits qu'avaient pu émettre les mères à l'égard de l'allaitement puis ont constaté quelle était leur attitude dans la réalité. Des 59 établissements sur lesquels portait l'enquête, 80 % recevaient gratuitement des boîtes de laits artificiels. Seuls 3 % d'entre eux se procuraient ces produits à leur prix intégral. Lors de leur

première tétée, les nouveau-nés recevaient une solution de glucose ou du thé et la majorité étaient par la suite alimentés au biberon avec des préparations. 66 % des établissements ont reconnu en avoir offert aux mères à leur sortie de la maternité. Au moment de leur admission, 95 % des mères exprimaient le désir d'allaiter, dans 54 % des cas de manière exclusive, de retour à leur domicile. Cependant, durant leur séjour à l'hôpital, 40 % seulement allaitaient leur enfant, et à leur sortie, elles étaient 36 % à avoir abandonné leur idée de départ, dorénavant majoritairement favorables à l'utilisation de laits artificiels et à un usage plus systématique du biberon. 43 % uniquement envisageaient d'allaiter exclusivement. Les deux tiers des mères (64 %) qui envisageaient d'associer allaitement et alimentation au biberon pensaient ne pas avoir assez de lait.

Une étude transversale sur la promotion des substituts du lait maternel a été menée en Pologne, au Bangladesh, en Thaïlande et en Afrique du Sud (The Interagency Group on Breastfeeding Monitoring, 1997 ; Taylor, 1998). Les mères qui se souvenaient avoir reçu des informations négatives émanant de compagnies (i.e. information *assimilée par une mère* pour la promotion de l'alimentation au biberon et/ou l'abandon de l'allaitement) étaient beaucoup plus sensibilisées à l'usage du biberon que ne l'étaient celles qui n'avaient reçu aucune de ces informations. Les enfants des mères interrogées avaient entre 2,5 et 2,8 mois à ce moment-là. Les méthodes utilisées rendent les résultats significatifs uniquement pour les zones considérées.

1.6 Efficacité de politiques rigoureuses

Nombre de rapports mettent l'accent sur les avantages de politiques rigoureuses lorsqu'il s'agit d'améliorer l'efficacité des actions entreprises. Relucio-Clavano (1981) aux Philippines, Pichaiapat et al (1992) en Thaïlande, et Valdes et al (1993) au Chili, ont tous montré à quel point de meilleures pratiques hospitalières engendrent un recours plus fréquent à l'allaitement. Ils ont aussi établi que les pratiques en cours ne pouvaient être modifiées sans que les politiques elles-mêmes soient bouleversées, puis portées à la connaissance et assimilées par les personnels médicaux et infirmiers.

En 1991, Popkin et al ont analysé un programme de promotion de l'allaitement conduit au Honduras entre 1982 et 1988. Les hôpitaux avaient adopté une politique d'allaitement précoce, de placement de l'enfant dans la chambre de sa mère et d'abandon de présents sous forme de boîtes de lait artificiel et de biberons. Le résultat en fut une augmentation significative de l'initiation et de la durée de l'allaitement et les auteurs en ont conclu que les changements opérés dans les politiques et la formation au sein de l'hôpital constituaient les aspects majeurs du programme.

Bradley & Meme (1992) rendent compte d'un programme national de promotion de l'allaitement entamé au Kenya en 1983. En 1989, la position et les pratiques des hôpitaux publics avaient progressé et la durée de l'allaitement en milieu rural et urbain avait augmenté. Les caractéristiques majeures du programme résidaient dans l'adoption d'un Code de Commercialisation des Substituts du lait maternel, dans la publication, par le Ministère de la Santé, de directives destinées aux hôpitaux pour l'abandon de la distribution de boîtes de lait artificiel, l'établissement d'un contact précoce, le placement de l'enfant dans la chambre de sa mère, l'allaitement exclusif

et la formation du personnel. Les directives de principe étaient un élément-clé d'une vaste mise en place du programme.

En 1993, McDivitt et al ont analysé une campagne médiatique jordanienne pour la promotion d'une initiation précoce à l'allaitement, et l'absorption du colostrum par le nourrisson. Seules les mères ayant accouché à leur domicile où dans un hôpital favorisant de telles pratiques furent sensibilisées. Aucune amélioration ne fut constatée parmi les mères ayant accouché dans des établissements qui n'avaient pas adopté une telle politique.

Heiberg & Helsing (1995) décrivent trois enquêtes menées en Norvège entre 1973 et 1991 sur les pratiques liées à l'allaitement dans des services de maternité. De nombreux changements s'étaient opérés, et l'on recourrait plus aisément au contact précoce, au placement de l'enfant dans la chambre de sa mère durant la journée et à l'allaitement à la demande. Sur 64 services, 16 seulement bénéficiaient de directives sur l'allaitement formulées par écrit mais aucune comparaison n'avait été établie entre les uns et les autres. Les auteurs rapportent cependant que « le développement d'une ... politique est, selon les hôpitaux ayant suivi le processus, un élément extrêmement utile et instructif. »

1.7 Eléments inhérents à une directive

L'existence d'une directive propre à l'allaitement est essentielle, dans la mesure où des modifications globales menées en milieu obstétrique risquent de ne pas avoir d'incidence sur la pratique de celui-ci. Dans un essai-contrôle randomisé, Waldenström & Nilsson, (1994) n'ont pas constaté de différence dans la durée de l'allaitement (exclusif ou partiel) entre les mères, très motivées, impliquées dans les « premiers soins au nouveau-né » (suivi continu, sensibilisation aux besoins des parents, participation des parents aux soins, sans attention particulière portée à l'allaitement) et celles qui avaient reçu des soins obstétricaux standard.

Une directive propre à l'allaitement devrait à la fois mettre l'accent sur la nécessité d'instaurer des pratiques adéquates, telle que le placement de l'enfant dans la chambre de sa mère, mais aussi sur le besoin de limiter les pratiques inappropriées, notamment l'utilisation de laits artificiels sans prescription médicale, ou l'usage de tétines et de sucettes.

La coopération de responsables médicaux et de personnels administratifs peut être acquise de diverses façons, la plupart d'entre elles impliquant un processus structuré. La constitution d'un groupe de travail, de préférence multidisciplinaire et la tenue de réunions d'adhésion en sont un exemple. La participation de personnels de maternité ainsi que de puéricultrices est souhaitable, de même que celle de représentants d'associations de soutien à l'allaitement, dans la mesure du possible. Une telle collaboration engendrerait une diffusion plus importante des connaissances liées à l'allaitement hors des services de santé et permettrait de recevoir en retour des informations de la part de la communauté.

En milieu hospitalier, le libellé d'une directive devrait considérer la structure locale établie sans omettre d'intégrer les éléments suivants :

- évocation des aspirations et des objectifs dans des sections d'ordre plus général ;
- toutes directives nationales ou internationales existantes (telle que la « Wellstart Model Hospital Policy [Powers, Naylor & Wester, 1994]) qui fournissent les bases d'une politique propre au milieu hospitalier ;
- données nationales et locales disponibles, par exemple, taux d'allaitement ;
- prise en considération des *Dix Conditions pour le succès de l'allaitement maternel*, du Code et des résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé (WHA) qui en résultent comme recommandations minimales ;
- informations locales sur la pratique de chacune des Conditions et du Code ;
- informations techniques et références.

1.8 Processus de développement d'une directive

La mise en place de directives est réalisée soit au niveau national soit au niveau de l'établissement. Le processus engendré varie mais devrait intégrer dans tous les cas la participation d'experts en allaitement et éviter toute connotation commerciale, ainsi que cela est préconisé dans le Code. Il sera adapté en fonction de l'établissement.

Mettre au point une directive comporte un aspect didactique permettant d'obtenir l'adhésion d'un personnel qui, sans cela, resterait indécis. Une directive est nécessaire afin :

- qu'administrateurs et autres responsables de maternités acceptent de mettre en place et d'imposer des pratiques soutenant l'allaitement ;
- que médecins et personnel infirmier assimilent la question considérée ;
- d'établir des recommandations applicables dans un environnement spécifique.

Le processus comprend :

- l'obtention de données locales sur les pratiques et résultats liés à l'allaitement, grâce à un rapport de contrôle, par exemple ;
- l'organisation de réunions et de discussions intégrant tous les personnels concernés ;
- la présentation de résultats significatifs au niveau de la recherche et de la médecine ;
- l'organisation d'un enseignement de courte durée, tel que *Promoting breast-feeding in health facilities. A short course for administrators and policy-makers* (OMS, 1996) ;
- des investigations et analyses, avec participation de conférenciers
- la mise à disposition du personnel d'informations liées à l'allaitement, formulées par écrit ;
- l'analyse des politiques en vigueur au sein d'autres hôpitaux ;

- l'organisation de visites d'étude auprès d'autres hôpitaux ayant intégré des directives et pratiques spécifiques, ainsi qu'un échange de personnels.

Coordonner l'établissement d'une directive peut être le fait d'une personne ou d'un comité restreint désignés au sein du personnel par les responsables de l'hôpital ; tous les secteurs impliqués doivent toutefois être représentés. Il peut être nécessaire de confier la rédaction d'une version préliminaire à une personne, voire à un petit groupe désigné au sein du personnel, qui s'emploiera à faire circuler et à modifier le texte en question jusqu'à obtenir une version définitive recevant l'agrément de tous.

Les responsables et personnels administratifs de maternités devraient superviser la mise en place de directives au sein de leur établissement en veillant à observer et conseiller les personnes concernées, en leur destinant si nécessaire une formation complémentaire et en modelant les attitudes aux fins de l'application de ces directives. En 1997, Eregie constatait que dans un établissement africain ayant reçu trois ans auparavant le titre d'Hôpital Ami des Bébé, le personnel persistait à proposer de l'eau ainsi que des suppléments aux nouveau-nés.

TABLEAU 1.1. RESULTATS D'UNE ETUDE TRANSVERSALE

DIRECTIVES

Pays	Participants Critères	Importance du panel	Mode de sensibilisation	Résultats		Conclusion
				Exposé	Non exposé	
Bangladesh	Age moyen des enfants : 2,5 mois	Nombre = 385	<i>Information négative</i> émanant des compagnies perçue par les mères.	66/76 (86,8%) avaient nourri leur enfant au biberon depuis la naissance***.	104/309 (33,7 %) avaient nourri leur enfant au biberon depuis la naissance***.	Dans les 4 pays considérés, les mères qui avaient reçu une <i>information</i> <i>négative</i> émanant de compagnies étaient plus enclines à recourir au biberon.
Pologne	Age moyen des enfants : 2,8 mois	Nombre = 430	Ainsi que susmentionné.	104/153 (68 %) avaient nourri leur enfant au biberon depuis la naissance***.	71/277 (25,6 %) avaient nourri leur enfant au biberon depuis la naissance***.	
Afrique du Sud	Age moyen des enfants : 2,6 mois	Nombre = 397	Ainsi que susmentionné.	93/111 (83,8 %) avaient nourri leur enfant au biberon depuis la naissance***.	142/286 (49,7 %) avaient nourri leur enfant au biberon depuis la naissance***.	
Thaïlande	Age moyen des enfants : 2,8 mois	Nombre = 370	Ainsi que susmentionné.	47/51 (92,1 %) avaient nourri leur enfant au biberon depuis la naissance*.	253/319 (79,3 %) avaient nourri leur enfant au biberon depuis la naissance*.	

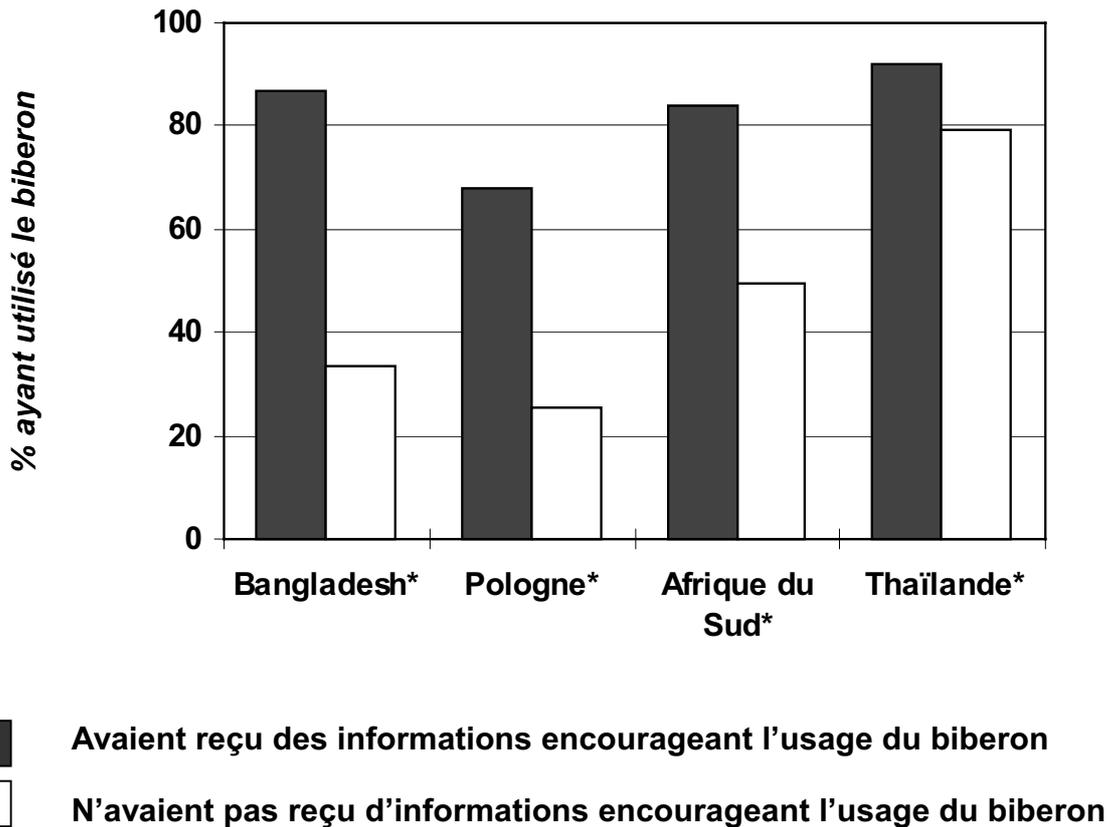
*P < 0,05 ; **P < 0,01 ; ***P < 0,001.

^a : Mères d'enfants âgés de ≤ 6 mois se rendant dans des établissements de soins sélectionnés de manière randomisée
Source : Taylor A (1988) Monitoring the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes : an epidemiological study in four countries. *British medical journal*,
316:1117-1122.

Cracking the Code. *Monitoring the International Code of Breast-milk substitutes. Country profiles.* Londres, The Interagency Group on Breastfeeding Monitoring,
1997.

Première Condition - Directives

Dans quatre pays, pourcentage de mères ayant nourri leur enfant au biberon, qu'elles aient ou non reçu des informations encourageant l'usage du biberon et/ou négligeant l'allaitement



Information reçue VS information non reçue :

*P < 0,001 ; **P < 0,005

Adapté de : *Cracking the Code. Monitoring the International Code of Breastmilk substitutes. Country profiles.* Londres, The Interagency Group on Breastfeeding Monitoring, 1997.

DEUXIEME CONDITION

2.1 « Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique. »

Tous les personnels soignants qui sont en contact quelconque avec des mères, des nourrissons et/ou des enfants doivent recevoir des instructions sur l'application de la politique d'allaitement maternel. Tous les personnels, y compris les nouveaux employés devraient suivre le programme de formation sur l'allaitement maternel et la lactation, lequel devrait durer au moins 18 heures au total, y compris 3 heures de travaux cliniques supervisés, et couvrir au moins 8 des Conditions. (Règles mondiales pour l'Initiative OMS/UNICEF des Hôpitaux Amis des Bébés, 1992.)

2.2 Introduction

Il va de soi que la mise en œuvre d'une politique de l'allaitement implique une formation. On ne peut pas attendre de la part d'agents de santé n'ayant pas été formés à la pratique de l'allaitement qu'ils dispensent aux mères des conseils avisés ni qu'ils les guident efficacement. Qui plus est, les programmes de formation des médecins, infirmières et sages-femmes éludent fréquemment ce sujet.

Afin de progresser, il est essentiel d'intégrer les aspects pratiques de l'allaitement au stade initial de la formation ; mais peut-être s'avérera-t-il nécessaire de réformer les pratiques des personnels en place avant que cette formation se révèle réellement efficace.

Il importe d'améliorer les compétences autant que de développer les connaissances, faute de quoi celles-ci ne pourront être utilisées. Il est essentiel aussi de modifier des attitudes susceptibles de gêner la promotion de l'allaitement ; notamment l'hypothèse selon laquelle les agents de santé possèdent déjà tout le savoir nécessaire, le fait de penser qu'il n'existe pas de différence notable entre l'allaitement et l'utilisation du biberon, une propension à négliger de consacrer une partie du temps de travail au soutien de l'allaitement, ainsi qu'une tendance à ne pas prendre en considération l'incidence d'informations contradictoires ou manquant de précision. Qui plus est, des agents de santé émettant des critiques ou des doutes sur les capacités des mères à produire suffisamment de lait risquent d'ébranler la confiance de celles-ci.

Pour qu'une formation continue possède des résultats, elle doit être rendue obligatoire par un règlement sévère soutenu par les personnels responsables. Dans la mesure où elle ne revêt qu'un caractère facultatif et que les responsables ne se sentent pas impliqués, il est probable qu'elle n'engendre qu'une faible participation, souvent celle de personnes déjà favorables à l'allaitement (Winikoff et al, 1987 ; Stokamer, 1990 ; Iker & Mogan, 1992).

2.3 Connaissances, attitudes et pratiques des personnels de soins

Depuis plus de dix ans, on constate que les agents de santé manquent de connaissances en matière d'allaitement et adoptent des attitudes et des pratiques inefficaces (Lawrence, 1982 ; Popkin et al, 1985, Lazzaro, Anderson & Auld, 1995). En 1982, Lawrence s'est livré à l'analyse d'une enquête menée aux Etats-Unis d'Amérique auprès de pédiatres, obstétriciens, médecins de famille et infirmières. Le taux de participation se situait entre 50 et 75 %. Un tiers reconnaissait n'avoir jamais pris l'initiative de discussions sur

l'allaitement auprès des mères et plus de 80 % des pédiatres et médecins de famille préconisaient l'usage de liquides en supplément pour des enfants allaités. Tous considéraient que le fait pour les mères de reprendre leur travail ou leurs études constituait une raison majeure à l'interruption de l'allaitement. Des résultats similaires ont été récemment rapportés (Lazzaro, 1995).

Popkin et al (1985) ont mené une enquête sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) de sages-femmes, infirmières, médecins et agents de santé communautaires exerçant dans une région des Philippines à faibles revenus. Les attitudes étaient globalement favorables à l'allaitement, mais les connaissances restaient approximatives, en particulier concernant d'éventuelles contre-indications. Le fait de participer à des conférences sur l'alimentation de l'enfant parrainées par des firmes alimentaires nuisait aux connaissances et attitudes relatives à l'allaitement.

2.4 Résultats d'une formation

Bien que l'utilité d'une formation soit amplement reconnue, on évalue ses résultats depuis peu seulement. Il est parfois difficile d'analyser les rapports existants, faute de posséder des informations sur la durée ou le contenu de la formation en question.

Deux études quasi-expérimentales ont été retenues. Au Pérou, Altobelli et al (document non publié, 1991) ont étudié les résultats d'un cours sur l'allaitement d'une durée de 20 heures dispensé auprès de personnels de soins périnataux, ainsi que les effets de la mise à disposition de matériels didactiques standard. Trois hôpitaux avaient participé : deux auprès desquels une intervention était menée, le troisième témoin. Respectivement 92 et 96 pédiatres, obstétriciens, sages-femmes, infirmières et aides-soignantes avaient suivi le cours dans son intégralité, auxquels s'étaient joints 67 personnes dans un cas, 30 dans l'autre, participant à temps partiel uniquement. Les aides-soignantes avaient bénéficié d'une formation complémentaire d'une durée de 6 heures abordant les applications cliniques des techniques d'allaitement et l'éducation dispensée auprès des mères. Les matériels didactiques abordaient notamment la question de l'introduction précoce de l'eau dans l'alimentation, et comportaient un manuel destiné aux personnels de soins, un tableau visant à instruire les mères, et des calendriers offerts à celles-ci.

Neuf mois plus tard, une enquête CAP (connaissances, attitudes, pratiques) menée dans les hôpitaux qui avaient dispensé cette formation auprès de toutes les catégories de personnels concernés révélait des progrès notables, notamment concernant le premier contact mère-enfant, la technique de la prise du sein par l'enfant et un recours moindre à des aliments artificiels donnés avant la montée de lait. On ne constatait aucune amélioration au sein de l'établissement témoin. On notait par ailleurs que les mères ayant accouché dans les établissements qui avaient dispensé cette formation recouraient plus systématiquement à l'allaitement exclusif, de la naissance jusqu'à 4 semaines au-delà (voir le tableau 2.1).

Westphal et al (1995) ont étudié les résultats d'un cours de trois semaines (133 heures) organisé au Brésil. Huit maternités publiques dotées de caractéristiques identiques avaient rejoint soit un groupe sur lequel une intervention était menée soit un second groupe témoin. Trois professionnels de santé dépendant des hôpitaux concernés participaient. Le cours couvrait l'intégralité des « Dix Conditions » et un tiers du temps était consacré aux activités pratiques. La plupart des participants améliorèrent substantiellement leurs connaissances à l'égard de l'allaitement (estimées lors de tests

préliminaires, puis à l'issue du cours) et leurs attitudes (déterminées grâce à des dynamiques de groupe).

Grâce à des observations précises, à des entretiens et autres discussions intégrant les groupes cibles, on évalua le degré d'acceptation des « Dix Conditions » au sein de chacun des hôpitaux, préalablement à l'organisation du cours et 6 mois après qu'il ait eut lieu. Les résultats au sein du groupe expérimental étaient meilleurs à l'issue du cours, et meilleurs que ceux du groupe témoin. On en conclut que l'organisation d'un tel cours était propice au développement des connaissances mais que l'accent n'était pas suffisamment mis sur les stratégies de mise en œuvre d'un programme, par exemple l'analyse critique de changements nécessaires au niveau de l'établissement (voir Première Condition).

On peut citer deux études CAP (connaissances, attitudes, pratiques) impliquant des agents de santé, avant et à l'issue de leur formation. En 1991, Popkin et al ont évalué un programme national de promotion de l'allaitement mis en place au Honduras. Le programme en question s'était déroulé entre 1982 et 1988 ; il concernait les changements de politiques à effectuer en milieu hospitalier, ainsi que la formation à dispenser auprès des médecins et infirmières. Lors d'une enquête menée en 1985, on constatait que les connaissances et attitudes avaient progressé depuis 1982. En 1985, les agents de santé étaient plus nombreux à préconiser l'allaitement à la naissance (87 % contre 27 %, $P < 0,001$) et l'allaitement à la demande (84 % contre 38 %, $P < 0,001$) ; ils estimaient dans un plus grand nombre que séparer la mère de son enfant était nuisible au développement d'une relation affective étroite (78 % contre 68 %, $P < 0,001$) et qu'un enfant atteint de diarrhée ne devait pas cesser d'être allaité (93 % contre 83 %, $P < 0,001$). Moins nombreux étaient ceux qui pensaient, à tort, qu'une mère malnutrie (11 % contre 31 %), un abcès du sein (57 % contre 77 %), la tuberculose (23 % contre 31 %) ou une mastite (27 % contre 57 %) présentaient des contre-indications pour l'allaitement. Des enquêtes menées au niveau national et communautaire entre 1981 et 1987 montraient par ailleurs que l'on recourrait de manière accrue et sur une plus longue période à l'allaitement sous toutes ses formes.

En 1992, Bradley & Meme rendaient compte d'un programme national de promotion de l'allaitement mis en place au Kenya. Celui-ci préconisait la formation, à travers tout le pays, de 800 agents de santé, mais aussi l'arrêt de la distribution d'échantillons gratuits de lait artificiel auprès des hôpitaux, et la mise en place de directives recommandant un contact précoce entre la mère et son enfant, le placement de l'enfant dans la même chambre que sa mère et l'absence de compléments dans l'alimentation de l'enfant. Des études CAP (connaissances, attitudes, pratiques) menées en 1982, avant l'instauration du programme, puis en 1989, six ans après qu'il ait débuté, révélaient des progrès notables. En 1989, 89 % des agents de santé recommandaient le placement permanent de l'enfant dans la chambre de sa mère, contre 49 % en 1982. Ils étaient 58 % (contre 3 %) à conseiller l'allaitement exclusif dès les premiers jours suivant la naissance. 70 % (contre 36 %) savaient qu'un enfant allaité tête plus souvent qu'un enfant nourri au biberon ; 48 % seulement préconisaient l'introduction d'aliments artificiels avant la montée de lait (contre 93 % auparavant) et 5 % (contre 80 %) utilisaient encore le biberon. Parallèlement, le nombre d'hôpitaux recommandant le placement de l'enfant auprès de sa mère et le développement entre eux d'un contact précoce suivait la même courbe ascendante ; tandis que le nombre de ceux recourant à des apports alimentaires pendant les premières heures de vie ou à l'usage de laits artificiels allait décroissant.

En 1992, Becker a rendu compte d'une enquête de petite envergure menée en Irlande dans trois services de maternité auprès de professionnels de santé afin d'évaluer leurs connaissances. En trois ans, le service au sein duquel le taux d'allaitement avait le plus progressé était celui dont le personnel donnait les meilleurs résultats et le seul pouvant se prévaloir de la collaboration d'un professionnel possédant une spécialisation universitaire dans le domaine de l'allaitement. Au sein des autres services où l'on ne constatait qu'un faible accroissement du taux d'allaitement voire une chute de ce taux, le personnel considérait maîtriser suffisamment le domaine en question afin d'aider les mères. Les informations mises à leur disposition émanaient principalement de firmes produisant des laits artificiels, celles-ci assurant des visites régulières de représentants, parrainant des séminaires sur l'alimentation infantile et mettant à disposition des mères toute une documentation. L'auteur en conclut qu'un cours de formation à l'allaitement destiné au personnel des services évalués était nécessaire, et que les connaissances d'une personne, telles que perçues par elle-même, n'étaient pas évocatrices de ses connaissances réelles.

En 1992, Iker & Mogan ont comparé, préalablement puis à l'issue d'un programme de formation à temps partiel de quatre semaines, l'usage fait de biberons, laits artificiels et solutions de glucose au sein d'un hôpital pratiquant par ailleurs le placement de l'enfant dans la même chambre que sa mère. Différentes méthodes de formation étaient utilisées, sans que ne soient cependant organisées de séances pratiques ; qui plus est, faute d'être obligatoire, la présence des personnes concernées était irrégulière. Aucune amélioration ne fut constatée. Les auteurs ont conclu que l'information seule ne suffisait pas à modifier les comportements. Sloper, McKean & Baum (1975) faisaient les mêmes constatations après l'organisation d'un séminaire dépourvu de séances de mise en pratique.

En 1995, Valdes et al ont exposé les résultats d'un cours de trois jours organisé au Chili auprès de cent professionnels de santé, sur les pratiques cliniques de soutien à l'allaitement. Le cours abordait des sujets tels que la production lactée dans ses aspects physiologiques, contraceptifs, les compétences cliniques ainsi que les règles y afférentes. Des techniques didactiques, audiovisuelles étaient utilisées et la participation de tous était sollicitée. Dans leur compte-rendu, les auteurs ont signalé que connaissances et pratiques s'étaient améliorées. Mais faute d'une méthode strictement définie, il n'est pas possible de tirer de plus amples conclusions.

2.5 Durée des cours de formation

Selon les règles de l'IHAB, un cours de formation devrait durer au moins 18 heures, dont 3 consacrées à la pratique clinique. Bien qu'il n'existe pas d'étude formelle sur la durée spécifique de la formation, l'expérience non négligeable, accumulée préalablement à l'IHAB et par la suite, montre que 18 heures constituent un minimum, mais qu'il serait souvent souhaitable d'y consacrer plus de temps. Usant de son expérience acquise en Afrique alors qu'elle enseignait, Armstrong (1990) décrit les étapes par lesquelles passe une évolution dans les attitudes. Elle estime qu'au deuxième et troisième jour de formation correspond souvent une attitude récalcitrante à de nouvelles procédures plus opportunes ; la résistance naturelle au changement et l'expérience personnelle de l'allaitement motivant un tel comportement. Assimiler de nouvelles idées et accepter de modifier concrètement ses positions survient plus aisément à l'issue de cette étape.

Selon des témoignages verbaux recueillis dans un pays d'Afrique occidentale, tenter de réduire la durée de formation à deux jours, ainsi que préconisé par l'IHAB, était

impossible, l'assimilation des matériels didactiques ne pouvant être réduite à un si court laps de temps. En Afrique centrale et australe, on considérait que 5 jours étaient nécessaires au bon déroulement d'un cours de formation, faute d'un enseignement dispensé préalablement. Des rapports émanant de diverses autres régions montraient qu'à l'issue de trois jours de cours, une formation complémentaire était nécessaire afin d'acquérir des pratiques cliniques conformes aux règles de l'IHAB.

Une enquête de contrôle menée au Brésil (Rea & Venancio, 1998) démontre qu'un cours tel que *Le Conseil en Allaitement : Cours de formation* (WHO, 1993) d'une durée de 40 heures possède une efficacité réelle dans l'amélioration des compétences d'agents de santé. 60 professionnels de santé (un par établissement de soins), avaient été répartis au hasard soit au sein d'un groupe d'intervention (n = 20) auquel on dispensait le cours de formation, soit au sein d'un groupe témoin (n = 40). On utilisa des méthodes quantitatives et qualitatives afin de déterminer l'incidence du cours en question sur les connaissances, techniques et attitudes des participants en matière d'allaitement. Dans ce but, on les soumit à deux tests, l'un immédiatement après le cours, l'autre trois mois plus tard.

Dès le premier test, on constata que les connaissances, compétences cliniques et techniques de conseil du groupe ayant suivi la formation s'étaient nettement améliorées ; le test effectué trois mois plus tard ne venant infléchir que faiblement ces premières observations. Les changements majeurs concernaient les techniques de conseil suivantes : « écouter et apprendre », l'usage de la « communication non-verbale » et comment « renforcer la confiance et apporter un soutien ».

2.6 Conclusion

Depuis longtemps, les études transversales menées indifféremment dans des pays industrialisés ou en développement rendent clairement compte du manque global d'intérêt des professionnels de santé pour l'allaitement, que ce soit au niveau de leurs connaissances, attitudes ou pratiques. Le besoin d'un enseignement plus efficace et de meilleure qualité est manifeste ; il importe cependant de déterminer les composantes d'une telle formation, notamment son contenu, les méthodes utilisées, le nombre d'heures qu'elle nécessite, y compris celles destinées à la pratique clinique supervisée. Il ne s'agit pas simplement d'opposer les effets de « toute » formation à « pas » de formation du tout.

La modification des pratiques ne résulte pas uniquement de l'amélioration des connaissances. Elle implique aussi un changement d'attitude et un perfectionnement au niveau des compétences. Des formateurs expérimentés mettent souvent l'accent sur le fait que la pratique, pour autant qu'elle soit rigoureuse, agit plus efficacement sur les attitudes et compétences qu'une formation restant principalement théorique.

L'expérience actuelle que l'on possède de IHAB semble confirmer que 18 heures de formation (soit 3 jours) constituent un minimum, quoique des cours dispensés sur une plus longue période (par ex. 5-6 jours à temps plein), intégrant des séances cliniques quotidiennes, soient souhaitables. Afin de garantir une modification des pratiques hospitalières, la formation doit être rendue obligatoire et aller de paire avec des politiques rigoureuses, spécifiques au domaine de l'allaitement. Nulle intervention seule n'apparaît suffisante.

TABEAU 2.1. RESULTATS COMPARATIFS D'ETUDES EXPERIMENTALES - FORMATION

Etude	Participants Critères	Formation	Evaluation/Résultats	Résultats		Conclusion
				Témoïn	Intervention	
Altobelli, 91 (Pérou)	Personnel de soins périnatals dans 2 hôpitaux pour familles à faibles revenus. Hôp. A - Intervention: Conditions 1, 6, 7, 8 et 9 en pratique (159 participants). Hôp. B - Intervention: Conditions 6 et 7 en pratique (126 participants). Hôp. C - Témoïn : Pratique seule du placement de l'enfant auprès de sa mère.	20 heures de formation + 1 jour supplémentaire de cours pratique destiné aux aides-soignantes.	Etude CAP pratiquée avant (n = 323) puis 9 mois après la formation (n = 325) : Age moyen auquel les agents de santé préconisent l'introduction de l'eau dans l'alimentation : Allaitement exclusif ^a à 4 semaines : Allaitement exclusif ^a à 12 semaines :	Hôp. A (avant): 13 semaines Hôp. B (avant): 8 semaines Hôp. C (témoïn) : 2 semaines Témoïn : 13 (12 %) Témoïn : 7 (6 %)	Hôp. A (après) : 24 semaines*** Hôp. B (après) : 22 semaines*** Hôp. A : 67 (57 %)** Hôp. B : 24 (24 %)* Hôp. A : 57 (49 %)** Hôp. B : 11 (12 %)	CAP améliorées dans les hôp. A et B après la formation. Recours plus fréquent à l'allaitement exclusif à 12 semaines dans l'hôp. A ; jusqu'à 4 semaines dans l'hôp. B.
Westphal, 95 (Brésil)	Equipe de trois professionnels provenant de 4 hôpitaux, groupés avec 4 autres hôpitaux témoins ; aucune formation antérieure à l'allaitement.	3 semaines (133 heures) de cours de formation théorique et pratique.	Adoption des « Dix Conditions » : Résultats avant / après le cours de formation (% d'amélioration), données réévaluées	Tém. 1 : 2,2/3,3 (50 %) Tém. 2 : 2,3/1,6 (-30 %) Tém. 3 : 2,6/2,8 (8 %) Tém. 4 : 3,9/4,1 (5 %)	Interv. 1 : 2,5/3,1 (24 %) Interv. 2 : 2,6/4,2 (62 %) Interv. 3 : 2,9/4,8 (66 %) Interv. 4 : 3,2/ 3,7 (16 %)	Adoption plus large des « Dix Conditions » à l'issue de la formation.
Rea, 98 (Brésil)	20 agents de santé travaillant au sein de divers établissements de soins, dans une zone géographique identique ; 40 professionnels de santé sélectionnés comme témoins.	<i>Le Conseil en Allaitement : Cours de formation -</i> 2 semaines (40 heures), y compris 4 séances d'applications cliniques.	Moyenne des connaissances (%), évaluation avant le cours Moyenne des connaissances (%), évaluation immédiatement après le cours/3 mois plus tard. « Ecouter et apprendre », (DS) résultats moyens avant le cours « Ecouter et apprendre », (DS) évaluation immédiatement après le cours/3 mois plus tard. « Renforcer la confiance », (DS) résultats moyens avant le cours « Renforcer la confiance », (DS) évaluation immédiatement après le cours/3 mois plus tard.	7,9 (61 %) 14,4 (55 %)***/Non évalué 12,9 (3,4) 12,2 (3,4)***/Non évalué 25,4 (5,3) 24,3 (5,9)***/Non évalué	8,1 (62 %) 21,7 (84 %)***/20,3 (78 %)*** 12,8 (3,2) 19,4 (3,7)***/17,9 (1,99)*** 26,6 (4,9) 36 (4,9)***/35 (4,3)***	Grâce à la formation, amélioration significative et durable des connaissances, toujours satisfaisantes après 3 mois. Amélioration durable des techniques « Ecouter et apprendre ». Amélioration durable des techniques « Renforcer la confiance ».

*P < 0,05 ; **P < 0,01 ; ***P < 0,001.

DS : Déviation standard

^a : Tout liquide, autre que le lait maternel, donné à l'enfant en complètement moins de deux fois par semaine

TABEAU 2.2. ENQUETES - RESULTATS COMPARATIFS

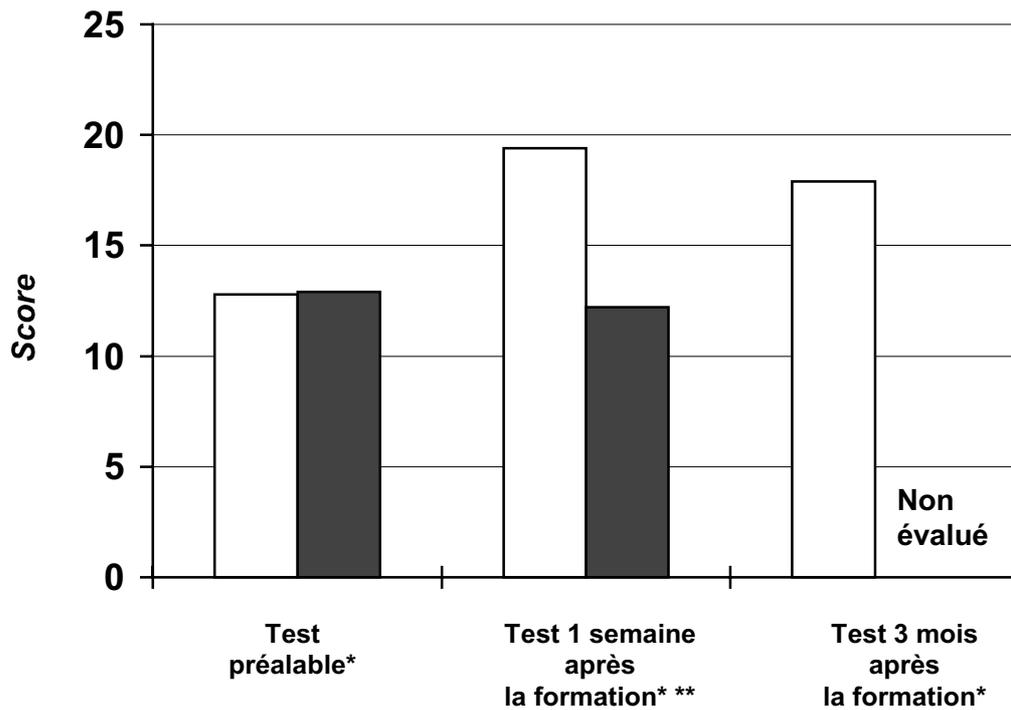
FORMATION

Étude	Participants Critères	Formation	Evaluation/Résultats	Résultats		Conclusion
				Témoïn	Intervention	
Popkin, 91 (Honduras)	Médecins et infirmières travaillant au sein de 2 hôpitaux universitaires, 1 hôpital et 1 grand centre de santé.	Formation continue pour le personnel de l'hôpital et les agents de santé communautaires. Condition 1, 4, 6, 7 et 9.	Etudes CAP menées avant la formation (n = 338) et deux ans après (n = 427) : Recommandent l'allaitement à la naissance : Croient à tort que l'abcès du sein présente une contre-indication pour l'allaitement :	27 %** 77 %**	87%** 57%**	Amélioration des connaissances et des attitudes à l'issue de la formation.
Bradley, 92 (Kenya)	Agents de santé travaillant en maternité, au sein de 41 hôpitaux publics et 17 cliniques.	Formation dispensée auprès des agents de santé et des responsables de services (durée non spécifiée) + changement de la politique du Ministère de la Santé.	Etudes CAP menées avant la formation (n = 300) et ≤ 6 ans après (n = 284) : Agents de santé en faveur du placement permanent de l'enfant dans la chambre de sa mère : Recours au biberon par les agents de santé :	49 % 80 %	89 % 5 %	CAP améliorées à l'issue de la mise en place du programme intégrant une formation.

*P < 0,05 ; **P < 0,01 ; ***P < 0,001.

Deuxième Condition - Formation

Techniques maîtrisées par les groupes formés et les groupes témoins dans les domaines « écouter et apprendre », préalablement à la formation, une semaine au terme de la formation et trois mois plus tard



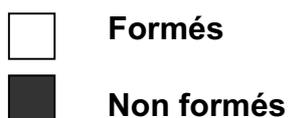
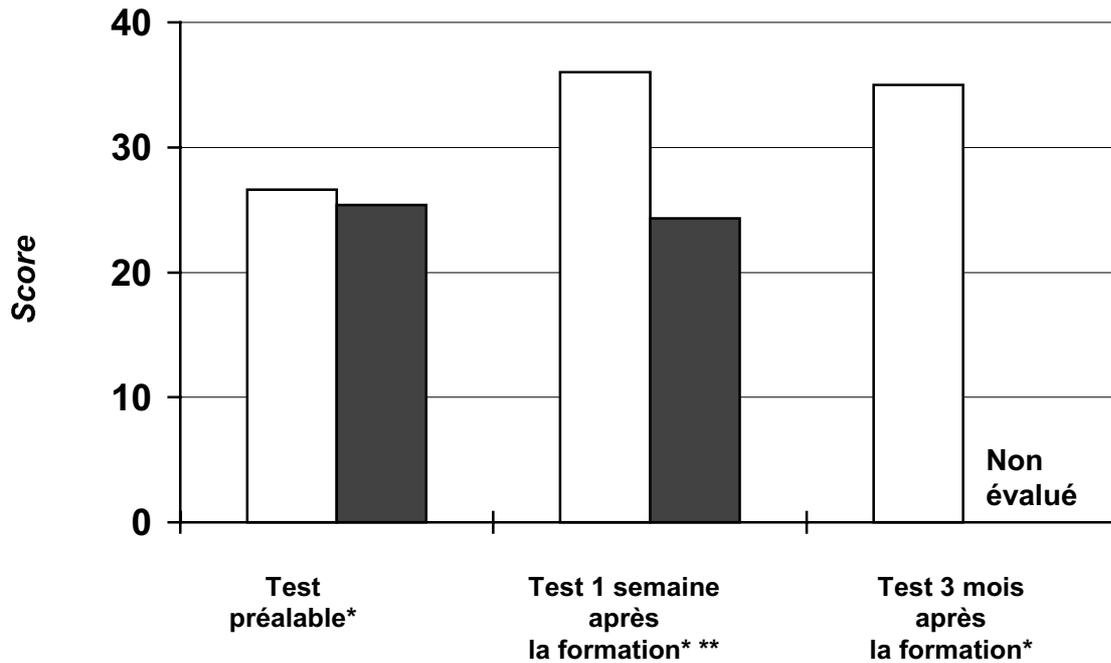
*Résultats des groupes formés - Test préalable vs 1 semaine ou 3 mois après la formation, $P < 0,001$.

**Résultats des groupes formés vs groupes témoins, $P < 0,001$.

Adapté de : Rea & Venancio SI (1998).

Deuxième Condition - Formation

Techniques maîtrisées par les groupes formés et les groupes témoins dans le domaine « renforcer la confiance » préalablement à la formation, une semaine au terme de la formation et trois mois plus tard



*Résultats des groupes formés - Test préalable vs 1 semaine ou 3 mois après la formation, $P < 0,001$.

**Résultats des groupes formés vs groupes témoins, $P < 0,001$.

Adapté de : Rea & Venancio SI (1998).

TROISIEME CONDITION

3.1 « Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique. »

Si l'hôpital a un dispensaire ou un service de soins prénatals qui lui est affilié, les conseils en allaitement [devraient] être dispensés auprès de la plupart des femmes enceintes ayant recours à ces prestations. La consultation prénatale devra inclure l'importance de l'allaitement exclusif pendant les 4 à 6 premiers mois, les avantages de l'allaitement et la pratique de base de celui-ci... Les femmes enceintes de 32 semaines ou plus ... devront confirmer que les avantages de l'allaitement ont été discutés avec elles et être capables d'énoncer au moins deux des avantages suivants : Nutrition, protection, liens affectifs, avantages pour la santé de la mère... Elles devront confirmer qu'elles n'ont reçu aucune instruction en groupe sur l'utilisation de lait en poudre. Elles devraient pouvoir décrire au moins deux des sujets suivants concernant la pratique de l'allaitement : Importance d'installer l'enfant dans la chambre de la mère, importance d'allaiter à la demande de l'enfant, manière d'assurer une quantité suffisante de lait maternel, position et prise du sein par le nourrisson. (Règles mondiales pour l'Initiative OMS/UNICEF des Hôpitaux Amis des Bébé, 1992.)

3.2 Introduction

La logique voudrait que l'on aborde avec toutes les femmes enceintes le sujet de l'alimentation de l'enfant afin de les préparer à cet aspect particulier de la maternité. Afin que leur décision soit mûrement réfléchie, un enseignement devrait leur être dispensé à ce sujet. Quelques études seulement évoquent le bien-fondé d'une telle démarche. La difficulté à mettre en place la Condition en question est fréquente, tout particulièrement dans les pays en développement où les cours de préparation à la maternité ne sont pas courants. Les consultations prénatales n'engendrent parfois qu'une faible participation ; et lorsqu'à un stade avancé de leur grossesse les femmes décident de s'y rendre, elles ont déjà opéré le choix d'une certaine alimentation pour leur enfant. Le personnel n'est parfois pas suffisant afin d'assurer des consultations fortement fréquentées ; parfois ce sont les matériels didactiques qui font défaut.

Les éléments suivants, qu'il convient d'aborder séparément, intègrent généralement une préparation prénatale :

- 1) informations sur les avantages de l'allaitement, afin d'encourager les femmes à allaiter ;
- 2) enseignement des techniques d'allaitement, afin de développer confiance et compétences ;
- 3) examen physique des seins, et préparation des mamelons.

3.3 Influence sur les intentions liées à l'allaitement

Dans les communautés au sein desquelles allaiter reste une règle, il s'avérera en général inutile de vouloir influencer le choix des femmes, déjà déterminé et favorable à l'allaitement. Dans leur cas, l'avantage majeur d'une préparation à la maternité sera d'optimiser le recours à l'allaitement, et d'écarter d'éventuelles difficultés.

Il a été démontré à de nombreuses reprises que dans les pays développés, un tiers des femmes, voire la moitié d'entre elles décident de l'alimentation de leur enfant préalablement à leur grossesse (Hally et al, 1984 ; Neifert et al ; 1988 ; Dix, 1991 ; Graffy, 1992). Les intentions peuvent varier en fonction de l'appartenance ethnique, de la situation conjugale, de l'âge (Baranowski et al, 1983, Lizarraga et al, 1992) ainsi que d'une approche sociale préalable, notamment dans le cas de la femme qui considère rétrospectivement quelle était son alimentation, bébé (Entwisle, Doering & Reilly, 1982). Les attitudes de son partenaire à l'égard de l'allaitement, telles qu'elles sont en réalité ou telles qu'elle les perçoit, peuvent influencer la décision de la femme enceinte (Freed, Fraley & Schanler, 1992 et 1993). A l'approche de la naissance, l'influence de ses paires, de ses amis, sœurs, autres parents (Labbok et al, 1988) et de son conjoint (Giugliani et al, 1994) se fait d'autant plus forte.

Les connaissances acquises, quoiqu'intégrant un grand nombre de facteurs susceptibles d'influencer le recours à l'allaitement, sont toutefois considérées comme un élément insuffisant à engendrer des résultats, de manière autonome. Kaplowitz & Olson (1983) ont montré que la distribution seule de documents écrits durant la grossesse permettait aux femmes d'améliorer leurs connaissances, mais n'opérait pas de changements au niveau de leurs attitudes, pas plus que sur la fréquence du recours à l'allaitement ou sur sa durée. Les auteurs ont suggéré qu'une approche de personne à personne posséderait plus de résultats. La taille de l'échantillon considéré était cependant trop limitée pour être représentative.

Fournir aux mères des informations favorables à l'allaitement est donc susceptible d'influencer celles qui hésitent encore ; mais il apparaît qu'un soutien social permettra d'asseoir la décision finale plus efficacement. Dans cette perspective, il s'avérera peut-être nécessaire de recourir à de nouvelles stratégies, telle que la participation aux programmes de préparation prénatale du conjoint, de la mère, de proches amis ou de paires.

3.4 Témoignages en faveur d'une préparation prénatale

Lorsqu'elle renforce leurs compétences et la confiance que les mères ont en elles, la préparation prénatale peut favoriser un recours plus fréquent à l'allaitement. L'organisation de cours semble particulièrement efficace. Dans une étude quasi expérimentale de petite envergure, Wiles (1984) a évalué les résultats d'un cours prénatal sur l'allaitement dispensé auprès de femmes vivant une première grossesse et à qui l'on destinait une préparation à l'accouchement. Le groupe sur lequel une action était menée (n = 20) s'avérait nettement plus favorable à l'allaitement que le groupe témoin (n = 20).

Kistin et al, dans une étude menée en 1990 ont évalué l'incidence d'une préparation prénatale sur toute forme d'allaitement. L'approche en question concernait des femmes de race noire à faibles revenus se rendant à une consultation prénatale dispensée par des sages-femmes. Certaines bénéficiaient d'une préparation collective (n = 38), d'autres d'une préparation individuelle (n = 36). Un troisième groupe n'avait qu'un rôle témoin (n = 56). La préparation collective se déroulait en séances de 50 à 80 minutes et abordait les sujets suivants : raisons déterminant un choix particulier d'alimentation pour l'enfant, idées reçues, physiologie, inhibitions courantes ou encore difficultés liées à l'allaitement et moyens de les surmonter. Les séances de préparation individuelle ne duraient que 15 à 30 minutes mais abordaient les mêmes questions.

Le choix des mères pour l'allaitement fut nettement plus important au sein des deux premiers groupes (45 % et 50 %) que dans le groupe témoin (22 %). Dans le cas des mères qui avaient en un premier temps choisi de recourir au biberon, 38 % de celles ayant suivi une préparation individuelle choisirent finalement d'allaiter ; au sein du groupe témoin, elles ne furent que 8 % à opérer ce choix ($P < 0,001$). En ce qui concerne les mères qui avaient opté pour l'allaitement, 13 % de celles ayant suivi la préparation collective allaitèrent effectivement pendant au moins les 12 premières semaines ; une seule personne agit de même au sein du groupe témoin ($P < 0,05$). On procéda à une analyse des variables aléatoires, contrôlant le facteur âge, évaluant les intentions à l'égard de l'allaitement durant la grossesse, une précédente expérience de l'allaitement, le soutien dont il bénéficiait, l'éducation reçue, la période de la grossesse et les projets professionnels. Durant leur séjour en maternité, la probabilité d'un recours à l'allaitement était 4,26 fois plus importante parmi les mères ayant intégré l'un ou l'autre des deux premiers groupes par rapport au groupe témoin ($P < 0,005$) et 5,16 fois plus importante pour les mères ayant suivi la préparation collective par rapport au groupe témoin ($P < 0,01$).

Jamieson (1994) et Long (1995) ont décrit les activités menées au Royaume-Uni par des groupes de travail sur l'allaitement, pendant la grossesse. Les sujets abordés concernaient principalement les connaissances, compétences et attitudes (i.e. renforcer la confiance de la mère et lui apprendre comment positionner son enfant au sein). Une évaluation du travail effectué montre qu'entre la huitième et la douzième semaine suivant la naissance, un écart de 20 % séparait les mères qui avaient intégré le groupe de travail de celles qui dépendaient d'un groupe témoin, dans la pratique de l'allaitement (Long, 1995).

Dans une étude quasi expérimentale menée à Santiago, au Chili, (Pugin et al, 1996) ont évalué les résultats d'un programme hospitalier de promotion de l'allaitement dispensant dans certains cas une préparation prénatale. Un groupe témoin avait été constitué préalablement à l'intervention menée. Le programme englobait plusieurs activités couvrant la plupart des « Dix Conditions » (voir section 11). Une préparation aux techniques d'allaitement était dispensée à un certain nombre par une infirmière sage-femme: elle concernait des groupes de 5 à 6 femmes, lors de leurs 3-5 dernières visites prénatales.

Les sujets abordés englobaient les soins spécifiques aux seins, les avantages de l'allaitement pour la mère et l'enfant, les techniques d'allaitement, l'anatomie et la physiologie, la prévention d'éventuelles difficultés, le placement de l'enfant dans la même chambre que sa mère et le contact immédiat établi entre eux. Dans le but d'effectuer des démonstrations pratiques, un tableau, un modèle de sein ainsi qu'une poupée de la taille d'un nourrisson étaient utilisés. 6 mois après leur accouchement, les femmes ayant suivi la préparation prénatale étaient beaucoup plus nombreuses à pratiquer un allaitement total que les autres femmes, dispensées de cette préparation (80 % contre 65 %, $P < 0,001$). L'écart était d'autant plus significatif dans le cas des femmes primipares (94 % contre 57 %, $P < 0,005$). On en a conclu qu'une « préparation prénatale collective aux techniques d'allaitement constituait un élément supplémentaire important de soutien à cette pratique, en particulier auprès des femmes sans expérience préalable de l'allaitement ». La constitution de groupes de discussion abordant des sujets tels qu'idées reçues, inhibitions et difficultés rencontrées, ainsi que le soutien apporté aux femmes par leurs semblables paraît aussi jouer un rôle important.

De nombreuses études ont évalué des soins prénatals dispensés par des conseillers communautaires non professionnels, dans des pays en développement (Burkhalter & Marin, 1991 ; Alvarado et al, 1996 ; Davies-Adetugbo, 1996 ; Morrow et al, 1996) ainsi qu'aux Etats-Unis d'Amérique (Long et al, 1995). Une telle initiative paraît plus facile à réaliser dans des pays ne pratiquant pas couramment de visites ou de préparations collectives prénatales. Ce sujet, intégrant la question des consultations postnatales continues, est abordé plus précisément dans la Dixième Condition.

Un élément à prendre en considération est le groupe cible à qui l'on destine cette préparation prénatale. Analysant un programme de promotion de l'allaitement mis en place en Californie, Fishman, Evans & Jenks (1988) ont souligné l'incompatibilité d'un tel programme face à une audience de femmes indochinoises. Divers arguments avancés lors de discussions organisées en présence de groupes cibles, au nombre desquels l'équilibre du système humoral dans la médecine asiatique, ou la volonté de conserver le même poids ou le même dynamisme après leur accouchement, incitaient ces femmes à privilégier les laits artificiels au détriment du lait maternel. Ne considérant qu'une perception américaine du sujet en question, les messages contenus dans ce programme, selon lesquels l'allaitement « préserve la santé, permet de gagner du temps, favorise la perte de poids et permet aux mères de développer un contact plus étroit à l'égard de leur enfant » ne pouvaient pas rencontrer l'adhésion de femmes indochinoises.

3.5 Avantages de la préparation des mamelons à l'allaitement

Lors de visites prénatales, il est souvent procédé à un examen des seins afin de déterminer s'il existe un problème, par exemple des mamelons rétractés, susceptible de rendre l'allaitement difficile. Il est parfois recommandé de préparer les mamelons à l'allaitement de diverses manières : par des massages, l'application d'une pommade, ou encore l'expression prénatale du colostrum (Inch & Garforth, 1989).

Alexander, Grant & Campbell (1992) ont étudié l'utilisation de « boucliers » et le recours à la technique d'Hoffman d'étirement des mamelons sur 96 femmes désirant allaiter, entre la vingt cinquième et la trente cinquième semaine d'une première grossesse. Les femmes qui présentaient un problème de mamelon rétracté ou peu extensible avaient rejoint de façon aléatoire l'un ou l'autre de quatre groupes constitués : l'un recourant à l'utilisation de boucliers, le second pratiquant la technique d'Hoffman, le troisième recourant aux deux, ou le quatrième ne pratiquant aucune des deux techniques. On procéda à un second examen des mamelons après leur accouchement, avant qu'elles n'allaitent pour la première fois. 6 semaines plus tard, un questionnaire leur fut soumis auxquelles 100 % répondirent. Les résultats furent analysés en fonction du groupe qu'elles avaient intégré, que le traitement ait été observé ou non.

Le second examen révéla une modification plus importante de l'anatomie des seins chez les femmes n'ayant subi aucun traitement, sans que les différences soient toutefois réellement significatives. Six semaines après leur accouchement, les femmes qui utilisaient des « boucliers » étaient moins nombreuses à allaiter que les autres (29 % contre 50 %, $P = 0,05$). Elles firent part de la douleur, de l'inconfort, des problèmes cutanés et de la gêne provoqués par le port de ces « boucliers ». 5 d'entre elles, dont 4 qui justifèrent leur choix par la difficulté de les porter, abandonnèrent l'idée d'allaiter. Six semaines après leur accouchement, aucune différence n'était par ailleurs constatée en matière d'allaitement entre les femmes ayant eu recours à la technique d'Hoffman et les autres.

Une étude similaire impliquant 17 établissements au Royaume-Uni et au Canada obtint des résultats identiques (MAIN Trial Collaborative Group, 1994). 463 femmes enceintes avaient rejoint l'un ou l'autre de quatre groupes, et 442 (soit 95 %) possédaient des données complètes. Ainsi que le montre le Tableau 3.2, au bout de 6 semaines, le taux d'allaitement était similaire, que soient ou non pratiqués les exercices ou utilisés ou pas les « boucliers ». On en conclut qu'il n'y avait aucun fondement à les recommander dans le cas de mamelons rétractés ou peu extensibles, qui par ailleurs ne nécessitaient pas d'examen systématique durant la grossesse.

L'hypothèse fut émise qu'un tel examen prénatal était susceptible d'atteindre la confiance que la femme peut avoir en elle-même en matière d'allaitement, en particulier lorsque l'on observe des mamelons rétractés ou peu extensibles (Alexander, Grant & Campbell, 1992). Les mamelons sont plus extensibles à l'approche de l'accouchement et aider une mère à placer son enfant au sein dans les premiers moments qui suivent la naissance s'avère plus efficace que tout traitement dispensé durant la période prénatale.

3.6 Conclusion

Un certain nombre d'éléments apportent la preuve de l'intérêt des consultations prénatales, en particulier dans le cas de femmes vivant une première grossesse. Lorsqu'elle aborde les techniques de l'allaitement ou qu'elle concourt à renforcer la confiance de la mère en elle-même quant à allaiter, on estime qu'une préparation prénatale possède un réel impact dans ce domaine.

Les discussions de groupe sont elles aussi utiles quand elles permettent de combattre certaines inhibitions, d'évoquer des idées reçues, ou de se livrer à des démonstrations pratiques. Aborder la question des avantages de l'allaitement ne sera susceptible d'engendrer des résultats que dans la mesure où le père de l'enfant, sa grand-mère ou les amis, influençant tous la décision d'allaiter, intègrent la discussion.

Organiser des consultations prénatales dans des zones à faibles ressources est parfois difficile. Bien que ne possédant pas de preuves expérimentales spécifiques, on estime cependant que même en petit nombre, ces consultations sont susceptibles de favoriser l'allaitement lorsqu'elles abordent ce sujet. L'opportunité d'évoquer telle ou telle question dépendra du stade de la grossesse : il sera par exemple judicieux de décrire les bienfaits de l'allaitement durant le premier trimestre, alors que l'on trouvera plus d'intérêt à discuter des craintes et des convictions plus tard. Les associations de soutien entre mères, les visites à domicile de conseillers non professionnels ainsi qu'une éducation dispensée dans la communauté pendant la grossesse peuvent se substituer à des cours de préparation prénatale organisés en milieu médical (voir Dixième Condition).

Une préparation physique des seins, même dans le cas de mamelons peu extensibles, ne présente pas d'intérêt et il n'est pas considéré nécessaire d'y recourir de manière systématique.

**TABEAU 3.1. ETUDES EXPERIMENTALES - RESULTATS COMPARATIFS
PREPARATION PRENATALE - EDUCATION**

Etude [Limitations méthodologiques]	Participants Critères	Groupe témoin/ Groupe soumis à une intervention	Importance du panel	Résultats		Conclusion
				Témoin	Intervention	
Kaplowitz, 83 (Etats-Unis d'Amérique) [8]	Femmes possédant de faibles revenus, enceintes de 4 à 6 mois, n'ayant jamais réussi à allaiter jusque-là.	Groupe témoin : Aucun prospectus distribué. Intervention : Envois consécutifs au domicile des personnes participant de 5 prospectus procurant des informations sur l'allaitement et l'alimentation au biberon.	Témoin : 22 Interv. : 18 N : 40	Evaluation des connaissances : 4,3*** Attitude inchangée.	Evaluation des connaissances : 6,3*** Pas d'amélioration dans les attitudes à l'égard de l'allaitement.	Procurer des informations par le biais de prospectus améliore les connaissances mais n'engendre pas de modification d'attitude à l'égard de l'allaitement.
Wiles, 84 (Etats-Unis d'Amérique) [8]	Femmes primipares (32ème semaine de grossesse), désirant allaiter et suivant un cours pendant la période prénatale. Nourrissons nés à terme, en bonne santé.	Groupe témoin : Cours de préparation à l'accouchement. Intervention : Cours de préparation prénatale à l'allaitement.	Témoin : 20 Interv. : 20 N : 40	Au sein du groupe témoin, 6 femmes (30 %) poursuivant l'allaitement un mois après la naissance***.	Au sein du groupe soumis à une intervention, 18 femmes (90 %) poursuivant l'allaitement un mois après la naissance***.	La poursuite de l'allaitement un mois après la naissance est associée au cours de préparation prénatale.
Kistin, 90 (Etats-Unis d'Amérique) [4] ^a	Femmes de race noire, enceintes de plus de 24 semaines, désirant allaiter ou nourrir leur enfant au biberon, ou n'ayant pas encore déterminé leur choix. Milieu de vie urbain, faibles revenus.	Groupe témoin : soins habituels. Intervention I : Cours de préparation prénatale à l'allaitement (une séance de 50-80 minutes au moins). Intervention II : Séances de préparation individuelle d'une durée de 15-30 minutes. Sujets abordés similaires à ceux du groupe soumis à l'intervention I.	Témoin : 56 Interv. I : 38 Interv. II : 36 N : 130	Recours à l'allaitement pendant leur séjour en maternité pour 13 femmes (22 %) appartenant au groupe témoin.	Interv. 1 : Recours à l'allaitement pendant leur séjour en maternité pour 17 femmes (45 %)* appartenant à ce groupe. Interv. 2 : Recours à l'allaitement pendant leur séjour en maternité pour 18 femmes (50 %)* appartenant à ce groupe.	Engager l'allaitement de manière plus fréquente est associé à la préparation prénatale.
Pugin, 96 (Chili) [6]	Femmes primipares et multipares appartenant à un milieu plus ou moins aisé et désirant allaiter. Période : Dernier trimestre de la grossesse.	Groupe témoin : Constitué préalablement à l'intervention. Interv. I : (PPHA) Soins prénatals et postnatals (Conditions 1-3 + 5-10). Interv. II : (CCPTA) Idem Interv. I + 3-5 séances collectives de préparation prénatale à l'allaitement.	Témoin : 313 Interv. I : 363 Interv. II : 59 N : 735	6 mois après la naissance, 99 femmes (32 %) pratiquaient un allaitement total.	Interv. 1 : 6 mois après la naissance, pratique d'un allaitement total par 235 femmes (65 %). Interv. I + II combinées : 6 mois après la naissance, pratique d'un allaitement total par 282 femmes (67 %)**.* Interv. II : 6 mois après la naissance, pratique d'un allaitement total par 47 femmes (80 %) appartenant à ce groupe**.	Qu'il s'agisse de femmes primipares ou multipares, augmentation du taux d'allaitement total grâce aux cours de préparation prénatale. Taux d'allaitement supérieur encore pour les femmes ayant suivi la préparation prénatale axée sur l'allaitement.

*P < 0,05 ; **P < 0,01 ; ***P < 0,001.

^a : Motifs d'abandon analysés séparément
CCPTA : Cours collectif de préparation aux techniques d'allaitement.

PPHA : Programme hospitalier de promotion de l'allaitement.

TABLEAU 3.2. ETUDES EXPERIMENTALES - RESULTATS COMPARATIFS

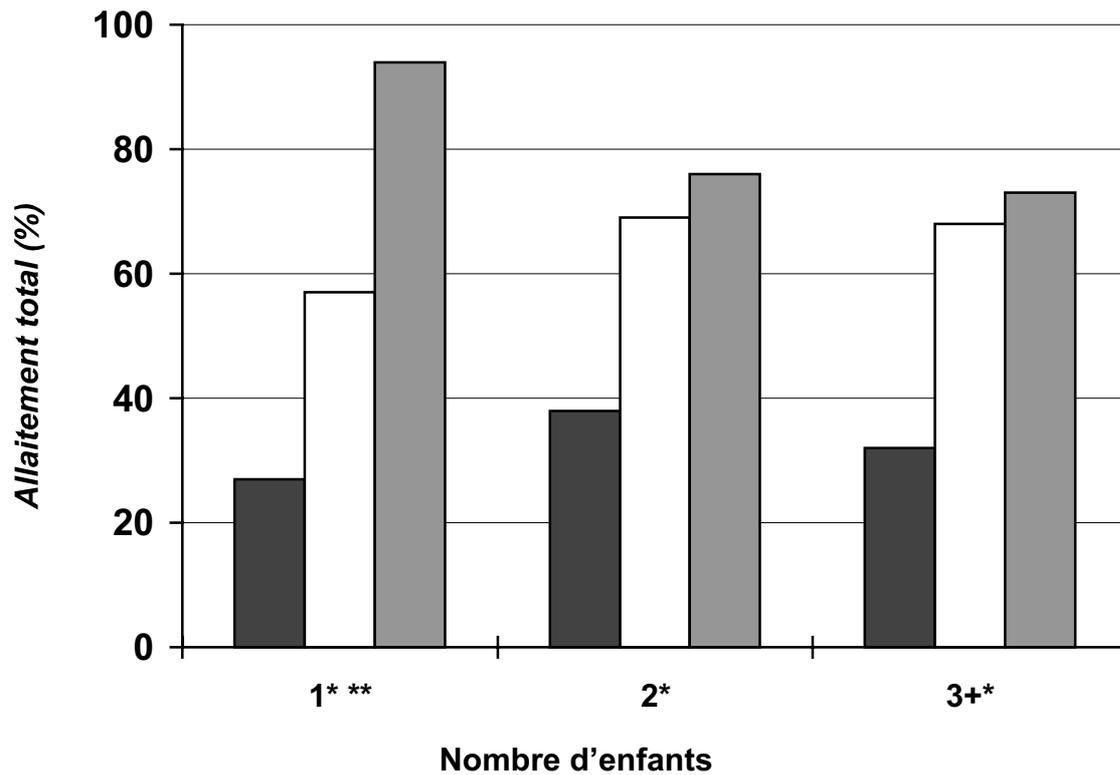
PREPARATION PRENATALE - EXAMEN DES MAMELONS

Étude [Limitations méthodologiques]	Participants Critères	Groupe témoin/ Groupe soumis à une intervention	Importance du panel	Résultats		Conclusion
				Témoin	Intervention	
Alexander, 92 (Royaume- Uni) [8]	Femmes primipares, dans leur 25-35ème semaine d'une grossesse monofoetale, et présentant un/deux mamelon(s) rétracté(s), ou peu extensible(s).	Groupe témoin : Pas de port de « protégé-mamelons » ni de pratique des exercices d'Hoffman d'étirement des mamelons. Intervention : Port de « protégé- mamelons » (PM) et/ou pratique des exercices d'Hoffman (EH) recommandé(s). Pratique du port des « protégé- mamelons » observée dans 63 % des cas. Pratique des exercices d'Hoffman observée dans 75 % des cas.	Témoin : 24 PM : 24 EH : 24 PM + EH : 24 N : 96	6 semaines après la naissance, 24 mères (50 %) n'utilisant pas de « protégé-mamelons » poursuivent l'allaitement. 6 semaines après la naissance, 19 mères (40%) ne pratiquant pas les exercices d'Hoffman poursuivent l'allaitement.	6 semaines après la naissance, 14 mères (29%) utilisant des « protégé- mamelons » (seuls ou en complément des exercices d'Hoffman), poursuivent l'allaitement. 6 semaines après la naissance, 19 mères pratiquant les exercices d'Hoffman (seuls ou en complément du port de « protégé-mamelons ») poursuivent l'allaitement.	6 semaines après la naissance, le taux d'allaitement est moindre lorsque le port des « protégé- mamelons » est recommandé. 6 semaines après la naissance, les exercices d'Hoffman ne montrent pas de résultats.
MAIN trial, 94 (Canada, Royaume-Uni)	Femmes se trouvant dans la 25-35ème semaine d'une grossesse monofoetale, et présentant un/deux mamelon(s) rétracté(s), ou peu extensible(s).	Groupe témoin : Pas de port de « protégé-mamelons » ni de pratique des exercices d'Hoffman d'étirement des mamelons. Intervention : Port de « protégé- mamelons » (PM) et/ou pratique des exercices d'Hoffman (EH) recommandé(s).	Témoin : 115 PM : 114 EH : 118 PM + EH : 116 N : 463	6 semaines après la naissance, 104 mères (45 %) n'utilisant pas de « protégé-mamelons » poursuivent l'allaitement. 6 semaines après la naissance, 100 mères (44%) ne pratiquant pas les exercices d'Hoffman poursuivent l'allaitement.	6 semaines après la naissance, 103 mères (45 %) appartenant au groupe préconisant le port de « protégé-mamelons » poursuivent l'allaitement. 6 semaines après la naissance, 107 mères (46 %) appartenant au groupe pratiquant les exercices d'Hoffman poursuivent l'allaitement.	Pas de résultats liés à la recommandation du port de « protégé- mamelons » ou de la pratique des exercices d'Hoffman.

*P < 0,05 ; **P < 0,01 ; ***P < 0,001.

Troisième Condition - Soins prénatals

Taux d'allaitement total à 6 mois, en fonction des soins prénatals prodigués et du nombre d'enfants déjà mis au monde, Santiago, Chili



-  Groupe témoin
-  Groupe d'intervention I (Condition 1-3 + 5-10)
-  Groupe d'intervention II (Condition 1-3+5-10+ séances collectives de préparation prénatale à l'allaitement)

*Groupe témoin vs Groupe d'intervention I et Groupe d'intervention II, $P < 0,0001$.

**Groupe d'intervention I vs Groupe d'intervention II, $P < 0,005$.

Adapté de : Pugin E et al (1996).

QUATRIEME CONDITION

4.1 « Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance. »

Dans le service de maternité, les mères qui ont eu un accouchement vaginal normal devraient confirmer que, dans la demi-heure suivant la naissance, on leur a donné leur bébé à tenir au contact de leur peau pendant au moins 30 minutes et qu'un membre du personnel soignant a offert de les aider à commencer d'allaiter... Au moins 50 % des mères ayant accouché par césarienne devraient confirmer que, dans la demi-heure suivant le moment où elles ont pu réagir, on leur a donné leur bébé à tenir au contact de leur peau. (Règles mondiales pour l'Initiative OMS/UNICEF des Hôpitaux Amis des Bébés, 1992.)

4.2 Introduction

Il arrive fréquemment que des nouveau-nés en bonne santé soient séparés de leur mère après l'accouchement et ne soient placés au sein qu'au terme de plusieurs heures voire de plusieurs jours, dans l'attente de la « montée de lait ». Ceci survient indifféremment lors d'accouchements en milieu hospitalier ou au domicile, au sein d'établissements traditionnels ou modernes. Une telle pratique risque de nuire non seulement à l'allaitement mais aussi au développement de la relation mère-enfant, souvent évoquée par le terme « lien mère-enfant ».

Développer un contact tactile précoce et donner l'occasion au nouveau-né de téter dans la première heure environ qui suit sa naissance sont deux éléments importants. Toute tentative d'allaitement procède de ce contact, quand bien même il n'engendre pas une tétée immédiate. Ainsi, considérant le lien étroit unissant ces deux termes, de nombreuses études analysées ici font indifféremment usage de l'un ou de l'autre. Peu nombreux sont les chercheurs établissant une distinction nette entre eux (Taylor, Maloni & Brown, 1986 ; Righard & Alade, 1990 ; Widström et al, 1990).

Des observations effectuées par Widström et al (1987) et par Righard & Alade (1990) respectivement de 10 et de 38 nouveau-nés, ont montré qu'en l'absence de sédation, les nourrissons portés sur la poitrine de leur mère immédiatement après la naissance, adoptaient un comportement caractéristique avant la première tétée dont seul le moment variait. Les premiers mouvements, effectués après 12 à 44 minutes, étaient suivis d'une prise du sein correcte accompagnée d'une tétée effectuée spontanément, au bout de 27 à 71 minutes. Widström a observé qu'après la naissance, le réflexe de succion était optimal au bout de 45 minutes, puis allait décroissant, pour s'interrompre durant deux heures à deux heures et demi.

Dans le cas d'une césarienne, il arrive que la mise en route de l'allaitement soit retardée. Selon l'état de santé de la mère ou de l'enfant, ce délai est parfois inévitable ; il ne devrait cependant pas être rendu systématique. Dans le cas d'une césarienne sous anesthésie locale, l'allaitement devrait être engagé immédiatement. S'il s'agit d'une anesthésie générale, l'allaitement pourra être mis en route au bout de quelques heures seulement, dès que la mère aura repris conscience (Gonzales, 1990).

4.3 Effets d'un contact précoce sur l'allaitement

De nombreuses études randomisées ou quasi-expérimentales ont étudié l'influence du contact précoce postnatal sur la mise en route ou la poursuite de l'allaitement et, dans certains cas, sur divers autres aspects de la relation mère-enfant.

Righard & Alade (1990) ont étudié les effets du contact précoce sur la première tétée. Avec la collaboration d'une sage-femme et des mères concernées, ils se sont livrés à une comparaison entre des enfants répartis au sein de deux groupes, l'un pratiquant le « contact », l'autre la « séparation » immédiatement après la naissance. Au sein du premier groupe (38 nourrissons), le contact était établi aussitôt après la naissance, pour une durée d'une heure au moins. 24 étaient correctement au bout de 49 minutes en moyenne. Dans le cas du second groupe (34 nourrissons), le contact était pratiqué immédiatement, mais les enfants étaient séparés de leur mère au bout de 20 minutes pour ne la retrouver que 20 minutes plus tard. 7 d'entre eux seulement étaient efficacement, la différence étant considérée comme significative ($P < 0,001$).

Quatre études démontrent l'efficacité du contact précoce sur une augmentation des taux d'allaitement entre 2 et 3 mois (Sosa et al, 1976 ; de Chateau & Wiberg, 1977a ; Thomson, Hartsock & Larson, 1979 ; Ali & Lowry, 1981). Une étude a constaté un effet sur la première semaine seulement (Strachan-Lindenberg, Cabrera & Jimenez, 1990) et enfin deux études n'ont pas pu constater d'incidence significative (Salariya, Easton & Cater, 1978 ; Taylor et al, 1985).

Au Guatemala, Sosa et al (1976) ont effectué une étude concernant 40 femmes réparties au hasard entre deux groupes, l'un pratiquant le contact précoce, l'autre témoin, un suivi à domicile leur étant assuré par la suite. Le contact précoce était engagé après l'expulsion du placenta et la pratique d'une épisiotomie et était maintenu pendant 45 minutes. Au sein du groupe témoin, l'enfant n'était mis au contact de sa mère qu'au bout de 24 heures après l'accouchement. Après 3 mois, 72 % des mères appartenant au premier groupe continuaient à allaiter ; elles n'étaient que 42 % au sein du groupe témoin. La durée moyenne de l'allaitement atteignait 196 jours dans le cas d'un contact précoce, 104 jours pour le groupe témoin ($P < 0,05$).

En 1977 en Suède, De Chateau & Wiberg ont étudié le cas de 40 femmes ayant mis au monde leur premier enfant. Les mères avaient été réparties au hasard au sein de deux groupes, l'un pratiquant un contact « long et répété » avec l'enfant (tétée d'une durée de 15 à 20 minutes et contact tactile, au cours de la première heure suivant la naissance), l'autre uniquement témoin. Au bout de 3 mois, les mères pratiquant ce contact « long et répété » étaient encore 58 % à allaiter, tandis qu'elles n'étaient que 26 % dans le groupe témoin ($P < 0,05$). Les mères appartenant au premier groupe passaient plus de temps à cajoler et à solliciter l'attention de leur enfant ; les nourrissons étant de leur côté plus souriants et moins enclins à pleurer.

En 1979, Thomson, Hartsock & Larson, étudiant le cas de 30 femmes ayant mis au monde leur premier enfant et désirant allaiter, ont établi une comparaison entre les effets du contact précoce, engagé entre 15 et 30 minutes après l'accouchement et d'une durée de 15 à 20 minutes avec un contact pratiqué de manière plus systématique, immédiatement après la naissance mais ne dépassant pas 5 minutes et répété uniquement au bout de 12 à 24 heures. Deux mois après la naissance, les

mères allaitant sans recourir à des suppléments étaient plus nombreuses au sein de groupe qui avait pratiqué le contact précoce que celles qui appartenaient au groupe témoin (9/15 contre 3/15, $P < 0,05$).

Ali & Lowry (1981) ont comparé, dans le cas de 74 femmes jamaïcaines et de leurs enfants répartis au hasard au sein de deux groupes, les effets du contact pratiqué normalement (engagé environ 9 heures après la naissance) avec ceux du contact précoce (établi au bout de 45 minutes au terme de l'accouchement, et répété 9 heures plus tard). Les résultats, respectivement 6 semaines puis 12 semaines après la naissance, montraient un taux d'allaitement total plus important chez les femmes qui avaient établi un contact précoce avec leur enfant (28 % contre 18 %, $P < 0,02$) et (20 % contre 10 %, $P < 0,05$). Interrogées 12 semaines après la naissance, ces mères se montraient plus enclines à communiquer avec leur enfant, à se lever et à participer lorsque des soins lui étaient prodigués.

Au Nicaragua, Strachan-Lindenberg, Cabrera & Jimenez (1990) ont étudié l'incidence du contact précoce, de la promotion de l'allaitement et du placement de l'enfant dans la chambre de sa mère sur la mise en route et la poursuite de l'allaitement, dans le cas de femmes qui venaient d'accoucher de leur premier enfant (voir le tableau 4.1). Les mères en question avaient été réparties au sein de deux groupes, l'un témoin, pratiquant une séparation totale entre le moment de l'accouchement et la sortie de la maternité, 12 à 24 heures plus tard ; l'autre engageant un contact précoce entre la mère et l'enfant immédiatement après l'accouchement, d'une durée de 45 minutes, suivi d'une séparation totale jusqu'au moment de la sortie de la maternité. Au bout d'une semaine, le groupe de mères qui avait établi un contact précoce pratiquait un allaitement total plus aisément que les autres ; on ne constatait cependant aucune différence à l'âge de 4 mois. Bien que non contrôlé, l'âge des mères en question les situait pour moitié environ dans la période de l'adolescence.

Une analyse effectuée par Perez-Escamilla et al (1994) englobant les 7 études citées conclut que le contact précoce possède un effet positif sur la durée de l'allaitement, deux à trois mois après la naissance ($P < 0,05$). Celui-ci signale cependant qu'une évaluation globale de ces études engendre des résultats hétérogènes. Il mentionne en outre que des interventions complémentaires (conseils en allaitement, présence du père au moment du contact précoce) sont susceptibles d'influer sur les taux d'allaitement de manière indépendante.

Une étude section transversale (Kurinij & Shiono, 1991) menée aux Etats-Unis d'Amérique auprès de 726 femmes ayant accouché de leur premier enfant a montré qu'à l'hôpital, la prévalence d'un allaitement exclusif était moindre si la première tétée était effectuée entre 7 et 12 heures après la naissance (odds ratio corrigé = 0,5, intervalle de confiance de 95 % entre 0,3-0,8 ; OR corrigé = 0,2, CI 95 %, 0,1-0,4 respectivement).

4.4 Résultats supplémentaires

Dans le monde mammifère, on a établi que plus tôt était engagé le contact après la naissance, plus solide et durable se révélait le comportement maternel. Les preuves d'une similitude au sein du genre humain se font de plus en plus nombreuses (Rosenblatt, 1994).

Widström et al (1990) ont émis l'hypothèse qu'un contact tactile précoce du mamelon et de l'aréole (au cours des 30 premières minutes de vie) était susceptible d'influencer positivement la relation mère/enfant au cours des premiers jours suivant la naissance. Ainsi, un groupe de mères (n = 32) qui avaient pratiqué ce contact tactile du mamelon se révélaient moins enclines à laisser leur enfant durablement en pouponnière et manifestaient plus de complicité à son égard que le groupe de mères (n = 25) à qui l'on avait demandé de ne pratiquer qu'un contact tactile corporel plus général, sans privilégier particulièrement le mamelon.

Une tétée précoce augmente l'activité utérine après l'accouchement, de même qu'elle peut participer à une diminution du risque d'hémorragie post-partum. Dans une étude menée à Singapour, Chua et al (1994) ont enregistré des données relatives à l'activité utérine de 11 femmes après expulsion du placenta, soit avant, pendant et au terme de la tétée, soit lors d'une stimulation manuelle du mamelon. L'augmentation moyenne de l'activité utérine était de 66 % lorsque le mamelon était stimulé manuellement ; elle atteignait 93 % lorsque l'allaitement était pratiqué.

Christensson et al (1992) ont établi que des nouveau-nés qui développaient des contacts tactiles avec leur mère (n = 25) avaient une température axillaire et cutanée significativement plus élevée, des niveaux de glycémie à 90 minutes plus importants, un rapide retour vers le zéro d'un excès de bases négatif, et qu'ils pleuraient moins que les bébés placés dans un berceau à proximité de leur mère (n = 25).

Dans une étude plus récente, Christensson et al (1995) ont enregistré les pleurs émis par des nouveau-nés durant leurs 90 premières minutes de vie. Dix d'entre eux avaient été placés dans un berceau, douze étaient restés au contact tactile de leur mère pendant toute la durée de l'expérience et onze, laissés dans leur berceau durant les 45 premières minutes avaient ensuite été placés au contact tactile de leur mère durant les 45 minutes suivantes. Les pleurs étaient moindres chez les nourrissons restés en permanence au contact de leur mère par rapport à ceux laissés dans leur berceau ($P < 0,001$). Ils diminuaient dès que les enfants, tout d'abord séparés de leur mère, se retrouvaient au contact de celle-ci. Les pleurs en question avaient un caractère particulier, de courts sanglots que l'on aurait pu apparenter au « cri de détresse » d'autres mammifères, au moment d'une telle séparation.

4.5 Analgésie pratiquée durant la phase de travail et l'accouchement

L'administration d'analgésiques, en particulier de péthidine (mépéridine), pendant la phase de travail puis la phase expulsive risque d'interférer sur la mise en route de l'allaitement, de retarder la première tétée et de faire plus tard obstacle à cette pratique.

Dans une étude, Righard & Alade (1990) analysent le cas de femmes à qui l'on avait administré de la péthidine durant la phase de travail. Les enfants de celles-ci montraient plus de difficultés à téter durant les 2 premières heures de vie que ceux dont les mères n'avaient subi aucune anesthésie ($P < 0,001$).

Nissen et al (1995) ont étudié l'attitude de 44 nouveau-nés à l'égard de l'allaitement durant leurs 2 premières heures de vie. La recherche du sein était beaucoup plus active et débutait sensiblement plus tôt chez ceux dont les mères n'avaient pas reçu de péthidine pendant la phase de travail ($P < 0,001$). Le réflexe de la tétée était plus tardif chez les nourrissons dont les mères avaient été exposées à une administration de péthidine.

Par la suite, Nissen et al (1997) ont observé le cas de 13 nourrissons dont les mères avaient reçu 100 mg de péthidine par voie intramusculaire. Ils ont constaté que l'administration de péthidine se révélait plus nuisible au réflexe de succion si celle-ci était pratiquée 1 à 5 heures avant l'accouchement, plutôt que 8 à 10 heures auparavant.

Rajan (1994) a analysé conjointement les données d'une enquête britannique relative aux naissances avec celles d'un questionnaire soumis par correspondance à 1064 femmes (soit 10 % de l'échantillon initial) 6 semaines après leur accouchement. 45 % des femmes à qui l'on n'avait pas administré de péthidine pratiquaient un allaitement total. Leur proportion n'atteignait que 38 % dans le cas de celles ayant reçu de la péthidine ($P = 0,01$).

Une efficacité similaire est attribuée aux méthodes alternatives de soulagement de la douleur, dont le but est de réduire au minimum les effets secondaires, à la fois sur le nourrisson et sur sa mère. Hofmeyr et al (1991) ont constaté que le degré de douleur perçu par les femmes bénéficiant du soutien d'une personne les accompagnant au moment de leur accouchement était moindre (58 %) que celui des femmes qui recevaient des soins habituels (79 %, $P < 0,005$). Aucune donnée n'est disponible concernant l'efficacité d'autres méthodes.

4.6 Conclusion

Il est démontré que le contact précoce agit positivement sur la mise en route de l'allaitement immédiatement après l'accouchement et sur sa poursuite, 2 à 3 mois plus tard. Il s'avère toutefois délicat d'établir des recommandations précises, le moment auquel est pratiqué ce contact précoce ainsi que sa durée variant d'une étude à l'autre.

Les conseils suivants restent néanmoins permanents : aussi court soit-il, pratiquer un contact de 15 à 20 minutes pendant la première heure de vie apparaît bénéfique, tandis qu'une interruption de ce contact, même pour une vingtaine de minutes risque de nuire à l'allaitement. Alors que le réflexe spontané de succion ne survient qu'au bout de 45 minutes à 2 heures après la naissance, il importe d'établir un contact tactile entre la mère et l'enfant dès que possible au terme de l'accouchement.

Lorsqu'il se trouve au contact étroit de sa mère, le nourrisson choisit de manière autonome le moment où il va commencer à téter, en exerçant notamment

des mouvements de succion; il n'est dès lors pas nécessaire de le forcer à prendre le sein. Agir de la sorte risquerait de contrarier son comportement à l'égard de l'allaitement (Widström & Thingström-Paulsson, 1993).

A moins d'une raison médicale justifiée, le nourrisson ne devrait pas être séparé de sa mère après la naissance. Dans les meilleures conditions, il devrait rester dès ce moment-là et de façon permanente à son contact et décider de manière autonome du moment où il prendra le sein. Bien que laissée au libre choix, on émet comme recommandation minimale la pratique d'un contact tactile dans la demi-heure, *au plus tard*, suivant la naissance et *d'une durée de 30 minutes au moins*.

L'usage systématique de péthidine devrait être limité. En cas d'administration durant les 5 heures précédant l'accouchement, l'enfant risque de manifester une somnolence à la naissance ; auquel cas il sera peut-être nécessaire de prolonger le contact tactile avant que le nourrisson ne commence à téter.

Le contact précoce, y compris une préhension du mamelon, engendre fréquemment des résultats au niveau du comportement maternel et du développement d'une relation affective étroite entre la mère et l'enfant. Le contact tactile semble être bénéfique et devrait être encouragé aussi bien auprès de la mère ayant manifesté le désir d'allaiter que dans le cas contraire.

**TABLERAU 4.1. ETUDES EXPERIMENTALES - RESULTATS COMPARATIFS
TETEE OU CONTACT PRECOCE**

Etude [Limitations méthodologiques]	Participants Critères	Groupe témoin/ Groupe soumis à une intervention	Importance du panel	Résultats		Conclusion
				Témoin	Intervention	
Righard, 90 (Suède) [3]	Mères et nouveau-nés en bonne santé ; pas de complications durant la grossesse.	Groupe témoin : Contact immédiat pendant 20 minutes, séparation de 20 minutes et reprise du contact pour 20 minutes. Intervention : Contact immédiat et ininterrompu pour 1 heure au moins.	Témoin : 34 Interv. : 38 N : 72	Première tétée correcte pour 7 (20 %) d'entre eux***.	Première tétée correcte pour 24 (63%) d'entre eux***.	Un contact ininterrompu pendant la première heure de vie semble avoir un effet bénéfique sur la tétée.
Sosa, 76 (Guatemala) [8]	Femmes primipares de condition modeste vivant en milieu urbain. Accouchement par voie vaginale.	Groupe témoin : Premier contact 24 heures après l'accouchement. Intervention : Contact tactile établi dès la naissance, d'une durée de 45 minutes.	Témoin : 20 Interv. : 20 N : 40	3 mois après la naissance, poursuite de l'allaitement pour 8 (42 %) d'entre elles. Durée moyenne : 104 jours*.	3 mois après la naissance, poursuite de l'allaitement pour 14 (72 %) d'entre elles.	Peu d'amélioration dans les taux d'allaitement 3 mois après la naissance (P = 0,057) ; augmentation de la durée de l'allaitement.
De Chateau, 77 (Suède) [8]	Femmes primipares en bonne santé, vivant en milieu urbain. Nourrissons nés à terme et en bonne santé.	Groupe témoin : Contact d'une durée limitée avec le nourrisson enveloppé d'un vêtement, 30 minutes après la naissance. Intervention I : Tétée de 15-20 minutes et établissement d'un contact tactile durant la première heure suivant la naissance.	Témoin : 19 Interv. I : 21 N : 40	3 mois après la naissance, poursuite de l'allaitement pour 26 % d'entre elles*.	3 mois après la naissance, poursuite de l'allaitement pour 58 % d'entre elles*.	3 mois après la naissance, amélioration significative du taux d'allaitement dans le cas du groupe ayant pratiqué un contact précoce.
Salariya, 78 (Ecosse) [8]	Femmes primipares désirant allaiter. Nourrissons nés à terme et en bonne santé.	Groupe témoin I : Contact tardif + 1 tétée toutes les deux heures Groupe témoin II : Contact tardif + 1 tétée toutes les quatre heures. Intervention I : Contact établi dans les dix minutes suivant l'accouchement (contact précoce) + 1 tétée toutes les 2 heures. Intervention II : Contact précoce + 1 tétée toutes les 4 heures.	Tém. I : 27 Tém. II : 26 Interv. I : 29 Interv. II : 27 N : 109	6 semaines après la naissance, poursuite de l'allaitement pour 19 femmes (70 %) du groupe témoin I, pour 14 (54 %) du groupe témoin II, pour 33 (62 %) des deux groupes réunis.	6 semaines après la naissance, poursuite de l'allaitement pour 20 femmes (69 %) du groupe d'intervention I, pour 20 femmes du groupe d'intervention II, pour 40 (71 %) des deux groupes réunis.	Pas d'amélioration significative des taux d'allaitement 6 semaines après la naissance.
Thomson, 79 (Canada)	Femmes primipares mariées, et désirant allaiter. Nourrissons en bonne santé.	Groupe témoin : Nourrissons enveloppés d'une couverture et placés pendant moins de 5 minutes auprès de leur mère. Réunis à nouveau 12 à 24 heures plus tard. Intervention : Contact tactile (+ tétée) établi dans les 15 à 30 minutes suivant l'accouchement, d'une durée de 15 à 20 minutes.	Témoin : 15 Interv. : 15 N : 30	2 mois après la naissance, pratique d'un allaitement total par 3 mères (20 %).	2 mois après la naissance, pratique d'un allaitement total par 9 mères (60 %).	Probabilité plus grande d'un allaitement total 2 mois après la naissance dans le cas du groupe ayant pratiqué le contact précoce.

*P < 0,05 ; **P < 0,01 ; ***P < 0,001.

TABLEAU 4.1 (suite). ETUDES EXPERIMENTALES - RESULTATS COMPARATIFS

TETEE OU CONTACT PRECOCE

Etude [Limitations méthodologiques]	Participants Critères	Groupe témoin/ Groupe soumis à une intervention	Importance du panel	Résultats		Conclusion
				Témoin	Intervention	
Ali, 81 (Jamaïque)	Femmes primipares et multipares vivant en milieu urbain modeste.	Groupe témoin : Bébé entrevu un bref instant à l'issue de l'accouchement + contact établi 9 heures plus tard. Intervention : Contact établi immédiatement après la naissance, d'une durée de 45 minutes. Répété 9 heures plus tard.	Témoin : 37 Interv. : 37 N : 74	6 semaines après la naissance, pratique d'un allaitement total par 18 mères (49 %)*. 12 semaines après la naissance, pratique d'un allaitement total par 10 mères (27 %)*.	6 semaines après la naissance, pratique par 28 mères (76 %)*. 12 semaines après la naissance, pratique d'un allaitement total par 20 mères (57 %)*.	Probabilité plus importante d'un allaitement total 12 semaines après la naissance dans le cas d'un contact établi précocement.
Taylor, 85 (Etats-Unis d'Amérique) [1, 4, 7]	Femmes primipares de race blanche, mariées, vivant en ville et appartenant à une classe moyenne. Nourrissons nés à terme et en bonne santé.	Groupe témoin : 2-3 minutes passées dans les bras de leur mère, 25 minutes après la naissance. Intervention I : Ainsi que décrit ci-dessus + contact tactile établi 30 minutes après la naissance, d'une durée de 46 minutes + tétée. Intervention II : Contact établi de manière identique, pas de tétée.	Témoin : 39 Interv. I : 15 Interv. II : 24 N : 78	22 enfants (56 %) allaités durant leur séjour à la maternité*.	31 enfants (79 %) allaités durant leur séjour à la maternité dans les groupes d'intervention I et II réunis*. Interv. I : 2 mois après la naissance, 14/15 enfants (93 %) toujours allaités. Interv. II : 2 mois après la naissance, 8/16 enfants (50 %) toujours allaités.	Probabilité plus importante de mettre en route l'allaitement dans le cas du groupe ayant pratiqué le contact précoce. 2 mois après la naissance, poursuite de l'allaitement plus probable si contact précoce et tétée établis de paire.
Strachan- Lindenberg, 90 (Nicaragua) [8]	Femmes primipares de condition modeste vivant en milieu urbain. Accouchement normal par voie vaginale.	Groupe témoin I : Séparation totale + type de promotion de l'allaitement habituel. Groupe témoin II : Placement de l'enfant dans la chambre de sa mère + informations particulières dispensées au sujet de l'allaitement (moment de la première tétée non spécifié) Intervention : Contact établi entre la mère et l'enfant immédiatement après la naissance, d'une durée de 45 minutes ; suivi d'une séparation + informations spécifiques concernant l'allaitement.	Tém. I : 123 Tém. II : 116 Interv. : 136 N : 375	1 semaine après la naissance, 39 mères (32 %) pratiquant un allaitement total dans le groupe témoin I*** ; 73 (63 %) dans le groupe témoin II. 4 mois après la naissance, 12 mères (10 %) pratiquant un allaitement total dans le groupe témoin I ; 8 (7 %) dans le groupe témoin II.	1 semaine après la naissance, 72 mères (53 %) pratiquant un allaitement total*** (en comparaison du groupe témoin I uniquement). 4 mois après la naissance, 16 mères (12 %) pratiquant un allaitement total.	L'amélioration notable du taux d'allaitement total 1 semaine après la naissance est à prendre en considération uniquement dans la comparaison du groupe ayant pratiqué le contact précoce avec le groupe témoin I.

*P < 0,05 ; **P < 0,01 ; ***P < 0,001.

TABLEAU 4.2. ETUDES EXPERIMENTALES - RESULTATS COMPARATIFS

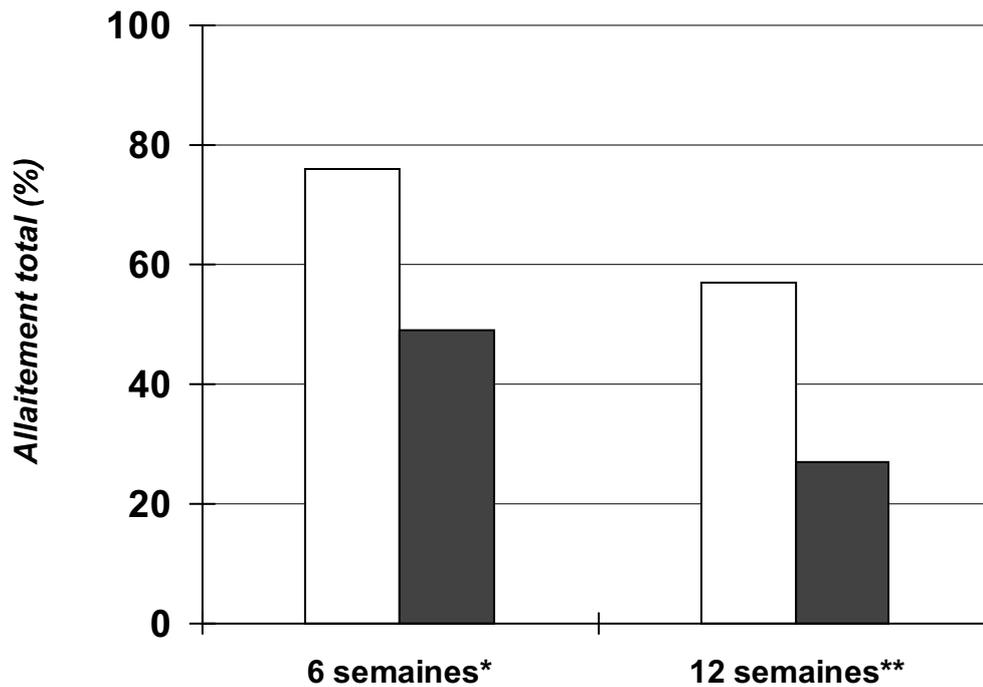
CONTACT PRECOCE - DIVERS AUTRES RESULTATS

Etude [Limitations méthodologiques]	Participants Critères	Groupe témoin/ Groupe soumis à une intervention	Importance du panel	Résultats		Conclusion
				Témoin	Intervention	
Widström, 90 (Suède)	Accouchement par voie vaginale d'un premier enfant; grossesse normale. Nourrissons nés à terme, en bonne santé.	Groupe témoin : Contact tactile immédiat pendant 45 minutes. Intervention : Ainsi que décrit ci-dessus + préhension tactile de l'aréole rapidement après la naissance ou tété dans les 30 minutes suivant l'accouchement.	Témoin : 25 Interv. : 32 N : 57	Durée totale du placement des nouveau-nés en pouponnière : 1212 minutes (580-2070).	Durée totale du placement des nouveau-nés en pouponnière : 990 minutes (370-1350)**	La relation précoce établie entre la mère et l'enfant semble avoir été favorisée par la préhension tactile de l'aréole rapidement après l'accouchement.
Christensson, 92 (Espagne)	Nourrissons nés à terme, en bonne santé. Accouchement par voie vaginale.	Groupe témoin : Nourrissons placés dans un berceau. Intervention : Etablissement d'un contact tactile dans les 10 minutes suivant l'accouchement, et d'une durée de 80 minutes.	Témoin : 25 Interv. : 25 N : 50	Température axillaire moyenne à 90 minutes : 36,8°C**. En 90 minutes, observation de 41 épisodes de pleurs espacés de 15 minutes.	Température axillaire moyenne à 90 minutes : 37,1°C**. En 90 minutes, observation de 4 épisodes de pleurs espacés de 15 minutes.	Les nourrissons bénéficiant d'un contact précoce avec leur mère présentaient une température axillaire plus élevée et pleuraient moins que ceux placés en pouponnière.
Christensson, 95 (Espagne)	Nourrissons nés à terme, en bonne santé. Grossesse sans complication. Accouchement par voie vaginale.	Groupe témoin : Nourrissons placés dans un berceau pendant toute la durée des 90 minutes. Intervention I : Contact tactile établi 10 minutes après l'accouchement pour toute la durée des 90 minutes. Intervention II : Nourrissons placés dans un berceau durant 45 minutes puis mis au contact tactile de leur mère pendant les 45 minutes suivantes. Caractéristique commune à tous : Nouveau-nés enveloppés d'un vêtement dès leur naissance et placés sur l'abdomen de leur mère pendant 30 secondes.	Témoin : 10 Interv. I : 12 Int. II : 11 N : 33	20 % des nourrissons appartenant au groupe témoin ont pleuré plus de 840 secondes et moins de 1200 secondes durant les 90 minutes de l'expérience.	Interv. I : Durée des pleurs inférieure à 420 secondes pour 100 % d'entre eux, inférieure à 60 secondes pour 80 %***. Interv. II : Durée des pleurs supérieure à 540 secondes et inférieure à 840 secondes pour 20 % d'entre eux*. (I vs II.**)	Placés au contact tactile de leur mère, les nouveau-nés pleuraient moins. Interruption des pleurs dès que mère et enfant étaient réunis à nouveau.

*P < 0,05 ; **P < 0,01 ; ***P < 0,001

Quatrième Condition - Contact précoce

Allaitement total à 6 et 12 semaines, en fonction du moment où l'enfant est mis au contact de sa mère pour la première fois



- Contact immédiat (rapidement après la naissance, pour 45 minutes)
- Contact tardif (après 9 heures)

Contact immédiat vs Contact tardif : *P < 0,02 ; **P < 0,05.

Adapté de : Ali Z & Lowry M (1981).

CINQUIEME CONDITION

5.1 « Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson. »

Le personnel soignant devrait offrir d'aider les mères à allaiter dans les 6 heures suivant l'accouchement et leur montrer comment extraire leur lait ou donner des instructions écrites à ce sujet et/ou chercher de l'aide en cas de besoin... Une assistance devrait être apportée aux mères dont les bébés sont placés dans l'unité de soins spéciaux afin de leur montrer comment faire démarrer puis entretenir la lactation par l'expression fréquente de lait... Le personnel devrait montrer aux mères comment placer et mettre leur bébé au sein et exprimer le lait à la main. (Règles mondiales pour l'Initiative OMS/UNICEF des Hôpitaux Amis des Bébé, 1992.)

5.2 Introduction

Dans le cas de certaines mères, l'allaitement ne présente pas de difficultés. Une aide sera toutefois nécessaire à un grand nombre, en particulier s'il s'agit d'une femme primipare. L'allaitement n'étant pas uniquement le fait d'un comportement instinctif, des techniques doivent être assimilées. Dans les sociétés au sein desquelles l'allaitement reste une règle et où les femmes ont coutume d'accoucher à leur domicile, l'expérience de certaines bénéficiera aux nouvelles mères. Au contraire, lorsque l'accouchement se déroule en milieu hospitalier et qu'il n'est pas aisé de trouver conseil auprès de femmes plus expérimentées, le soutien des personnels de soins est une nécessité.

Les « indications relatives à l'allaitement » ne sont pas toujours clairement formulées mais consistent communément en un soutien pratique et psychologique ainsi qu'en des messages didactiques sur les techniques et les aspects de l'alimentation. Un soutien dispensé par les personnels de soins de manière inopportune et incohérente est un frein important à l'allaitement (Winikoff et al, 1986 ; Garforth & Garcia, 1989 ; Rajan, 1993). En général, la formation des médecins, infirmières et sages-femmes n'intègre pas le conseil en allaitement, de telle sorte que les techniques nécessaires au soutien des mères leur font défaut. Pour certains responsables d'unités, l'aide apportée aux mères en matière d'allaitement ne constitue pas une priorité, n'apparaît pas dans les descriptions de poste et ne nécessite pas qu'une partie du temps de travail lui soit consacrée.

Il est cependant reconnu que l'aide apportée à la naissance présente des avantages à long terme et devrait en conséquence intégrer systématiquement les soins dispensés en maternité. Afin d'être assurée de sa capacité à positionner son enfant et à lui montrer comment prendre le sein, une mère a besoin d'aide. De même, lui permettre d'interpréter le comportement du nourrisson et d'agir en conséquence, l'informer sur l'allaitement à la demande (à chaque fois que le bébé le souhaite) et sur l'allaitement exclusif lui sera bénéfique. Lorsque des difficultés se présentent, une aide professionnelle s'avérera opportune afin de les surmonter. Mais en tout premier lieu, une mère a besoin de quelqu'un capable de lui apporter un soutien et de renforcer sa confiance.

Pour des raisons médicales ou professionnelles, de nombreuses mères se trouvent séparées de leur enfant. Proposer de montrer comment exprimer leur lait sera utile afin que le nourrisson soit nourri à la tasse le cas échéant et que la lactation soit maintenue. On privilégiera l'expression manuelle du lait - au détriment des tire-lait dont les mères risquent de se rendre dépendantes. L'expression systématique du lait après une tétée n'est pas recommandée.

5.3 Montrer aux mères comment allaiter

Huit études expérimentales ou quasi-expérimentales ont été menées afin d'analyser les diverses indications fournies en maternité au sujet de l'allaitement (de Chateau et al, 1977b ; Hall, 1978 ; Jones & West, 1986 ; Bathja & Anand, 1987 ; Strachan-Lindenberg, Cabrera & Jimenez, 1990 ; Altobelli et al, document non publié, 1991 ; Righard & Alade, 1992 ; Perez-Escamilla et al, 1992).

Les quatre premières études (de Chateau et al, 1977b ; Hall, 1978 ; Jones & West, 1986 ; Bathija & Anand, 1987) ont évalué les résultats combinés des informations prodiguées en milieu hospitalier et du soutien fourni par la suite. Ils ont pu constater une augmentation unilatérale des taux d'allaitement entre 1 et 3 mois. Les données disponibles ne permettent pas d'évaluer l'incidence particulière du soutien apporté en milieu hospitalier mais celui-ci est reconnu comme étant un élément-clé.

Strachan-Lindenberg, Cabrera & Jimenez (1990) ont étudié le cas de 375 femmes nicaraguayennes à qui l'on proposait de suivre certains conseils expérimentaux en allaitement, soit en établissant un contact précoce avec leur enfant soit en le plaçant de manière permanente dans leur chambre, ou à qui l'on ne fournissait que les indications de routine et qui restaient séparées de leur enfant jusqu'au moment de quitter la maternité. Au bout d'une semaine, le taux d'allaitement total était significativement plus élevé dans le cas des deux groupes d'intervention. A 4 mois, on constatait que la poursuite de l'allaitement était le résultat conjoint du placement de l'enfant dans la chambre de sa mère et des conseils fournis sur l'allaitement (voir tableau 7.1).

Au Pérou, Altobelli et al (document non publié, 1991) ont évalué les effets de dix messages didactiques standard - destinés à des femmes de condition modeste vivant en milieu urbain - et tendant à diminuer l'usage d'« agüitas » (infusions, eau). D'autres aspects de leur étude ont été abordés dans la « Deuxième Condition » du présent document. Un tableau utilisé à la maternité et des affiches/calendriers destinés à être ramenés au domicile et intégrant les dix messages en question accompagnés d'illustrations constituaient les matériels didactiques. Des méthodes sociales de distribution préalablement éprouvées avaient été utilisées pour la rédaction du texte. Aucune aide pratique relative aux techniques d'allaitement n'avait par ailleurs été prodiguée.

Accouchées dans un établissement hospitalier s'étant livré à une intervention, la proportion des mères qui pratiquaient un allaitement exclusif au bout de 4 semaines était de 33 % dans le cas de celles soumises à un enseignement didactique, pour n'atteindre que 16 % dans le cas de celles qui n'avaient reçu aucun enseignement particulier ($P < 0,05$). Les auteurs en ont conclu que sensibiliser les

mères à des messages didactiques spécifiques avait une influence favorable et importante sur la pratique de l'allaitement exclusif.

Righard & Alade (1992) ont évalué à quel point la manière de téter du nourrisson au moment de quitter la maternité pouvait influencer la durée de l'allaitement. Ceux dont la prise du sein était incorrecte (« succion du mamelon ») avaient soit rejoint un groupe pour lequel aucune modification n'était envisagée, soit un second groupe chez qui on la corrigeait. En 5-10 minutes, une infirmière se chargeait de montrer à la mère comment effectuer les modifications nécessaires. Un troisième groupe dont la prise du sein avait d'emblée été correcte s'était joint à l'expérience. Les mères bénéficièrent par la suite d'un suivi téléphonique, 2 semaines, puis 1, 2, 3 et 4 mois après leur accouchement.

Évalué à 1, 2, 3, puis 4 mois, le taux d'allaitement (exclusif ou partiel) se révélait significativement plus élevé dans le cas du groupe dont la prise du sein était correcte au moment de quitter la maternité par rapport à celui chez qui on ne l'avait pas modifiée ($P < 0,01$). Ce taux était similaire pour ceux dont la prise du sein avait d'emblée été correcte et pour ceux chez qui on l'avait corrigée. Les mères des nourrissons dont on n'avait pas essayé de modifier la prise du sein rencontraient plus de difficultés à allaiter et estimaient ne pas produire suffisamment de lait. Les auteurs en ont conclu que déceler puis corriger une mauvaise prise du sein aidait les mères à allaiter.

Perez-Escamilla et al (1992) ont étudié les effets consécutifs au placement de l'enfant dans la chambre de sa mère, accompagné ou non d'informations relatives à l'allaitement. Des femmes dont l'accouchement s'était déroulé dans une maternité faisant le choix de laisser l'enfant aux côtés de sa mère et de ne pas recourir aux laits artificiels avaient été réparties au hasard au sein de deux groupes, l'un auquel étaient dispensées des informations sur l'allaitement, l'autre bénéficiant uniquement des soins habituels. Les mères étaient informées de différentes façons, concrètement, par une infirmière formée à la pratique de l'allaitement, ainsi que par le biais d'une brochure et d'affiches illustrant les techniques de prise du sein et délivrant des messages tels que « Allaitiez fréquemment durant votre séjour en maternité ». Entre 8:00 h et 15:00 h et jusqu'au moment de sa sortie (1,6 jours après l'accouchement en moyenne), la mère recevait toutes les deux heures la visite de l'infirmière qui passait une quinzaine de minutes à ses côtés. Dans le cas des femmes pour qui il s'agissait d'un premier enfant, les taux d'allaitement total et partiel jusqu'à 4 mois diminuaient significativement moins lorsque des conseils en allaitement avaient été prodigués. Aucune différence n'était constatée s'il ne s'agissait pas d'un premier enfant.

Se montrer prévenant à l'égard de la mère et la soutenir, sans par ailleurs dispenser de conseils techniques ou de messages promotionnels, sera susceptible de renforcer sa confiance et d'avoir à long terme un effet bénéfique sur l'allaitement. Au contraire, des soins hospitaliers classiques risquent d'avoir un effet inverse. Dans un essai randomisé contrôlé, Hofmeyr et al (1991) ont évalué les résultats du soutien actif d'une personne accompagnant la mère durant une phase de travail ne présentant pas de complication. Un groupe de 92 femmes pour qui il s'agissait d'un premier accouchement étaient accompagnées et soutenues par une personne volontaire qui, restant dans la mesure du possible présente en permanence, s'employait principalement à reconforter, rassurer et féliciter la future mère. Les personnes en

question qui manifestaient un soutien affectif sincère étaient issues de la même communauté et restaient sur place aussi longtemps que possible, dans la plupart des cas jusqu'à la naissance. Elles n'étaient pas sollicitées au moment de la première tétée. Dans le cas du groupe témoin (n = 97), les soins cliniques dispensés étaient identiques, mais aucun soutien particulier n'était assuré.

Au bout de 6 mois, les mères qui avaient reçu un soutien étaient plus nombreuses à pratiquer un allaitement total que les autres (51 % contre 29 % respectivement, $P < 0,01$), elles évoquaient moins de difficultés à l'égard de l'allaitement (16 % contre 63 %, $P < 0,0001$), et faisaient part d'une plus grande flexibilité entre les tétées (81 % contre 47 %, $P < 0,0001$). Pour 14 % des mères appartenant à ce groupe et 32 % faisant partie du groupe témoin, l'usage du biberon était motivé par l'impression de ne pas produire suffisamment de lait ($P < 0,01$).

Un simple contact, quand bien même de courte durée, dispensé individuellement et immédiatement après l'accouchement peut avoir des effets bénéfiques. Au Zaïre, Avoa et Fischer (1990) ont constaté les résultats de conseils prodigués individuellement en 1 ou 2 minutes auprès de 304 femmes pour qui il s'agissait ou non d'un premier accouchement. L'analyse de régression multiple contrôlant la présence éventuelle de facteurs de confusion a montré que les enfants dont les mères ne recevaient pas de conseils particuliers avaient tendance à perdre plus de poids durant leur séjour en maternité (exprimé en pourcentage sur la base du poids de naissance) que ceux dont les mères avaient été informées.

5.4 Aider les mères séparées de leur enfant durant leur séjour en maternité

Lorsqu'une mère subit une césarienne ou qu'elle tombe malade, lorsque son enfant est souffrant ou que son poids à la naissance est trop faible, la perspective d'allaiter est fragilisée. Etablir un contact précoce peut s'avérer difficile, placer l'enfant dans la chambre de sa mère risque d'être reporté à plus tard et l'on recourra parfois à une alimentation supplémentaire. On estime cependant qu'une maîtrise correcte des techniques d'allaitement permettra de surmonter des situations délicates.

Perez-Escamilla, Maulén-Radovan & Dewey (1996) ont analysé des données recueillies auprès de 2517 femmes lors d'une enquête conduite au Mexique en 1987 [« Mexican Demographic and Health Survey » (DHS)]. A l'issue d'une analyse multivariée, il a été établi que pratiquer une césarienne risquait de nuire à la mise en route de l'allaitement (odds ratio [OR] = 0,64 ; 95 % intervalle de confiance [CI] = 0,50-0,82) ou de limiter sa durée à un mois au maximum (OR = 0,58 ; 95 % CI = 0,37-0,91). Une raison à cela semble se trouver dans les pratiques utilisées en milieu hospitalier au moment de l'enquête, i.e. séparation prolongée de la mère et de son enfant, absence d'un soutien qualifié et de conseils en allaitement.

Evoquant l'éventualité d'une césarienne, Victora et al (1990) estiment que les raisons motivant une telle opération sont susceptibles d'influencer l'allaitement indépendamment de l'acte chirurgical lui-même. Une étude cohorte menée au Brésil sur 4912 enfants établit que les méthodes d'accouchement utilisées, soit par voie vaginale soit par césarienne, possèdent la même influence sur l'allaitement. Seule une césarienne que motive une morbidité maternelle ou infantile est jugée

responsable d'une durée sensiblement plus courte de l'allaitement ; tel n'est pas le cas d'une césarienne estimée « facultative ».

Les effets d'un accouchement par césarienne peuvent être le résultat de troubles endocriniens chez la mère. Le fonctionnement de l'ocytocine, de la prolactine et de la cortisol a été étudié par Nissen et al (1996) sur des femmes primipares qui avaient accouché deux jours auparavant, soit après une intervention chirurgicale en urgence (n = 17), soit par voie vaginale (n = 20). Ils ont d'une part constaté qu'en présence d'une césarienne, le taux de prolactine n'augmentait pas significativement dans les 20 à 30 minutes suivant le début de la tétée et d'autre part qu'un lien existait entre la méthode d'accouchement, le moment auquel le nourrisson prenait sa première tétée et le processus de sécrétion de l'ocytocine. De telles constatations suggèrent qu'en cas de césarienne, recourir à des pratiques agissant favorablement sur le système endocrinien - tel que l'établissement d'un contact tactile avec l'enfant - est plus important encore que lors d'un accouchement normal. Deux études longitudinales menées par Janke, (1988) et Kearney, Cronenwett & Reinhardt, (1990) montrent qu'un soutien et un réel engagement du personnel à l'égard de l'allaitement à la suite d'une césarienne sont des éléments-clés dont l'influence pourrait être plus grande que le moment précis auquel est donnée la première tétée.

Dans le cas d'enfants de faible poids de naissance, il a été démontré que, contrairement à une idée établie, le nombre de ceux capables de téter efficacement était important (Meier, 1994), parfois même immédiatement après une grossesse n'ayant duré que 32-34 semaines. Au départ, la plupart seront alimentés partiellement ou totalement avec le lait de leur mère préalablement exprimé. Si tel est le cas, il sera nécessaire d'acquérir certaines techniques afin d'exprimer le lait maternel de façon régulière et opportune et de permettre ainsi le déclenchement de la lactation et la mise en route ultérieure de l'allaitement.

De Carvalho et al (1985) ont montré que l'expression fréquente du lait maternel (quatre fois ou plus quotidiennement) était associée à une augmentation de la production lactée chez des mères d'enfants prématurés qui se trouvaient dans l'impossibilité d'allaiter. Compte tenu des nombreuses variations existant dans la quantité de lait produite lors de chaque expression, que l'on considère le cas d'une mère unique ou de plusieurs, il s'avère difficile d'établir une relation précise entre la fréquence à laquelle le lait est exprimé et son volume obtenu quotidiennement (Hopkinson, Schandler & Garza, 1988). On estime cependant qu'afin de maintenir cette production, l'expression du lait maternel doit être aussi fréquente que possible. Usant de sa propre expérience clinique, Meier (1994) recommande d'exprimer le lait maternel 8 à 12 fois par jour, en particulier durant la première semaine qui suit la naissance.

Il est capital de commencer à exprimer le lait maternel dès la naissance. Hopkinson, Schandler & Garza (1988) ont étudié le cas de 32 mères dont l'accouchement était survenu au bout de 28 à 30 semaines de grossesse. Celles-ci avaient commencé à exprimer leur lait entre le deuxième et le sixième jour après la naissance de leur enfant. Il a été constaté que plus précoce était effectuée la première expression de lait, plus important s'en trouvait le volume produit au bout de deux semaines ($r = 0,48$; $P < 0,02$). S'inspirant de son expérience clinique, Meier (1994) recommande dans la mesure du possible d'exprimer le lait maternel dès le premier jour.

Dans une étude rétrospective menée en Suède, Nyqvist & Ewald (1997) se sont livrés à une comparaison entre 148 enfants, dont 55 % étaient nés lors d'une césarienne pratiquée en urgence, séparés de leur mère puis admis dans une Unité Intensive de Soins Néonataux (UISN) avec 3516 autres enfants qui n'avaient pas séjourné dans cette unité. Les résultats ont montré que la durée de l'allaitement, exclusif ou partiel, était similaire dans les deux groupes considérés. On en a conclu que soutenir la mère en l'encourageant à exprimer son lait aussi précocement et fréquemment que possible (au moins six fois par jour) avait permis de prévenir les problèmes liés à la séparation.

Deux études d'observation menées par Lang, Lawrence & Orme (1994) ont montré qu'enseigner à la mère la façon d'exprimer son lait puis de nourrir son enfant à la tasse permettait d'accroître la probabilité d'allaiter un enfant prématuré ou malade. (L'alimentation à la tasse est décrite dans la Neuvième Condition du présent document.)

5.5 Conclusion

Bien que des messages didactiques formulés de manière réfléchie présentent un intérêt (Altobelli et al, document non publié, 1991), ils ne constituent pas cependant la plus efficace des assistances. Une aide pratique dispensée de manière individuelle sur les techniques d'allaitement (Righard & Alade, 1992, Perez-Escamilla et al, 1992) ainsi qu'un soutien psychologique visant à renforcer la confiance de la mère en elle-même (Hofmeyr et al, 1991) paraissent influencer plus significativement sur la durée de l'allaitement. Les mêmes principes s'appliquent lors d'une séparation entre la mère et son enfant. Une aide prodiguée de manière opportune en maternité, aussi court y soit le séjour, engendrera des résultats jusqu'à 4 mois après la naissance.

Dans l'éventualité d'une séparation, toutes les mères doivent apprendre à exprimer leur lait afin de nourrir leur enfant et de maintenir leur production lactée. La possibilité d'allaiter un enfant de faible poids de naissance peut dépendre du soutien précoce et efficace dispensé à la mère lorsqu'elle exprime son lait.

TABLEAU 5.1. ETUDES EXPERIMENTALES - RESULTATS COMPARATIFS ASSISTANCE

Etude [Limitations méthodologiques]	Participants Critères	Groupe témoin/ Groupe soumis à une intervention	Importance du panel	Résultats		Conclusion
				Témoin	Intervention	
De Chateau, 77b (Suède)	Femmes primipares. Grossesse sans complication, accouchement normal. Enfants nés à terme et en bonne santé.	Groupe témoin : Conseils habituels. Intervention : Organisation d'un cours (participation de 65 % des pères) + 3 visites à l'hôpital + 4 contacts téléphoniques espacés sur 2 semaines.	Témoin : 23 Interv. : 20 N : 43	1 mois après la naissance, 16 mères (70 %) continuaient à allaiter ; données recalculées.	1 mois après la naissance, 18 mères (90 %) continuaient à allaiter ; données recalculées.	1 mois après la naissance, pas d'amélioration significative de l'allaitement.
Hall, 78 (Etats-Unis d'Amérique)	Femmes primipares de condition moyenne, mariées, allaitant.	Groupe témoin : Soins hospitaliers habituels. Intervention I : Ainsi que décrit ci-dessus + présentation audiovisuelle + distribution d'une brochure. Intervention II : Ainsi que décrit pour Intervention I + visites à la maternité + contacts maintenus de retour au domicile (Dixième Condition).	Témoin : 12 Interv. I : 13 Interv. II : 15 N : 40	6 semaines après la naissance, 6 mères (50 %) continuaient à allaiter.	Interv. I : 6 semaines après la naissance, 6 mères (50 %) continuaient à allaiter. Interv. II : 6 semaines après la naissance, 12 mères (80 %) continuaient à allaiter.	6 semaines après la naissance, pas d'amélioration significative de l'allaitement lorsqu'un contact personnel est établi.
Jones, 86 (Royaume- Uni)	Femmes primipares et multipares qui désiraient allaiter.	Groupe témoin : Soins hospitaliers habituels. Intervention : Conseils prodigués en maternité + visites à domicile effectuées par une infirmière aidant la mère à maintenir sa production lactée (Dixième Condition).	Témoin : 355 Interv. : 228 N : 583	4 semaines après la naissance, 256 mères (72 %) continuaient à allaiter **.	4 semaines après la naissance, 191 mères (84 %) continuaient à allaiter**.	4 mois après la naissance, on a constaté que la présence d'une infirmière aidant la mère à maintenir sa production lactée a permis une amélioration du taux d'allaitement, quel qu'il soit.
Bathija, 87 (Inde) [5, 7, 8]	Femmes primipares et multipares bénéficiant d'un certain niveau d'instruction.	Groupe témoin : Pas de motivation particulière pour l'allaitement. Intervention : 1 visite prénatale (82 %) + visites à la maternité + visites postnatales (7 visites programmées).	Témoin : 100 Interv. : 100 N : 200	3 mois après la naissance, 40 % des mères continuaient à pratiquer un allaitement total.	3 mois après la naissance, 96 % des mères continuaient à pratiquer un allaitement total.	Probabilité plus grande d'un allaitement total 3 mois après la naissance pour les mères les plus motivées.
Avoa, 90 (Zaïre) [8]	Femmes primipares et multipares aux diverses origines ethniques.	Groupe témoin : Soins hospitaliers habituels. Intervention : Conseils prodigués aux mères en 1 à 2 minutes immédiatement après la naissance.	Témoin : 162 Interv. : 142 N : 304	En moyenne, perte de 6,2 % du poids de naissance chez les nouveau-nés durant leur séjour en maternité (régression multiple)***.	En moyenne, perte de 3,8 % du poids de naissance chez les nouveau-nés durant leur séjour en maternité***.	Durant le séjour en maternité, l'assistance prodiguée est jugée bénéfique pour le poids des nouveau-nés.

*P < 0,05 ; **P < 0,01 ; ***P < 0,001.

TABLEAU 5.1. (suite). ETUDES EXPERIMENTALES - RESULTATS COMPARATIFS - ASSISTANCE

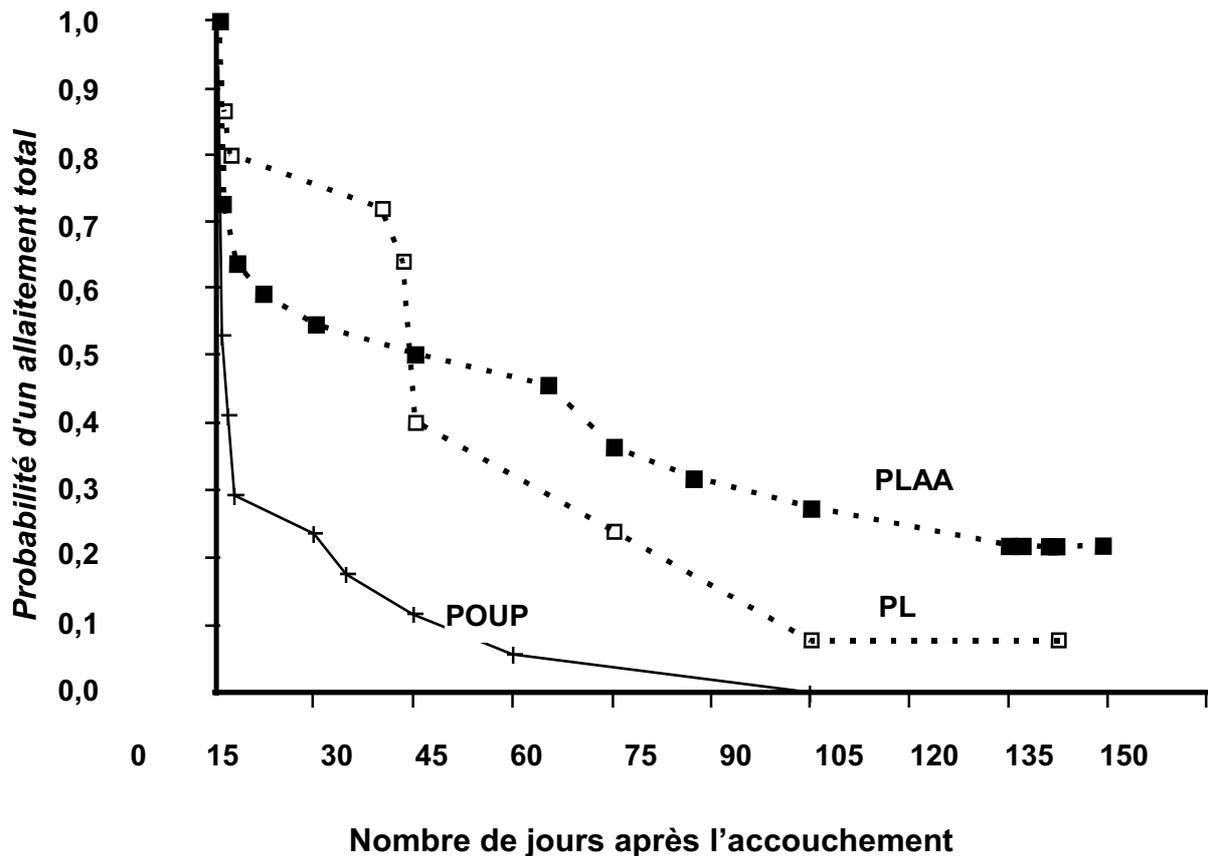
Etude [Limitations méthodologiques]	Participants Critères	Groupe témoin/ Groupe soumis à une intervention	Importance du panel	Résultats		Conclusion
				Témoin	Intervention	
Strachan- Lindenberg, 90 (Nicaragua) [8]	Femmes primipares de condition modeste, vivant en milieu urbain. Accouchement normal.	Groupe témoin : Promotion habituelle de l'allaitement + séparation totale. Intervention I : Messages standard de promotion de l'allaitement + contact précoce (Quatrième Condition). Intervention II : Promotion standard de l'allaitement + placement de l'enfant dans la chambre de sa mère.	Tém. : 123 Int. I : 136 Int. II : 116 N : 375	1 semaine après la naissance, 72 mères (53 %) pratiquaient un allaitement total dans le groupe d'intervention I, 73 (63 %) dans le groupe d'intervention II. 4 mois après la naissance, 68 mères (50 %) continuaient à allaiter dans le groupe d'intervention I, 71 (61 %) dans le groupe d'intervention II.	1 semaine après la naissance, 39 mères (32 %) pratiquaient un allaitement total***. 4 mois après la naissance, 63 mères (51 %) continuaient à allaiter.	On a constaté que la formulation de messages sur l'allaitement accompagnés d'autres modes d'interventions favorisait cette pratique 1 semaine après la naissance.
Altobelli, 91 (Pérou)	Femmes primipares et multipares en bonne santé, de condition modeste, vivant en milieu urbain. Hôpital public avec conditions 2, 6, 7, 8 et 9 partiellement établies.	Groupe témoin : Non exposé à des messages didactiques sur l'allaitement exclusif. Intervention I : Ainsi que décrit ci-dessus + présentation audiovisuelle + distribution d'une brochure. Intervention II : Ainsi que décrit pour l'intervention I + visites à la maternité + contacts maintenus de retour au domicile (Dixième Condition).	Tém. : 12 Int. I : 13 Int. II : 15 N : 40	Interv. I : 6 semaines après la naissance, 6 mères (50 %) continuaient à allaiter. Interv. II : 6 semaines après la naissance, 12 mères (80 %) continuaient à allaiter.	L'établissement d'un contact personnel n'a pas eu d'incidence significative sur l'allaitement 6 semaines après la naissance.	
Righard, 92 (Suède) [8]	Mères en bonne santé pratiquant un allaitement exclusif à la sortie de la maternité. Nourrissons nés à terme et en bonne santé.	Groupe témoin : Techniques incorrectes non corrigées au moment de la sortie de la maternité. Intervention I : Prise du sein spontanément correcte au moment de téter. Intervention II : Rectification de la prise du sein si elle est incorrecte au moment de la sortie de la maternité.	Tém. : 25 Int. I : 28 Int. II : 29 N : 82	1 mois après la naissance, 55/57 mères (96 %) continuaient à allaiter***. 4 mois après la naissance, 42/57 (74 %) continuaient à allaiter**.	Rectifier la prise du sein a permis d'améliorer les taux d'allaitement exclusif et partiel 4 mois après la naissance.	
Perez- Escamilla, 92 (Mexique)	Femmes primipares et multipares de condition modeste vivant en milieu urbain. Intention d'allaiter. Nourrissons nés à terme et en bonne santé.	Groupe témoin : Placement de l'enfant dans la chambre de sa mère (RI - « rooming-in »). Intervention : Placement de l'enfant dans la chambre de sa mère + assistance dans la pratique de l'allaitement (conseils pratiques prodigués individuellement + brochure + affiche).	Tém. : 50 Interv. : 53 N : 103	Premier accouchement : 135 jours après la naissance, 11/24 mères (47 %) a continuaient à allaiter*. Multipare : 135 jours après la naissance, 13/29 mères (44 %) a continuaient à allaiter.	Dans le cas des mères primipares, prodiguer une assistance dans la pratique de l'allaitement a permis d'accroître le taux d'allaitement, 135 jours après la naissance.	
Hofmeyr, 91 (Afrique du Sud) [8]	Femmes primipares vivant en milieu urbain, instruites, possédant de faibles revenus. Accouchement sans complications dans un hôpital communautaire de petite taille.	Groupe témoin : Soins habituels dispensés au moment de l'accouchement. Intervention : Soutien d'une personne volontaire s'employant à reconforter, rassurer et féliciter la mère durant la phase de travail (dans la plupart des cas jusqu'au moment de la naissance).	Tém. : 75 Interv. : 74 N : 149	6 semaines après la naissance, 38 mères (51 %) pratiquaient un allaitement total**. 10 mères (14 %) recouraient au biberon « faute d'avoir assez de lait »**.	Le soutien apporté a contribué à améliorer le taux d'allaitement total 6 semaines après la naissance.	

*P < 0,05 ; **P < 0,01 ; ***P < 0,001.

a : Données recalculées.

Tém. : Témoin

Courbes de prévalence non ajustées sur la pratique de l'allaitement total parmi des femmes primipares, en fonction des méthodes employées en maternité



POUP, pouponnière, n = 17 ; PL, placement de l'enfant dans la chambre de sa mère, n = 15 ; PLAA, placement de l'enfant dans la chambre de sa mère et assistance dans la pratique de l'allaitement, n = 22 . Différence significative entre POUP et PL ($P < 0,05$) ou PLAA ($P < 0,05$).

Réimprimé à partir de *Early human development*, 31, Perez-Escamilla et al, « Effect of the maternity ward system on the lactation success of low-income urban Mexican women », pp. 25-40, Droits de reproduction (1992), avec la permission de Elsevier Science.

SIXIEME CONDITION

6.1 « Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication *médicale*. »

Pour tout bébé nourri au sein qui prend un aliment ou une boisson autre que du lait maternel, il devrait y avoir des raisons médicales acceptables. Aucune publicité portant sur des aliments ou des boissons pour nourrissons autres que le lait maternel ne devrait être affichée ou distribuée aux mères, au personnel ou à l'établissement. (Règles mondiales pour l'Initiative OMS/UNICEF des Hôpitaux Amis des Bébé, 1992.)

6.2 Introduction

En maternité, il arrive fréquemment que l'on donne aux nouveau-nés du lait artificiel, de l'eau glucosée ou de l'eau pure, soit avant la première tétée (apports alimentaires pendant les premières heures de vie) ou en complément de l'allaitement (suppléments). L'arrêt précoce de l'allaitement est souvent le résultat d'une telle pratique. L'eau pure ou additionnée de glucose est donnée aux nourrissons pour bon nombre de raisons, notamment afin de réduire un ictère ou de prévenir une hypoglycémie. Le lait artificiel est utilisé lorsqu'un nourrisson est agité, somnolent, quand il éprouve des difficultés à prendre le sein, que sa faim n'est pas apaisée au terme d'une tétée, ou lorsque la mère est souffrante, qu'elle désire se reposer, et parfois sans raison particulière.

Afin de respecter la tradition, certaines communautés complètent l'alimentation du nourrisson pendant les premières heures de vie en lui offrant par exemple une infusion, du ghee, ou une banane (Morse, Jehle & Gamble, 1992). Parmi les raisons invoquées, on note aussi la volonté de « nettoyer » l'intestin du nourrisson et d'éviter de donner le colostrum, jugé dangereux. Il arrive que la première tétée soit retardée de plusieurs heures, voire de plusieurs jours et que le colostrum soit simplement jeté (Davies-Adetugbo, 1997). Lorsque des établissements de soins recourent à des apports alimentaires, la mise en route de l'allaitement peut s'en trouver retardée.

Compléter l'alimentation du nourrisson pendant les premières heures de vie ou lui donner des suppléments augmente le risque d'infection. L'usage du biberon risque de nuire à la tétée (voir la Neuvième Condition). Donner des suppléments entraîne une diminution de la fréquence de l'allaitement, et en conséquence de la stimulation du mamelon ainsi que de la quantité de lait maternel retiré. Ceci participe dans les premiers jours au phénomène d'engorgement et plus tard à une diminution de la production lactée.

Dans certains hôpitaux, les mères reçoivent des échantillons gratuits de substituts du lait maternel accompagnés d'autres articles, soit pendant leur grossesse ou à leur sortie de maternité. Ces colis-cadeau peuvent contenir des biberons, des échantillons liquides ou en poudre de lait artificiel, des bouteilles d'eau stérile, des tétines en matière plastique, ou encore des brochures publicitaires concernant les substituts du lait maternel. Une mère qui reçoit des échantillons gratuits recourra fort probablement à ces apports alimentaires. La pratique en question n'est pas conforme au Code international de Commercialisation des Substituts du lait maternel.

6.3 Conséquences sur l'allaitement de l'usage fait en maternité des apports alimentaires et des suppléments

Deux études non expérimentales ont évalué les effets des apports alimentaires (en opposition aux suppléments) sur l'allaitement. En Israël, Leefsma & Habatsky ayant mené une étude longitudinale, ont établi que des nourrissons dont l'alimentation était complétée par des substituts du lait maternel durant les premières heures de vie ne seraient probablement plus allaités 6 semaines après leur naissance. Un usage répété d'apports alimentaires a été associé à une plus grande probabilité d'absence d'allaitement.

Perez-Escamilla et al (1996) se sont livrés à l'analyse rétrospective d'une enquête sanitaire menée au Honduras en 1991/92 sur l'Epidémiologie et la Famille. L'enquête en question considérait le cas de 714 femmes dont les enfants étaient âgés de 0 à 6 mois. Donner de l'eau durant les premières heures de vie était considéré comme ayant une influence négative sur l'allaitement exclusif (OR = 0,19 ; 95 % - CI = 0,09-0,41). L'utilisation d'apports alimentaires à base de lait durant ces premières heures de vie était considérée comme influençant négativement l'allaitement exclusif (OR = 0,19 ; 95 % - CI = 0,08-0,43) ou toute autre forme d'allaitement (OR = 0,21, 95 % - CI = 0,09-0,48) et on estimait que les apports alimentaires à base d'eau donnés durant cette même période ne faisaient que retarder (> 24 heures) la mise en route de cette pratique (P = 0,003). Les auteurs en ont conclu que de tels résultats « suggéraient fortement que les compléments alimentaires donnés durant les premières heures de vie possédaient une influence significative sur les faibles taux d'allaitement ».

Quatre études expérimentales ont analysé l'utilisation de suppléments en milieu hospitalier. L'une des premières, quasi-expérimentale, menée en Suède par de Chateau et al (1977b) possède une importance toute particulière. Le poids des enfants qui appartenaient au groupe témoin (n = 119) était contrôlé avant et après chaque tétée et des suppléments leur étaient donnés de manière systématique sous forme de lait artificiel. Le cas des enfants appartenant à un premier groupe d'intervention (n = 203) fut évalué immédiatement après la mise en place de changements. Ils ne consommaient pas de lait artificiel et leur poids n'était pas contrôlé. On constata que le nombre des mères qui avaient cessé d'allaiter dans les deux semaines suivant leur accouchement était plus important au sein du groupe témoin (45 % contre 20 %). On évalua le cas d'un deuxième groupe d'intervention (n = 68) un an plus tard, alors que les nouvelles procédures étaient bien établies et que le personnel les avait adoptées ; et l'on put constater une durée moyenne de l'allaitement significativement plus longue qu'au sein du groupe témoin (95 jours contre 42 jours, P < 0,0005). Compte tenu de l'intérêt accru et des meilleures connaissances du personnel en matière d'allaitement, les mères relevant de ce second groupe avaient bénéficié d'une assistance plus importante et plus sécurisante que celles qui appartenaient au premier groupe.

Dans un essai quasi-expérimental mené par Gray-Donald et al (1985) à Montréal, Canada, on a tâché de montrer quels pouvaient être les effets d'un recours limité aux suppléments sous forme de lait artificiel sur la durée de l'allaitement. Des informations concernant de nouvelles directives relatives à une limitation des suppléments avaient été fournies aux infirmières travaillant au sein de l'une des deux pouponnières considérées. Deux semaines plus tard, il était décidé que les mères se soumettant à cet essai relèveraient soit de cette pouponnière, soit d'une seconde, témoin. Dans le cas de la première d'entre elles, les mères étaient réveillées à 2 heures,

le matin, afin d'allaiter leur enfant. Les suppléments en lait artificiel n'étaient préconisés que dans certaines situations spécifiques, notamment durant les premières 24 heures suivant un accouchement par césarienne. 37 % des nourrissons en recevaient. Dans le cas de la seconde pouponnière, ces suppléments étaient utilisés à la discrétion du personnel infirmier, et 85 % des nourrissons en recevaient. De l'eau glucosée dans une quantité de 45 ml par enfant et par jour était donnée dans les deux services. 4 puis 9 semaines après leur accouchement, le pourcentage des mères qui allaitaient et donnaient un supplément sous forme de lait artificiel une fois par jour ou moins d'une fois par jour était similaire dans les deux groupes (71 % contre 68 % et 55 % contre 54 % respectivement). Les auteurs en ont conclu que la nécessité de recourir à des suppléments était un signe des difficultés rencontrées très tôt à l'égard de l'allaitement mais n'ont cependant pas pu démontrer que ceux-ci causaient son interruption.

Lors d'une étude comportant deux phases, l'une préalable à l'intervention et l'autre postérieure à celle-ci, Nylander et al (1991) ont analysé les effets d'un allaitement précoce pratiqué à une fréquence accrue, et ceux de l'abandon d'un recours systématique aux suppléments, dans une maternité norvégienne. Au sein du groupe post-intervention, 12 % des nourrissons recevaient des suppléments en lait maternel et 2 % recevaient de l'eau. Préalablement à l'intervention, 81 % des nourrissons qui relevaient du groupe témoin consommaient des suppléments sous forme de lait artificiel et 100 % de l'eau glucosée. Un an plus tard, la collaboration des centres de santé locaux permettait de réunir des données. On avait gardé la trace de 62 % des personnes qui appartenaient au groupe d'intervention et de 52 % de celles appartenant au groupe témoin. Les pertes de contact étaient principalement dues aux changements d'adresse ou de documents égarés. On constata qu'au sein du groupe d'intervention, la durée moyenne de l'allaitement total était de 4,5 (\pm 1,8) mois pour n'atteindre que 3,5 (\pm 2,1) mois au sein du groupe témoin ($P < 0,001$).

Dans une étude contrôle randomisée, Martin-Calama et al (1997) ont effectué une comparaison entre un groupe d'intervention constitué de nourrissons alimentés exclusivement avec le lait maternel durant les trois premiers jours de vie ($n = 87$) et un groupe témoin qui consommait par ailleurs de l'eau glucosée *ad libitum* durant la même période ($n = 83$). 5 mois après leur accouchement, les mères étaient contactées par téléphone. Les mères dont le suivi n'était pas assuré avaient été choisies selon les mêmes critères que les autres. Lors de l'analyse, il fut décidé que les nourrissons relevant du groupe d'intervention à qui l'on avait donné de l'eau glucosée à une occasion seulement seraient maintenus dans ce groupe (J. Martin-Calama, communiqué personnel, 1998). A 4 semaines, la probabilité d'une alimentation à base de lait artificiel était moindre chez les enfants qui appartenaient au groupe d'intervention que dans le cas de ceux du groupe témoin (18 % contre 34 % respectivement, $P < 0,05$). A 16 semaines, il était vraisemblable que la proportion des enfants toujours allaités se révélait plus importante au sein du groupe d'intervention (67 % contre 43 % respectivement, $P < 0,01$). La plupart des principaux facteurs de confusion envisageables avaient été contrôlés, excepté le degré d'éducation des mères (J. Martin-Calama, communication personnelle, 1998).

Des éléments corroborant l'existence d'une relation entre l'utilisation de suppléments et l'interruption prématurée de l'allaitement sont fournis par trois études prospectives. Aux Etats-Unis d'Amérique, Kurinij et al (1984) ont établi qu'une interruption de l'allaitement dans les 4 mois suivant la naissance était plus probable chez les enfants à

qui l'on avait donné de l'eau durant leur séjour en maternité par rapport à ceux qui n'en avaient pas absorbé.

Dans une étude prospective d'observation menée à Chicago et évaluant le cas de 166 mères et enfants, Feinstein et al (1986) estiment que donner quotidiennement plus d'un biberon de lait artificiel à un nourrisson durant son séjour en maternité engendre une diminution progressive de l'allaitement, à 4, 10 et 16 semaines.

En Suède, Blomquist et al (1994) ont étudié, dans le cas de 521 nourrissons, les méthodes alimentaires utilisées en maternité et le mode d'alimentation qui en résulte ultérieurement. A leur sortie de maternité, 69 % des nourrissons avaient été allaités exclusivement et 31 % avaient reçu un biberon ou plus de lait maternel exprimé ou de lait artificiel. A 3 mois, 80 % étaient encore allaités totalement ou partiellement. Selon l'analyse de régression logistique multiple, le risque relatif corrigé (odds ratio, OR) de ne pas être allaité à l'âge de 3 mois lorsque l'on recourait à des suppléments était de 3,9 (95 % - CI 2,1-7,2). Dans une analyse à deux variables, on a démontré qu'il existait une interaction certaine entre le fait de donner des suppléments durant le séjour en maternité et la perte initiale de poids, équivalente à 10 % ou plus du poids de naissance. En présence de ces deux éléments, le risque d'interrompre l'allaitement 3 mois après la naissance était pratiquement 7 fois plus élevé.

Dans le cas d'enfants pour qui le recours à des suppléments était motivé par des raisons médicales (diabète maternel de Type I ou diabète de la femme enceinte, on a constaté une durée de l'allaitement similaire à celle des enfants qui n'en consommaient pas. Donner des suppléments en maternité était par ailleurs associé à une perte initiale de 10 % ou plus du poids de naissance. Les auteurs ont expliqué que « donner des suppléments à un nouveau-né pour des raisons médicales spécifiques n'altérerait pas la relation mère-enfant ni la confiance de la mère en elle-même, ainsi que cela se produit lorsque des suppléments sont utilisés en raison d'«une quantité de lait jugée insuffisante» ou parce que le nourrisson pleure ». L'existence d'une interaction entre les suppléments donnés en maternité et une perte initiale de 10 % ou plus du poids de naissance renforce une telle argumentation. Dans pareil cas, la mère risque de croire à une réelle « insuffisance » qu'elle aura du mal à surmonter.

6.4 Conséquences de l'utilisation de suppléments sur l'allaitement de retour au domicile

Des études prospectives ont par ailleurs été menées sur l'utilisation de suppléments dans les jours qui suivent la sortie de la maternité. Martines, Ashworth & Kirkwood (1989), évaluant le cas d'enfants brésiliens, ont montré que le risque d'une interruption de l'allaitement 1 mois environ après la naissance était 3,7 fois supérieur lorsque des suppléments avaient été utilisés durant la première semaine de vie.

Perez-Escamilla et al (1993) ont étudié le cas de 165 femmes mexicaines. Après avoir vérifié la durée pendant laquelle ces femmes envisageaient d'allaiter, ils ont montré que celles qui pratiquaient un allaitement exclusif une semaine après la naissance de leur enfant avaient plus de chance de poursuivre celui-ci deux mois (OR : 4,6 ; CI : 1,3-15,8), puis quatre mois (OR : 4,1 ; CI : 1,7-10,0) plus tard par rapport à celles qui ne pratiquaient qu'un allaitement partiel à la même période. Ces résultats suggèrent que l'introduction de suppléments dans l'alimentation de l'enfant durant la première semaine

de vie constitue un facteur de risque dans l'interruption précoce de l'allaitement, indépendamment des intentions de la mère.

6.5 Autres conséquences

En présence de mauvaises conditions d'hygiène, donner des suppléments au nourrisson augmente le risque de diarrhée et d'autres d'infections, telles que méningite et septicémie néonatale (Victora et al, 1987 ; de Zoysa, Rea & Martines, 1991 ; Ashraf et al, 1991). Le risque reste présent dans des situations où l'hygiène semble meilleure (Howie et al, 1990).

Dans une étude cohorte menée auprès de 1749 nouveau-nés, Høst (1991) a montré que des enfants dont l'alimentation était complétée, quand bien même de façon minime, pendant les premières heures de vie risquaient de développer une intolérance voire une allergie au lait de vache, laquelle devenait symptomatique plus tard durant l'enfance.

Prescrits dans des situations particulières, les suppléments n'ont pas toujours prouvé leur efficacité. Ainsi, l'idée toute faite selon laquelle, donner de l'eau pure ou glucosée en supplément du lait maternel permet de réduire l'hyperbilirubinémie du nourrisson né à terme et allaité est rejetée par toutes les études ayant abordé ce sujet (Verronen et al, 1980 ; de Carvalho, Hall & Harvey, 1981 ; Nicoll, Ginsburg & Tripp, 1982 ; Nylander et al, 1991).

Donner de l'eau glucosée afin de prévenir une hypoglycémie n'est pas indiqué dans le cas de nourrissons nés à terme, en bonne santé et allaités à la demande, quand bien même l'intervalle entre deux tétées peut sembler long (Williams, 1997). Une étude de dossiers cliniques réalisée par Glover & Sandilands (1990) ont constaté que le séjour en maternité des nouveau-nés à qui l'on donnait de l'eau glucosée était plus long que celui des nourrissons qui n'en recevaient pas ($P < 0,009$), et que leur perte de poids durant la même période était plus importante ($P < 0,03$). Dans une étude randomisée, Martin-Calama et al (1997) ont montré que durant leurs premières 48 heures de vie, les nourrissons ne présentaient pas de symptômes d'hypoglycémie, que de l'eau glucosée leur soit donnée ou pas. Ils ont constaté une perte de poids plus importante, durant ces mêmes 48 heures, dans le groupe des nourrissons qui ne recevaient pas d'eau glucosée ; résultat significatif du point de vue statistique mais non du point de vue médical (5,9 % contre 4,9 % à 48 heures, $P < 0,001$), sachant que 72 heures après la naissance, aucune différence ne subsistait en matière de perte de poids entre les deux groupes considérés (4,2 % contre 4,3 %).

6.6 Conséquences sur l'allaitement d'une distribution gratuite d'échantillons de substituts du lait maternel

Dans une étude longitudinale menée au Mexique, Margen et al (1991) rendent compte de la relation manifeste existant entre la distribution gratuite d'échantillons de lait artificiel et son utilisation ultérieure. Interrogées deux semaines après leur sortie de maternité, 50 % des mères reconnaissaient avoir reçu des échantillons gratuits de lait artificiel à ce moment-là. Ces chiffres n'intègrent pas les mères bénéficiant de certaines prestations sociales à qui des ordonnances étaient remises au moment de quitter la maternité afin de se procurer gratuitement du lait artificiel. Il est vraisemblable que les

mères à qui des échantillons de lait artificiel avaient été offerts recourraient plus spontanément à ce substitut deux semaines après leur accouchement que celles qui n'avaient pas reçu d'échantillons ($P < 0,005$); ceci indépendamment des intentions exprimées en matière d'alimentation au moment de leur admission. Parmi les mères dont le choix initial s'était porté sur le lait artificiel, 100 % l'utilisaient lorsque des échantillons leur avaient été offerts, 50 % si tel n'était pas le cas. Les mères qui n'envisageaient *pas* au départ d'utiliser un lait artificiel optèrent finalement pour ce choix dans une proportion de 75 % lorsque des échantillons leur avaient été offerts, de 62 % lorsque ce n'était pas le cas. Les différences restaient significatives après ajustement de l'âge de la mère, de son niveau d'éducation et de ses projets professionnels.

Perez-Escamilla et al (1994) ont effectué une analyse englobant six études expérimentales (Bergevin, Dougherty & Kramer, 1983 ; Guthrie et al, 1985 ; Evans, Lyons & Killien, 1986 ; Feinstein et al, 1986 ; Frank et al, 1987 ; Dungy et al, 1992). Dans les études en question, une comparaison était établie entre des groupes de mères à qui l'on avait remis des colis contenant des échantillons de substituts du lait maternel à leur sortie de maternité et d'autres mères qui avaient soit reçu des brochures didactiques, des coussinets d'allaitement, des pommades, un tire-lait, des bouteilles d'eau, divers autres articles, soit rien reçu du tout. Cinq études avaient été réalisées dans des pays industrialisés, une aux Philippines. Le taux d'allaitement total un mois après la naissance, et plus globalement le taux d'allaitement dans ses diverses formes 4 mois après la naissance étaient significativement plus bas au sein du groupe de mères qui avaient reçu des échantillons de lait artificiel ou d'autres substituts du lait maternel. Perez-Escamilla et al ont conclu que l'influence de la distribution de ces colis-cadeau sur des taux d'allaitement réduits était réelle, tout spécialement dans le cas de personnes plus faciles à sensibiliser, telles que les mères pour qui il s'agissait d'un premier enfant, et celles originaires de pays en développement dont les revenus étaient faibles.

Deux études expérimentales plus récentes menées par Bliss et al (1997) et Dungy et al (1997) ne confirment pas clairement ces résultats, mais il convient de les interpréter avec précaution, toutes deux possédant des limitations méthodologiques. Bliss et al ont d'une part étudié le cas de mères choisies au hasard selon la semaine d'accouchement, à qui l'on avait remis à leur sortie de maternité un colis-cadeau contenant des échantillons de lait artificiel et/ou un tire-lait, et d'autre part un groupe témoin n'ayant reçu ni l'un ni l'autre. La durée moyenne de l'allaitement fut similaire dans le cas de tous les groupes considérés. Les variables de confusion n'avaient cependant pas été contrôlées et les intentions formulées avant la naissance à l'égard de l'allaitement différaient selon les groupes ($P < 0,05$). Dans le cas d'un sous-groupe constitué de mères dont l'intention était d'allaiter durant 6 mois ou plus, la probabilité d'un allaitement total à 6 semaines était plus grande ($P < 0,05$) parmi celles à qui l'on avait remis un tire-lait (78 %) ou simplement des brochures (72 %) que pour celles qui avaient reçu des échantillons de lait artificiel accompagnés ou non d'un tire-lait (64 % dans les deux cas). L'exemple donné par un autre sous-groupe de mères ($n = 1351$) qui n'avaient pas repris leurs études ou réintégré leur travail au bout de 6 semaines environ, montre que la probabilité d'un allaitement total à ce moment-là était plus grande dans le cas de celles qui n'avaient reçu qu'un tire-lait ou des brochures.

Dungy et al (1997) ont porté leur observation sur 725 femmes choisies au hasard afin de recevoir à leur sortie de maternité un colis-cadeau contenant du lait artificiel et/ou un tire-lait. Aucun groupe témoin n'avait été constitué. Durant toute la période

de suivi, soit 16 semaines, aucune différence n'était constatée entre les deux groupes dans les taux d'allaitement total et partiel. Le type d'allaitement pratiqué avant distribution de ces colis n'avait toutefois pas été relevé. Par ailleurs, opérer un suivi auprès d'un certain nombre de mères (n= 38) peu instruites, célibataires, socio-économiquement défavorisées et appartenant à des minorités ne fut pas rendu possible. Considérant ces sous-groupes à haut risque, les résultats obtenus manquent en conséquence de fiabilité.

Les auteurs reconnaissent que la promotion directe des préparations pour nourrissons auprès du consommateur ainsi que la distribution d'échantillons de lait artificiel aux femmes enceintes sont en augmentation ; mais ces pratiques commerciales n'ont pas été contrôlées comme facteurs potentiels de confusion. Procurer un tire-lait à la mère ne favorise pas nécessairement l'allaitement, d'autant moins lorsqu'on lui adjoint des biberons, détail non spécifié dans cette étude. Le fait de n'avoir constitué aucun groupe témoin ne recevant « pas d'article » constitue par ailleurs une importante limitation.

6.7 Impact et rentabilité d'une limitation des substituts du lait maternel en maternité

Dans une étude menée à la fois au Brésil, au Honduras et au Mexique, Horton et al (1996) et TG Sanghvi (document non publié, 1996) ont établi une comparaison entre trois hôpitaux au sein desquels avaient été développés des programmes d'allaitement et trois autres établissements hospitaliers, témoins, situés dans les mêmes localités et s'adressant à une population similaire. Les mères furent tout d'abord interrogées à leur sortie de maternité (n = 200-400) et contactées à nouveau au bout de un mois, puis de deux mois au Honduras, trois mois au Brésil ou quatre mois au Mexique afin de comparer dans quels pourcentages elles pratiquaient un allaitement exclusif, partiel, voire pas d'allaitement, et de mesurer l'impact des programmes abordant cette pratique. Au Brésil ainsi qu'au Honduras, l'allaitement exclusif possédait les taux les plus élevés dans les hôpitaux qui avaient intégré un programme; au Mexique, les plus forts pourcentages concernaient tous les types d'allaitement.

Les données inhérentes à l'impact de l'allaitement ont ensuite été transformées en mesures plus facilement comparables, afin d'évaluer dans quelle mesure cette pratique permettait d'infléchir les taux de mortalité attribués à la diarrhée ou aux infections respiratoires aiguës (IRA) ainsi que les taux de morbidité causée par la diarrhée. Les unités d'année de vie corrigée du facteur invalidité (AVCI) ont été calculées en se basant sur l'estimation du nombre de décès causés par les maladies diarrhéiques et les infections respiratoires aiguës*.

On a procédé à une estimation des frais occasionnés par les activités de promotion de l'allaitement, principalement ceux engendrés par la poursuite des programmes mis en place au sein de certains établissements hospitaliers ; puis en les comparant à la dépense inhérente aux pratiques en vigueur dans les établissements contrôlés

* AVCI est un indicateur mis au point par la Banque mondiale afin de comparer les interventions entreprises dans le domaine de la Santé. Il constitue la somme des années de vie en bonne santé perdues du fait d'une invalidité dont diverses causes peuvent être à l'origine.

uniquement, on a obtenu des coûts différentiels. Ces coûts ont ensuite été combinés à l'impact de la mortalité et de la morbidité infantiles, ainsi qu'à celui des années de vie corrigées du facteur invalidité (AVCI) afin d'établir une série de mesures permettant d'évaluer le bénéfice économique en résultant. On a ainsi établi que recourir en moindre mesure au lait artificiel, à l'eau glucosée et à des médicaments tels qu'ocytociques durant l'accouchement était bénéfique du point de vue économique, dans la mesure où les risques de diarrhée, de décès par diarrhée étaient écartés et que le nombre d'années de vie corrigées du facteur invalidité (AVCI) s'en trouvait accru.

Ainsi, investir annuellement et par naissance une somme équivalente à US\$ 0,30 - \$ 0,40 dans des établissements persistant à utiliser des lait artificiels ou un certain nombre de médicaments durant l'accouchement, permettrait de prévenir les épisodes de diarrhée pour un coût de US\$ 0,65 - US\$ 1,10 par cas considéré. De même, les décès causés par une maladie diarrhéique pourraient être évités pour un coût de US\$ 100 à US\$ 200 pour chaque décès et les années de vie corrigées du facteur invalidité (AVCI) accrues à raison de US\$ 2 à US\$ 4 par année gagnée.

6.8 Conclusion

Obtenir des données satisfaisantes tendant à prouver que recourir à une alimentation supplémentaire pour le nourrisson possède des effets sur la lactation présente certaines difficultés :

- 1) On rencontre parfois des obstacles à tenter de constituer des paires mère-enfant afin de les répartir de manière randomisée au sein de groupes utilisant ou non des suppléments. Qui plus est, appréhender les décisions des mères concernant la perspective d'allaiter exclusivement ou non n'est pas toujours chose aisée.
- 2) Certaines études n'ont pas jugé opportun de considérer l'eau (pure ou glucosée) au même titre que les laits artificiels, comme faisant partie des apports alimentaires destinés au nourrisson. On ne peut dès lors en tirer que des conclusions partielles (Gray-Donald et al, 1985 ; de Chateau et al 1977b).
- 3) La plupart des études énumérées ne distinguent pas la *nature* de ce qui est donné au nourrisson de la *manière* dont cela lui est donné – au biberon, à la tasse ou à la cuillère (voir Neuvième Condition).
- 4) Modifier réellement les pratiques en vigueur n'a pas toujours été facile. Malgré la formation dispensée et les nouvelles procédures établies (de Chateau et al, 1977b), les attitudes des personnels concernés n'ont pas systématiquement évolué de manière immédiate. On a ainsi constaté que des groupes dont la caractéristique principale résidait dans le fait de ne pas utiliser de suppléments intégraient souvent des enfants à qui l'on en donnait.
- 5) La plupart des études énumérées n'ont pas établi de distinction entre les suppléments donnés de manière systématique et ceux dont l'utilisation était médicalement indiquée ; par ailleurs Blomquist (1994) a remarqué que les nourrissons réagissaient différemment à l'introduction de suppléments dans leur alimentation, selon les raisons qui motivaient leur utilisation. Effectuer une analyse d'ensemble dans le cas des deux groupes considérés risque donc d'influencer les résultats obtenus.

Malgré l'existence de toutes ces limitations, il apparaît néanmoins que l'utilisation de suppléments entraîne une interruption précoce de l'allaitement. Déterminer de manière précise dans quelle mesure ces suppléments influencent le comportement du nourrisson à l'égard de l'allaitement et entament la confiance que la mère peut avoir en elle-même n'est pas chose aisée. Etablir clairement qu'ils participent aux difficultés rencontrées au moment d'allaiter ou que l'inaptitude de certains personnels à appliquer des techniques de soutien en matière d'allaitement leur est imputable n'est pas plus facile. Quoiqu'il en soit, il convient de conclure en soulignant que la mère a besoin d'une aide avisée au moment d'allaiter afin de prévenir ou de surmonter toute difficulté, de telle sorte que l'alimentation du nourrisson ne soit complétée pendant les premières heures de vie ou que ne lui soient donnés des suppléments uniquement lorsqu'une raison médicale le préconise. Limiter l'utilisation de ces aliments fait partie des actions économiquement bénéfiques menées dans le domaine de la santé. Offrir aux mères des échantillons de substituts du lait maternel préalablement ou à la suite de leur accouchement n'est pas un acte justifié.

TABEAU 6.1. ETUDES EXPERIMENTALES - RESULTATS COMPARATIFS
UTILISATION DE SUPPLEMENTS EN MATERNITE

Etude [Limitations méthodologiques]	Participants Critères	Groupe témoin/ Groupe soumis à une intervention	Importance du panel	Résultats		Conclusion
				Témoin	Intervention	
De Chateau, 77b (Suède)	Femmes primipares et multipares vivant en milieu urbain. Nourrissons nés à terme et en bonne santé.	Groupe témoin : Procédures suivies de manière habituelle préalablement à l'intervention. Intervention : Poids des nourrissons non contrôlé avant et après les tétées ; aucun substitut du lait maternel donné. Cas évalués un an après la mise en place de ces changements.	Tém. : 119 Interv. : 68 N : 187	Durée moyenne de tout type d'allaitement : 42 jours (test de moyennes) ^{***} .	Durée moyenne de tout type d'allaitement : 95 jours (test de moyennes) ^{***} .	Durée de l'allaitement plus longue après interruption du contrôle de poids et de l'utilisation des suppléments.
Gray-Donald, 85 (Canada)	Pouponnières priviliégiant le bien-être de l'enfant. Populations issues de divers milieux socio- économiques et culturels. Nourrissons nés à terme et en bonne santé.	Groupe témoin : Nourrissons nourris toutes les quatre heures. Lait artificiel donné sans restriction. Intervention : Personnel infirmier formé à de nouvelles directives limitant l'utilisation des laits artificiels. Dans les deux cas : • Eau glucosée donnée sans restriction. • Cas évalués deux semaines après la formation.	Tém. : 393 Interv. : 388 N : 781	Lait artificiel non utilisé en maternité dans le cas de 59 nourrissons (15 %) ^{***} . A 4 semaines, pratique d'un allaitement total pour 278 nourrissons (71 %). A 9 semaines, pratique d'un allaitement total pour 215 nourrissons (55 %).	Lait artificiel non utilisé en maternité dans le cas de 244 nourrissons (63 %) ^{***} . A 4 semaines, pratique d'un allaitement total pour 263 nourrissons (68 %). A 9 semaines, pratique d'un allaitement total pour 210 nourrissons (54 %).	Moindre recours au lait artificiel, contrairement à l'eau glucosée. Taux d'allaitement total inchangé à 4 et 9 semaines.
Nylander, 91 (Norvège) [4 ^a , 6, 8]	Nourrissons nés à terme et en bonne santé. Poids de naissance situé entre 2500 et 4500 grammes.	Groupe témoin : Soins dispensés de la manière habituelle préalablement à l'intervention. Intervention : Formation dispensée au personnel visant à éviter un recours systématique aux laits artificiels et à l'eau glucosée + pratique du contact précoce (Quatrième Condition) + allaitement à la demande (Huitième Condition).	Suivi : Tém. : 106 Interv. : 126 N : 232	Durée moyenne de l'allaitement total : 3,5 ± 2,1 mois ^{***} . 13 nourrissons (12 %) allaités totalement à 6 mois ^{**} ; poursuite de l'allaitement pour 50 (47 %) d'entre eux à 9 mois ^{**} .	Durée moyenne de l'allaitement total : 4,5 ± 1,8 mois ^{***} . 28 nourrissons (22 %) allaités totalement à 6 mois ^{**} ; poursuite de l'allaitement pour 78 (62 %) d'entre eux à 9 mois ^{**} .	Augmentation de la durée moyenne de l'allaitement total, de 3,5 à 4,5 mois, lorsque l'utilisation de suppléments est interrompue (+ Conditions 4 et 8).
Martin- Calama, 97 (Espagne) [2, 3]	Mères en bonne santé ayant émis le souhait d'allaiter > 3 mois. Nourrissons en bonne santé pour qui l'utilisation d'eau glucosée n'est pas médecinalement préconisée.	Groupe témoin : Durant les 3 premiers jours de vie, consommation <i>ad libitum</i> d'eau glucosée au biberon, après les tétées. Intervention : Allaitement exclusif durant les 3 premiers jours de vie.	Tém. : 83 Interv. : 87 N : 170	4 semaines après la naissance, recours au lait artificiel pour 34 % des nourrissons*. 16 semaines après la naissance, 36 nourrissons (43 %) toujours allaités ^{**} .	4 semaines après la naissance, recours au lait artificiel pour 18 % ^b des nourrissons*. 16 semaines après la naissance, 58 nourrissons (67 %) toujours allaités ^{**} .	La probabilité d'une poursuite de l'allaitement 16 semaines après la naissance était moindre dans le cas des enfants qui avaient absorbé de l'eau glucosée en maternité.

*P < 0,05 ; **P < 0,01 ; ***P < 0,001.

^a : Motifs d'abandon analysés séparément

^b : Données recalculées

TABEAU 6.2. ETUDES LONGITUDINALES - RESULTATS COMPARATIFS
UTILISATION DE SUPPLEMENTS

Etude [Limitations méthodologiques]	Participants Critères	Importance du panel	Pratique expérimentée	Résultats		Analyses statistiques	Conclusion
				Exposé	Non exposé		
Kurinj, 84 (Etats-Unis d'Amérique)	Femmes primipares vivant en milieu urbain. Poids normal considéré > 2000g. Mères et enfants suivis durant 6 ou 7 mois.	109	Eau donnée aux nourrissons durant leur séjour en maternité. Lait artificiel utilisé régulièrement dès le retour au domicile et pendant un mois.	23/40 (58 %) ^a nourrissons allaités à > 4 mois.	51/69 (74 %) ^a nourrissons allaités à > 4 mois.	Analyse à variable unique : NS. Régression logistique multiple*.	L'eau donnée au nourrisson en maternité contribue à une durée plus courte de l'allaitement. Le risque d'une interruption de l'allaitement vers 4 mois est associé à l'utilisation de lait artificiel durant le premier mois de vie.
Blomquist, 94 (Suède)	Nourrissons nés avant terme ou à terme. Suivi assuré durant 4 mois.	521	Nourrissons alimentés avec un lait artificiel ou du lait maternel exprimé autre que celui de la mère.	8/28 (29 %) ^a nourrissons allaités à > 4 mois. OR = 3,9 (95 % CI : 2,3-6,5)	66/81 (81 %) ^a nourrissons allaités à > 4 mois.	Analyse à variable unique***. Régression logistique multiple***.	L'utilisation de lait artificiel ou de lait maternel autre que celui de la mère a accru le risque d'interruption de l'allaitement.
Martines, 89 (Brésil)	Familles vivant en milieu urbain dans des conditions modestes. Nouveau-nés en bonne santé. Pas de jumeau. Poids de naissance > 1500 g. Suivi assuré durant 6 mois.	538	Utilisation d'un lait artificiel 1 semaine après la naissance. Utilisation d'un lait artificiel 3 mois après la naissance.	102/156 (65 %) nourrissons toujours allaités à 3 mois. OR = 3,51 (95 % CI : 2,26-5,47) OR corrigé = 3,9 (95 % CI : 2,1-7,2)	292/336 (87 %) nourrissons toujours allaités à 3 mois.	Analyse à variable aléatoire unique. Régression logistique multiple.	L'utilisation d'un lait artificiel à 1 semaine et à 3 mois a participé à accroître le risque d'interruption de l'allaitement.

*P < 0,05 ; **P < 0,01 ; ***P < 0,001.

^a : Données recalculées

RR: Risque relatif

OR = Rapport de probabilité (« odds ratio »)

TABEAU 6.3. UTILISATION DE SUPPLEMENTS EN MATERNITE : HYPERBILIRUBINEMIE

Etude [Limitations méthodologiques]	Participants Critères	Groupe témoin/ Groupe soumis à une intervention	Importance du panel	Résultats		Conclusion
				Témoin	Intervention	
Verronen, 80 (Finlande) [6]	Nouveau-nés en bonne santé ne présentant pas de risque d'hypoglycémie.	Groupe témoin (préablement à l'intervention) : Mère et enfant séparés, nourrisson alimenté à heures fixes, utilisation de suppléments. Intervention : Placement de l'enfant dans la chambre de sa mère + Allaitement à la demande + utilisation limitée des suppléments.	Tém. : 574 Interv. : 551 N : 1125	Présence d'un ictère chez 292 (51 %) nourrissons. 96/292 (33 %) nourrissons présentaient un taux de bilirubine > 205 µmol/L.	Présence d'un ictère chez 325 (59 %) nourrissons. 104/325 (32 %) nourrissons présentaient un taux de bilirubine > 205 µmol/L.	Les modifications opérées sur les habitudes alimentaires n'ont pas provoqué une augmentation du risque d'hyperbilirubinémie.
De Carvalho, 81 (Royaume- Uni)	Nourrissons nés à terme, en bonne santé, allaités. Présence d'un ictère.	Groupe témoin : Eau donnée au nourrisson <i>ad libitum</i> après chaque tétée. Intervention : Pratique d'un allaitement exclusif (ni eau ni aucune autre boisson donnée au nourrisson).	Tém. : 120 Interv. : 55 N : 175	Taux maximum de bilirubine en maternité : 260 µmol en moyenne.	Taux maximum de bilirubine en maternité : 264 µmol en moyenne.	L'eau donnée en supplément n'a pas provoqué une diminution du taux de bilirubine sérique.
Nicoll, 82 (Royaume- Uni)	Nourrissons allaités, nés à terme et en bonne santé. Poids situé entre 10 et 90 percentiles.	Groupe témoin I : Eau donnée en supplément. Groupe témoin II : Eau additionnée de dextrose donnée en supplément. Intervention : Aucun apport en eau (soit pure, soit additionnée de dextrose) proposé au nourrisson.	Tém. I : 15 Tém. II : 17 Interv. : 17 N : 49	Taux moyen de bilirubine plasmatique au sixième jour : 93,5 ± 13,8 µmol/L (Groupe témoin I) et 80,8 ± 8,8 µmol/L (Groupe témoin II).	Taux moyen de bilirubine plasmatique au sixième jour : 67,7 ± 6,7 µmol/L.	Un apport d'eau pure ou d'eau additionnée de dextrose n'a pas provoqué une diminution de l'hyperbilirubinémie.

*P < 0,05; **P < 0,01; ***P < 0,001.

TABEAU 6.4. ETUDES EXPERIMENTALES - RESULTATS COMPARATIFS

ECHANTILLONS OFFERTS AUX MERES A LA SORTIE DE LA MATERNITE -- META-ANALYSE

Etude [Limitations méthodologiques]	Participants Critères	Echantillons offerts (EO)/ Pas d'échantillons offerts (PEO)	Importance du panel	Résultats		Conclusion
				EO	PEO	
Bergevin, 83 (Canada)	Femmes primipares et multipares de race blanche, vivant en milieu urbain, possédant un certain niveau d'éducation.	EO : 1 biberon, lait artificiel prêt à l'emploi, 1 boîte de préparation pour nourrissons en poudre, 1 tétine, 3 brochures publicitaires concernant des préparations pour nourrissons. PEO : Aucun échantillon de préparation pour nourrissons offert.	EO : 212 PEO : 194 N : 406	Un mois après leur naissance, 165 nourrissons (78 %) toujours allaités.	Un mois après leur naissance, 163 nourrissons (84 %) toujours allaités (P = 0,07).	Se référer à Perez-Escamilla, 94
Guthrie, 85 (Philippines)	Femmes vivant en milieu urbain, possédant de faibles revenus. Nombre moyen d'enfants : 2,5 - 3,0. Hôpitaux A et B.	EO A et B : 1 boîte de préparation en poudre pour nourrissons offerte. PEO A et B : Aucun échantillon de préparation pour nourrissons offert.	EO A : 78 PEO A : 56 EO B : 23 PEO B : 56 N : 213	EO A : Un mois après leur naissance, 53 nourrissons (69 %) toujours allaités. Allaitement moins probable (données similaires ^a)*.	PEO A : Un mois après leur naissance, 45 nourrissons (80 %) toujours allaités. Allaitement plus probable durant les 8 premiers mois (données similaires ^a)*.	Se référer à Perez-Escamilla, 94
Evans, 96 (Etats-Unis d'Amérique)	Femmes primipares et multipares vivant en milieu urbain, dans leur majeure partie de race blanche, qui présentaient des risques élevés de problèmes obstétricaux. Nouveau-nés normaux.	EO : Collis-cadeau offert contenant 1 bouteille de lait artificiel prêt à l'emploi, 1 boîte de lait artificiel concentré et 1 boîte de préparation pour nourrissons en poudre. PEO : Collis-cadeau offert mais ne contenant pas d'échantillons de préparation pour nourrissons.	EO : 55 PEO : 40 N : 95	36 nourrissons (65 %) partiellement allaités à 1 mois. 30 nourrissons (55 %) toujours allaités à 1 mois (1 biberon de lait artificiel absorbé par jour).	30 nourrissons (75 %) partiellement allaités à 1 mois. 23 nourrissons (58 %) toujours allaités à 1 mois (1 biberon de lait artificiel absorbé par jour).	Se référer à Perez-Escamilla, 94
Feinstein, 86 (Etats-Unis d'Amérique)	Femmes primipares et multipares vivant en milieu urbain, de race noire dans leur majorité. Allaitement souhaité.	EO : lait artificiel prêt à l'emploi, 2 bouteilles d'eau et 3 brochures didactiques. PEO : 2 bouteilles d'eau et 3 brochures didactiques. Fréquents apports liquidiens sous forme d'eau durant le séjour en maternité.	EO : 76 PEO : 90 N : 166	Un mois après leur naissance, 64 nourrissons (84 %) toujours allaités.	Un mois après leur naissance, 79 nourrissons (88 %) toujours allaités.	Se référer à Perez-Escamilla, 94

*P < 0,05 ; **P < 0,01 ; ***P < 0,001.

^a : Données émanant de l'hôpital A réévaluées en 1994 par Perez-Escamilla, à partir des analyses conservées.

TABLEAU 6.4. (suite) ETUDES EXPERIMENTALES - RESULTATS COMPARATIFS

ECHANTILLONS OFFERTS AUX MERES A LA SORTIE DE LA MATERNITE – META-ANALYSE

Etude [Limitations méthodologiques]	Participants Critères	Echantillons offerts (EO)/ Pas d'échantillons offerts (PEO)	Importance du panel	Résultats		Conclusion
				EO	PEO	
Frank, 87 (Etats-Unis d'Amérique)	Appartenances multi-ethniques. Femmes primipares et multipares vivant en milieu urbain et possédant de faibles revenus.	EO : 2 bouteilles d'eau stérile, 2 tétines, accompagnées de brochures publicitaires. PEO : coussinets d'allaitement et brochures didactiques sur l'allaitement offerts.	EO : 167 PEO : 157 N : 324	Allaitement total pratiqué durant 42 jours en moyenne**. 4 mois après leur naissance, 92 nourrissons (55 %) toujours allaités.	Allaitement total pratiqué durant 60 jours en moyenne**. 4 mois après leur naissance, 101 nourrissons (65 %) toujours allaités.	Se référer à Perez-Escamilla, 94
Dungy, 92 (Etats-Unis d'Amérique)	Femmes de race blanche pour la plupart, vivant en ville ou à la campagne, appartenant à un milieu moyennement aisé et possédant un niveau d'éducation correct. Nouveau-nés en bonne santé.	EO : échantillons de lait artificiel accompagnés d'autres articles non spécifiés. PEO : 1 tire-lait manuel, des coussinets d'allaitement et un tube de pommade.	EO : 44 PEO : 43 N : 87	Allaitement total pratiqué durant 2,78 semaines en moyenne*.	Allaitement total pratiqué durant 4,18 semaines en moyenne*.	Se référer à Perez-Escamilla, 94
Perez-Escamilla, 94	Méta-analyse des études citées précédemment.				Un mois après leur naissance, probabilité plus grande d'un allaitement total*. 4 mois après leur naissance, pratique plus probable de l'allaitement, dans l'une de ses diverses formes.	Offrir des échantillons aux mères contribue à la diminution du taux d'allaitement total à 1 mois et à celle des taux d'allaitement en général, à 4 mois.

*P < 0,05 ; **P < 0,01 ; ***P < 0,001.

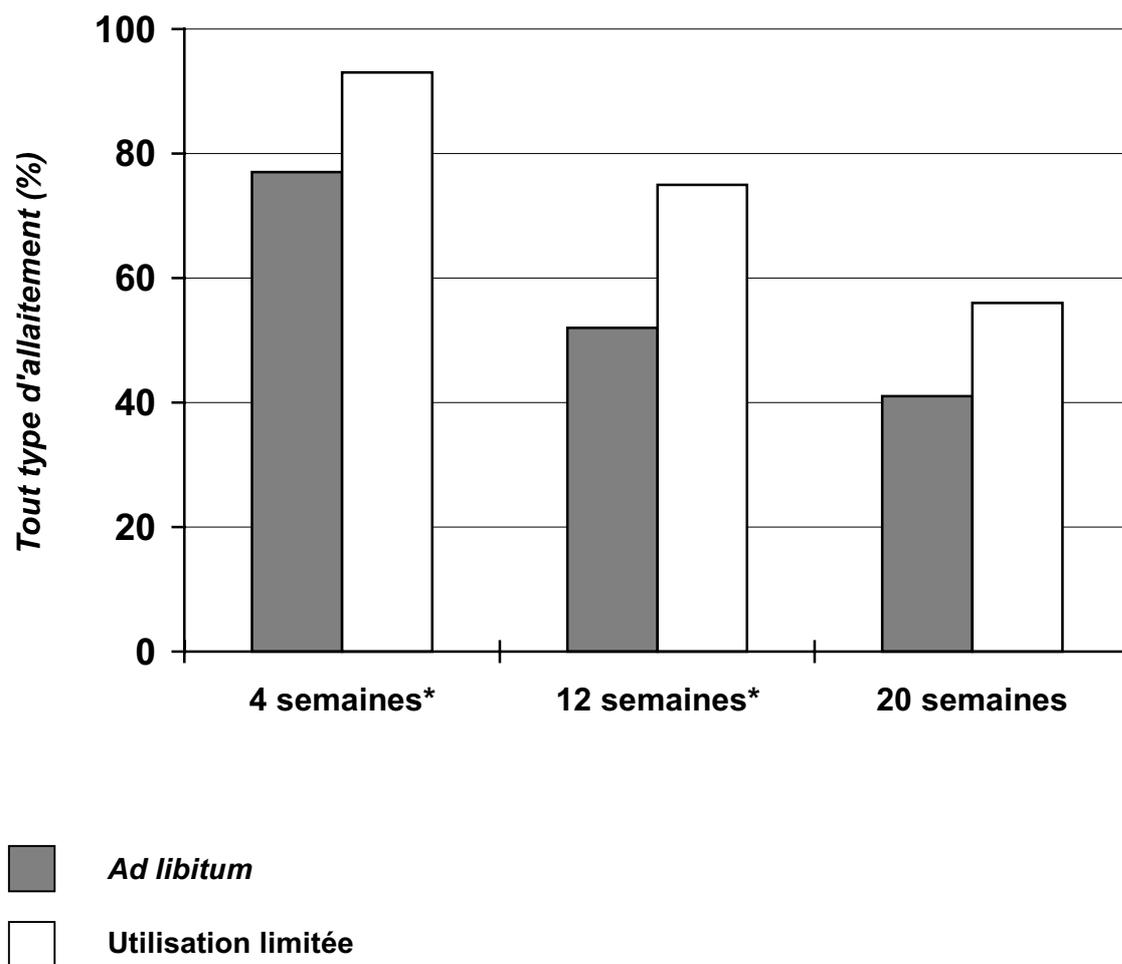
TABEAU 6.5. ETUDES EXPERIMENTALES - RESULTATS COMPARATIFS
ECHANTILLONS OFFERTS AUX MÈRES A LA SORTIE DE LA MATERNITE

Etude [Limitations méthodologiques]	Participants Critères	Echantillons offerts (EO)/ Pas d'échantillons offerts (PEO)	Importance du panel	Résultats		Conclusion
				EO	PEO	
Snell, 92 (Etats-Unis d'Amérique) [2, 8]	Femmes hispano-américaines, possédant de faibles revenus. Présence d'un poste de téléphone au domicile. Nourrissons nés à terme, en bonne santé, allaités.	EO : Echantillons de lait artificiel accompagnés de divers autres articles non spécifiés. PEO : Aucun échantillon offert.	EO : 33 PEO : 47 N : 80	3 semaines après leur naissance, 24 nourrissons (72 %) toujours allaités, dont 11 (33 %) totalement**. 33 nourrissons (100 %) nourris dans le même temps au biberon**.	3 semaines après leur naissance, 41 nourrissons (87 %) toujours allaités, dont 32 (68 %) totalement**. 35 nourrissons (75 %) nourris dans le même temps au biberon**.	En l'absence d'échantillons offerts, probabilité moindre d'un recours à l'alimentation au biberon et plus élevée d'une poursuite de l'allaitement 3 semaines après la naissance.
Bliss, 97 (Etats-Unis d'Amérique) [1, 2]	Mères de langue anglaise, allaitant. Aucun problème post-partum ne subsistant au moment de quitter la maternité. Accès à un poste de téléphone.	EO 1 : 1 boîte de préparation pour nourrissons en poudre. EO 2 : Lait artificiel et 1 tire-lait. PEO 1 : Ni lait artificiel ni tire-lait offerts. PEO 2 : 1 tire-lait + manuel concernant son utilisation. Brochures sur l'allaitement rédigées par le personnel de l'hôpital offertes à toutes les mères.	EO 1 : 192 EO 2 : 184 PEO 1 : 145 PEO 2 : 167 N : 688	6 semaines après la naissance de leur enfant, probabilité moindre d'un allaitement total dans le cas des mères qui avaient reçu des échantillons gratuits de lait artificiel accompagnés (64 %) ou non (64 %) d'un tire-lait à leur sortie de la maternité**.	6 semaines après la naissance de leur enfant, les mères qui n'avaient reçu qu'un tire-lait (78 %), voire rien du tout (72 %) à leur sortie de la maternité, étaient plus susceptibles de pratiquer un allaitement total**.	La distribution d'échantillons de lait artificiel accompagnés ou non d'un tire-lait a rendu moins probable la pratique d'un allaitement total 6 semaines après la naissance (limitations méthodologiques majeures).
Dungy, 97 (Etats-Unis d'Amérique) [2, 4, 5, 8]	Femmes de race blanche pour la plupart, possédant des revenus moyens et souhaitant allaiter. Nourrissons nés à terme et en bonne santé.	EO 1 : Lait artificiel. EO 2 : Lait artificiel + tire-lait PEO : Tire-lait manuel.	EO 1 : 240 EO 2 : 245 PEO : 240 N : 725	18 % des mères appartenant au groupe EO 1 (lait artificiel uniquement) et 16 % de celles appartenant au groupe EO 2 (lait artificiel + tire-lait) ont pratiqué un allaitement total durant les 16 semaines de suivi.	16,7 % des mères appartenant au groupe PEO (tire-lait) ont pratiqué un allaitement total durant les 16 semaines de suivi.	Taux d'allaitement total identiques durant les 16 semaines de suivi, dans le cas des mères qui avaient reçu soit des échantillons de lait artificiel, soit un tire-lait, soit les deux.

*P < 0,05 ; **P < 0,01 ; ***P < 0,001.

Sixième Condition - Utilisation de suppléments

Poursuite de l'allaitement à 4, 12 et 20 semaines, selon que de l'eau glucosée est donnée sans restriction ou de manière limitée aux nourrissons durant leur séjour en maternité (*ad libitum* vs utilisation limitée)



*Ad libitum vs Utilisation limitée, $P < 0,05$.

Adapté de : Martin-Calama J et al (1997).

SEPTIEME CONDITION

7.1 « Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour. »

Les mères dont le bébé est normal (y compris celles ayant accouché par césarienne) devraient voir leur enfant placé jour et nuit dans leur propre chambre, dès le moment où elles regagnent celle-ci après l'accouchement (ou dès qu'elles sont en état de réagir dans le cas de césariennes) ; hormis pendant des périodes inférieures à une heure destinées à des procédures hospitalières. Dans le cas d'accouchements vaginaux normaux, il ne faudrait pas attendre au-delà d'une heure afin de procéder ainsi. Toutes les mères ayant accouché qui se trouvent dans la maternité doivent avoir leur enfant avec elles ou dans un berceau près de leur lit, à moins qu'une séparation ne soit indiquée. (Règles mondiales pour l'Initiative OMS/UNICEF des Hôpitaux Amis des Bébé, 1992.)

7.2 Introduction

Lorsqu'au début du vingtième siècle le nombre de mères accouchant en milieu hospitalier a augmenté, des pratiques de soins délivrées en pouponnière et destinées aux nouveau-nés ont été adoptées. L'une des conséquences en a été un risque accru d'infections croisées avec, pour aboutissement, des épidémies de diarrhée (McBryde & Durham, 1951) et des infections à staphylocoque chez les nouveau-nés (Rush, Chalmers & Enkin, 1989). Dans un passé plus récent, certains hôpitaux ont pris la décision de placer le nourrisson dans la chambre de sa mère et en se développant, cette nouvelle pratique a eu pour résultat une diminution des infections (Mapata, Djauhariah & Dasril, 1988 ; Suradi, 1988).

De nos jours, on note cependant que de nombreuses maternités, en particulier celles possédant un régime privé, conservent une pouponnière destinée aux nouveau-nés bien portants nés lors d'accouchements normaux. D'autres choisissent de laisser l'enfant aux côtés de sa mère de manière partielle, durant la journée, et de le ramener en pouponnière la nuit. Il arrive que les mères soient réveillées afin d'allaiter, mais dans la plupart des cas le personnel infirmier prend l'initiative de nourrir les enfants lorsqu'ils se trouvent en pouponnière et leur donnent soit un lait artificiel soit de l'eau. A l'opposé, placer l'enfant dans la chambre de sa mère permet à celle-ci de répondre à ses besoins, de l'allaiter lorsqu'il en manifeste le désir, et ainsi d'établir un écoulement de lait régulier. Il apparaît dès lors difficile de dissocier la Septième Condition de la Huitième qui aborde la pratique de l'allaitement à la demande, laquelle ne pourra que pâtir d'une prise en charge des nourrissons en pouponnière, source fréquente de problèmes pour l'allaitement.

Ecarter la possibilité de réunir l'enfant et sa mère dans une même chambre est argumenté de diverses manières : on considère souvent que le placement en pouponnière permet une meilleure surveillance, que le sommeil de la mère risque d'être perturbé par la présence de son enfant ; il arrive aussi que la mère, désireuse de se reposer, demande elle-même à ce que son enfant soit placé en pouponnière. Sont aussi évoqués la difficulté à envisager des modifications dans la conception du service ainsi que le coût d'une telle transformation. Au sein d'un établissement privé, toute facture établie pour le placement de l'enfant en pouponnière s'avère par ailleurs injustifiée dès lors que celui-ci se trouve en permanence auprès de sa mère.

Aucune de ces raisons ne motive cependant un placement systématique du nourrisson en pouponnière. Le personnel se trouve dans l'obligation de consacrer une partie importante de son temps au fonctionnement d'un service dont l'existence nuit à la relation mère-enfant, au risque d'empêcher le développement entre eux d'une relation affective étroite et d'entraîner une perte de confiance chez la mère. Quelque soit la façon dont ils sont nourris, tous les enfants devraient pouvoir être installés auprès de leur mère durant leur séjour en maternité.

7.3 Avantages à laisser l'enfant avec sa mère pour la pratique de l'allaitement

Parmi les premières études prospectives et rétrospectives, nombreuses sont celles qui ont démontré combien le maintien du nouveau-né dans la chambre de sa mère avait pu bénéficié à la pratique de l'allaitement (McBryde & Durham, 1951 ; Jackson, Wilkin & Auerbach, 1956 ; Bloom et al, 1982 ; Elander & Lindberg, 1984). Six études expérimentales ou quasi-expérimentales évoquent par ailleurs ce sujet.

Dans une étude quasi-expérimentale menée dans un hôpital du Brésil, Procianoy et al (1983) ont analysé de quelle manière le placement de l'enfant auprès de sa mère pouvait influencer les intentions de celle-ci à l'égard de l'allaitement au moment de quitter la maternité. En fonction du nombre de lits disponibles, les mères avaient été réparties en deux groupes, les unes gardant leur enfant auprès d'elles, les autres les plaçant en pouponnière. A la sortie de la maternité, les choix liés à l'allaitement étaient radicalement différents : 73 % de celles restées en permanence au contact de leur enfant choisissaient de continuer à allaiter, elles n'étaient que 43 % dans le même cas au sein du second groupe ($P < 0,001$). Une fois contrôlés le type de prise en charge dont les mères avaient bénéficié durant la période prénatale et les recommandations formulées par l'établissement hospitalier en matière d'alimentation, les différences continuaient à être significatives. Bien que n'ayant pas évalué la durée de l'allaitement, cette étude a toutefois clairement suggéré que favoriser le placement de l'enfant auprès de sa mère influençait les choix de celle-ci à l'égard de l'allaitement, développait sa sensibilité maternelle et participait à renforcer sa confiance.

En Suède, Elander & Lindberg (1986) se sont penchés sur le cas de 29 nouveau-nés traités par photothérapie, qui pour les besoins de l'étude avaient été répartis en deux groupes, les uns placés en pouponnière, les autres laissés la journée et généralement la nuit auprès de leur mère. On a pu constater que pendant les 12 semaines de suivi, ces derniers étaient plus disposés à être allaités, une différence significative étant relevée entre les deux groupes à 4 semaines (87 % contre 50 %, $P < 0,05$).

Strachan-Lindenberg, Cabrera & Jimenez (1990) ont effectué un suivi de 4 mois auprès de 375 femmes nicaraguayennes de condition modeste qui venaient d'accoucher d'un premier enfant. Un certain nombre d'interventions menées avec la collaboration de celles-ci sont décrites dans la Quatrième Condition du présent document. Les auteurs ont estimé que le taux d'allaitement total, une semaine après la naissance, était plus important parmi les mères qui avaient pu rester en permanence aux côtés de leur enfant, sensibilisées par ailleurs à la pratique de l'allaitement (63 %), par rapport à celles dont l'enfant avait été placé en pouponnière et qui bénéficiaient des soins habituels, accompagnés (53 %) ou non (32 %, $P < 0,001$) d'une information

spécifique à l'allaitement. A 4 mois, la courbe des taux d'allaitement, quelque soit son type, restait plus élevée pour le premier groupe (61 %) contre 51 % pour les deux autres groupes réunis, $P < 0,05$).

Au Mexique, Perez-Escamilla et al (1992) ont effectué un suivi auprès de 165 femmes de condition modeste dont l'intention était d'allaiter. La méthodologie à laquelle ils ont eu recours est décrite dans la Cinquième Condition du présent document. Les femmes en question avaient accouché dans deux maternités, l'une dotée d'une pouponnière, la seconde pratiquant le placement de l'enfant dans la chambre de sa mère, accompagné ou non d'une assistance en matière d'allaitement. Dans le cas des mères restées en permanence aux côtés de leur enfant, le contact entre eux s'était établi plus tôt, de même que la première tétée. Ils passaient plus de temps ensemble et les tétées étaient plus fréquentes. Au sein de l'hôpital doté d'une pouponnière, certaines directives en limitant l'usage, l'eau glucosée destinée aux nourrissons était donnée en moindre quantité.

Un mois après la naissance, le taux d'allaitement total se révélait significativement plus élevé dans le cas des mères restées au contact de leur enfant. 4 mois après la naissance, les différences ne gardaient un caractère significatif que dans le cas de celles à qui une assistance dans la pratique de l'allaitement avait par ailleurs été prodiguée. Les auteurs estiment que la pratique du placement de l'enfant auprès de sa mère possède un effet bénéfique à court terme sur l'allaitement, prolongé lorsqu'une assistance dans ce domaine est prodiguée.

Il arrive que le fait d'installer la mère et son enfant dans une même chambre contribue à une production lactée précoce. En Indonésie, Mapata, Djauhariah & Dasril (1988) ont mené une étude auprès de 414 mères dont le choix avait été soit de garder leur enfant auprès d'elles soit de le placer en pouponnière. Dans le premier cas, on a pu constater que la production de lait mature survenait plus tôt ($1,85 \pm 0,84$ jours) que dans le second ($3,07 \pm 0,93$ jours, $P < 0,001$), et que l'ictère du nouveau-né était moins fréquent (13 % contre 26 % respectivement, $P < 0,05$).

Dans une enquête menée auprès de 204 mères, Yamauchi & Yamanouchi (1990) ont rapporté qu'entre le deuxième et le septième jour suivant la naissance, les enfants installés auprès de leur mère tetaient plus fréquemment et prenaient quotidiennement plus de poids que ceux placés en pouponnière. Les mères restées auprès de leur enfant étaient par ailleurs encouragées à pratiquer l'allaitement à la demande.

7.4 Résultats supplémentaires

Outre ses effets sur l'allaitement, on estime que la pratique du placement de l'enfant dans la chambre de sa mère possède une incidence sur la relation mère-enfant, qu'elle favorisera, quand bien même pratiquée de façon partielle, durant la journée.

Dans une étude quasi-expérimentale, O'Connor et al (1980), observant un groupe au sein duquel mères et enfants étaient séparés, et prenant comme point de comparaison un second groupe dans lequel huit heures étaient quotidiennement passées ensemble, ont constaté que mauvais traitements et désintérêt se révélaient plus fréquents dans le cas d'une séparation, ceci quelles que fussent les intentions exprimées au préalable à l'égard de l'allaitement. Norr et al (1989), s'intéressant à

une population de femmes nord-américaines possédant de faibles revenus, ont constaté que 2 à 3 jours après la naissance, une relation affective plus étroite unissait les mères et les enfants laissés ensemble durant la journée par rapport à un second groupe constitué avant d'expérimenter cette pratique, et un troisième au sein duquel les mères auraient souhaité avoir leur enfant auprès d'elles sans pouvoir l'obtenir. Dans une étude rétrospective, Buranasin (1991) a constaté que deux ans après l'adoption de la pratique du placement de l'enfant dans la chambre de sa mère, le taux d'abandon de nouveau-nés était passé de 1,8 à 0,1 par 100 naissances vivantes.

7.5 Raisons, diversement acceptables, de ne pas vouloir réunir mère et enfant dans un même espace

Lorsque décision est prise de ne pas réunir mère et enfant dans une même chambre, la raison invoquée n'est pas toujours justifiée, y compris dans le cas où la mère a choisi de ne pas allaiter. Le souci exprimé de manière générale concerne le repos dont la mère a besoin et le risque de voir son sommeil perturbé dès lors que son enfant est placé à ses côtés. Afin d'analyser l'incidence réelle d'une telle pratique la nuit, Waldenström & Swenson ont mené une étude en 1991 auprès de mères et d'enfants déjà réunis la journée. Ils ont constaté que malgré une fréquence accrue des tétées, le nombre d'heures de sommeil de la mère n'en était pas affecté, pas plus que son activité diurne.

Dans une étude, Keefe a établi une comparaison entre deux groupes mères-enfants, les uns réunis de manière permanente, les autres uniquement entre 7:00 et 23:00 heures. Elle a d'abord défini les phases d'éveil et de sommeil propres au nouveau-né (1987), puis observé la qualité du sommeil de la mère durant la nuit (1988), pour en conclure que les réunir de manière ininterrompue ne possédait pas un caractère perturbant et que le nombre d'heures de sommeil dans les deux groupes se révélait quasiment identique. Au cours des deux nuits considérées, sept mères sur les dix que comptait le groupe familial de la pouponnière avaient pris un somnifère une fois au moins ; on n'en dénombrait aucune dans le second groupe.

Durant les deux nuits consécutives à l'accouchement, les nouveau-nés avaient été placés dans des berceaux munis d'un moniteur de sommeil afin d'étudier leurs réactions. Le bruit ($P < 0,01$) et l'intensité de l'éclairage en pouponnière étaient plus importants que dans les chambres des mères accouchées. Les pleurs y étaient plus fréquents sans pour cela que le personnel de soins ne se déplace systématiquement. On constatait que les enfants laissés auprès de leur mère passaient 33 % de la nuit à dormir paisiblement, contre 25 % dans le cas de ceux placés en pouponnière ($P < 0,05$).

Ces données combinées suggèrent que la présence du nouveau-né dans la chambre de sa mère n'altère pas notablement le sommeil de celle-ci, mais profite au sien.

7.6 Influence sur l'allaitement du partage d'un même lit entre la mère et son enfant et autres conséquences y afférentes

On considère que lorsqu'un enfant partage le lit de sa mère, le bon déroulement des tétées de nuit s'en trouve facilité. Aux Etats-Unis d'Amérique, McKenna, Mosko & Richard (1997), se livrant à une étude auprès de groupes mère-enfant originaires

d'Amérique latine, tous en bonne santé, 3 à 4 mois après la naissance, ont observé de quelle manière se déroulaient leurs nuits, les uns partageant systématiquement le même lit (n = 20), les autres dormant toujours séparés (n = 15), les mères allaitant exclusivement la nuit. Ils ont constaté que les tétées des enfants partageant le lit de leur mère étaient trois fois plus longues et en ont déduit qu'une telle pratique favorisait l'allaitement et permettait par ailleurs d'écarter les risques de mort subite du nourrisson. On note cependant que les preuves à ce sujet restent peu probantes. Dans une étude longitudinale et après ajustement des facteurs de confusion, Clements et al (1997) estiment que la durée globale de l'allaitement est accrue lorsque mère et enfant dorment dans un même lit.

7.7 Conclusion

Les dernières années écoulées ont permis d'accumuler une expérience considérable au sujet des nourrissons laissés aux côtés de leur mère. Les personnels de santé tout comme les mères considèrent généralement qu'une telle pratique est préférable au placement en pouponnière. Les arguments avancés le plus couramment afin de s'y soustraire, notamment que le sommeil de la mère peut en pâtir, ne sont pas recevables. Placer un enfant auprès de sa mère favorise non seulement l'allaitement (la mère ayant plus de facilité à nourrir son enfant à la demande) mais aussi la relation qui les unit. Allaiter à la demande du nourrisson présente certaines difficultés lorsque celui-ci est placé en pouponnière ; au contraire, laissé auprès de sa mère, il tétera plus fréquemment. On note toutefois que la relation mère-enfant se développe indépendamment du mode d'alimentation choisi.

On remarque que les nourrissons placés en pouponnière pleurent plus fréquemment, et que le personnel en charge d'intervenir ne le fait pas de manière aussi systématique que la mère dont l'enfant partage la chambre. On considère donc que les enfants, allaités ou non, devraient rester auprès de leur mère 24 heures sur 24, à moins qu'une raison médicale incontournable ne nécessite un placement en pouponnière.

TABEAU 7.1. ETUDES EXPERIMENTALES - RESULTATS COMPARATIFS - PLACEMENT DE L'ENFANT AUPRES DE SA MERE

Etude [Limitations méthodologiques]	Participants Critères	Groupe témoin/Groupe soumis à une intervention	Importance du panel	Résultats		Conclusion
				Témoin	Intervention	
Procianny, 83 (Brésil) [9]	Femmes vivant en milieu urbain, possédant de faibles revenus, n'ayant reçu aucune information sur l'allaitement durant leur grossesse. Nourrissons nés à terme et en bonne santé ; allaités de retour au domicile.	Similitudes dans les deux groupes : Contact tactile à la naissance, suivi d'une séparation de 6 à 8 heures. Groupe témoin : Mère et enfant placés au contact l'un de l'autre durant une heure toutes les 4 heures. Intervention : Mère et enfant réunis de manière permanente ; allaitement toutes les 4 heures.	Tém. : 75 Interv. : 81 N : 156	32 mères (43 %) avaient l'intention de continuer à allaiter en quittant la maternité***.	59 mères (73 %) avaient l'intention de continuer à allaiter en quittant la maternité***.	Le fait de réunir la mère et son enfant dans une même chambre augmente la probabilité d'une poursuite de l'allaitement.
Elander, 86 (Suède) [8]	Nourrissons en bonne santé présentant une hyperbilirubinémie et traités par photothérapie.	Groupe témoin : Séparation totale. Intervention : Mère et enfant réunis de manière permanente + mère assistée pendant 1 à 2 heures dans les soins prodigués à son enfant.	Tém. : 14 Interv. : 15 N : 29	4 semaines après la naissance, 7 mères (50 %) * continuaient à allaiter ^a . 12 semaines après la naissance, 3 mères (21 %) continuaient à allaiter ^a .	4 semaines après la naissance, 13 mères (87 %) * continuaient à allaiter ^a . 12 semaines après la naissance, 8 mères (53 %) continuaient à allaiter ^a .	Le placement de l'enfant aux côtés de sa mère était considéré comme ayant favorisé tout type d'allaitement à 4 semaines.
Mapata, 88 (Indonésie) [3]	Nourrissons nés à terme et en bonne santé. Grossesse et accouchement n'ayant pas présenté de complications.	Groupe témoin : Contact toutes les 3 heures, au moment d'allaiter. Intervention : Mère et enfant réunis de manière permanente, allaitement à la demande, contact tactile établi en salle d'accouchement.	Tém. : 161 Interv. : 253 N : 414	Montée de lait au bout de 3.07 jours***.	Montée de lait au bout de 1,85 jours***.	Montée de lait survenue plus tôt chez les mères laissées au contact de leur enfant.
Yamauchi, 90 (Japon) [6]	Nourrissons nés à terme et en bonne santé.	Groupe témoin : Soins prodigués avant que l'intervention ne soit menée, mère et enfant placés au contact l'un de l'autre toutes les 3 à 4 heures. Intervention: Mère et enfant réunis de manière permanente + allaitement à la demande (Huitième Condition).	Tém. : 112 Interv. : 92 N : 204	Nombre de tétées au sixième jour : 7,85 (en moyenne)***. Prise de poids (du minimum jusqu'au septième jour) : 31 ± 15 g/jour**.	Nombre de tétées au sixième jour : 9,72 (en moyenne)***. Prise de poids (du minimum jusqu'au septième jour) : 39 ± 21 g/jour**.	Fréquence des tétées et prise de poids accrues grâce au placement de l'enfant dans la chambre de sa mère.
Strachan-Lindenberg, 90 (Nicaragua) [8]	Femmes primipares en bonne santé, vivant en milieu urbain, possédant de faibles revenus. Intention d'allaiter.	Groupe témoin I (préalablement à l'intervention) : messages habituels au sujet de l'allaitement + séparation. Groupe témoin II (préalablement à l'intervention) : information plus spécifique sur l'allaitement + contact précoce. Intervention : Mère et enfant réunis de manière permanente + information plus spécifique sur l'allaitement.	Tém. (I + II) : 259 Interv. : 116 N : 375	1 semaine après la naissance, 111 mères (43 %) allaitaient totalement***. 4 mois après la naissance, 131 mères (51 %) continuaient à allaiter*.	1 semaine après la naissance, 73 mères (63 %) allaitaient totalement***. 4 mois après la naissance, 71 mères (61 %) continuaient à allaiter*.	Le placement de l'enfant auprès de sa mère et des messages spécifiques délivrés sur l'allaitement étaient considérés comme ayant favorisé tout type d'allaitement à 4 mois.
Perez-Escamilla, 92 (Mexique)	Femmes primipares de condition modeste vivant en milieu urbain. Intention d'allaiter. Nourrissons nés à terme et en bonne santé.	Groupe témoin : Séparation totale + aucune assistance dans la pratique de l'allaitement. Intervention I : Mère et enfant réunis de manière permanente. Intervention II : Mère et enfant réunis de manière permanente + assistance dans la pratique de l'allaitement.	Tém. : 17 Interv. I : 15 Interv. II : 22 N : 54	30 jours après la naissance, 2 mères (12 %) ^a allaitaient totalement*. 90 jours après la naissance, aucune mère (0 %) ^a ne continuait à allaiter totalement*.	30 jours après la naissance (II vs Tém.), 6 mères (40 %) ^b dans Interv. I et 11 (50 %) ^b dans Interv. II allaitaient totalement*. 90 jours après la naissance (II vs Tém.), 1 mère (8 %) ^a dans Interv. I et 6 (27 %) ^a dans Interv. II allaitaient totalement*.	Augmentation du taux d'allaitement jusqu'à 90 jours lorsque mère et enfant étaient placés dans la même chambre et qu'une assistance dans la pratique de l'allaitement était prodiguée aux mères qui avaient accouché pour la première fois.

*P < 0,05 ; **P < 0,01 ; ***P < 0,001. ^a : Données recalculées

**TABEAU 7.2. ETUDES EXPERIMENTALES - RESULTATS COMPARATIFS
PLACEMENT DE L'ENFANT AUPRES DE SA MERE - INCIDENCES DIVERSES**

Etude [Limitations méthodologiques]	Participants Critères	Groupe témoin/ Groupe soumis à une intervention	Importance du panel	Résultats		Conclusion
				Témoin	Intervention	
O'Connor, 80 (Etats-Unis d'Amérique)	Femmes primipares de condition modeste. Nouveau-nés en bonne santé.	Groupe témoin : Mère placée au contact de son enfant au bout de 12 heures, au moment de le nourrir. Intervention : Mère et enfant placés au contact l'un de l'autre au bout de 7 à 21 heures : réunis 11,4 heures durant les 48 premières heures (en moyenne).	Tém. : 158 Interv. : 143 N : 301	9 cas de mauvais traitements graves ou de négligences à l'égard de l'enfant constatés en 17 mois*.	1 cas de mauvais traitements graves ou de négligences à l'égard de l'enfant constatés en 17 mois*.	Moins de risques de mauvais traitements ou de négligences à l'égard de l'enfant si celui-ci est placé aux côtés de sa mère (partiellement).
Norr, 89 (Etats-Unis d'Amérique) [6]	Femmes primipares médecinalement indigentes. Accouchement normal : nourrissons nés à terme et en bonne santé, pour la plupart nourris au biberon.	Groupe témoin I : Mère et enfant placés au contact l'un de l'autre 4 fois par jour durant 45 minutes, avant que ne soit menée l'intervention. Groupe témoin II : Ainsi que décrit ci-dessus, malgré le souhait exprimé par la mère de garder son enfant auprès d'elle. Intervention : Mère et enfant réunis durant la journée.	Tém. I : 72 Tém. II : 35 Interv. : 77 N : 184	Résultats inhérents au développement du lien mère-enfant au bout de 2 à 3 jours : Tém. I : 82,2 ± 21 (moyenne ± SD)*. Tém. II : 80,2 ± 19,9.	Résultats inhérents au développement du lien mère-enfant au bout de 2 à 3 jours : 88,9 ± 21 (moyenne ± SD)*.	Mères plus attachées à leur enfant lorsqu'ils sont réunis dans une chambre identique.
Keefe, 87 et 88 (Etats-Unis d'Amérique) [3]	Femmes multipares. Accouchement normal. Nourrissons nés à terme, sans complications, allaités.	Groupe témoin : Mère et enfant réunis entre 7:00 et 23:00 h. Intervention : Ainsi que décrit ci-dessus + enfant placé aux côtés de sa mère durant la nuit aussi.	Tém. : 10 Interv. : 11 N : 21	Sur 8 heures, nombre d'heures de sommeil pour la mère durant la première et la deuxième nuit : 5,35 h. Portion de la nuit durant laquelle l'enfant a dormi paisiblement dans son berceau : 25 %*. Durée moyenne des pleurs de l'enfant couché dans son berceau, durant la nuit : 20,8 minutes***.	Sur 8 heures, nombre d'heures de sommeil pour la mère durant la première et la deuxième nuit : 5,55 h. Portion de la nuit durant laquelle l'enfant a dormi paisiblement dans son berceau : 33 %*. Durée moyenne des pleurs de l'enfant couché dans son berceau durant la nuit : 1,4 minutes***.	Placer l'enfant aux côtés de sa mère durant la nuit n'entraîne pas une diminution du nombre d'heures de sommeil pour celle-ci. Le sommeil de l'enfant s'en trouve apaisé et les pleurs sont moins fréquents.
Waldenstrom, 91 (Suède) [6]	Nourrissons en bonne santé, nés lors d'un accouchement sans complications.	Groupe témoin (constitué préalablement à l'intervention menée) : Mère et enfant réunis entre 6:00 et 22:00 h. Intervention : Ainsi que décrit ci-dessus + mères encouragées à garder leur enfant à leurs côtés durant la nuit (formation du personnel, information dispensée durant la période anténatale).	Tém. : 104 Interv. : 111 N : 215	Nombre de tétées au cours de la troisième nuit : 1,5 (en moyenne)*. Nombre d'heures de sommeil au cours de la troisième nuit pour la mère : 5,7 (en moyenne).	Nombre de tétées au cours de la troisième nuit : 1,8 (en moyenne)*. Nombre d'heures de sommeil au cours de la troisième nuit pour la mère : 5,6 (en moyenne).	Placer l'enfant aux côtés de sa mère durant la nuit n'entraîne pas une diminution du nombre d'heures de sommeil pour celle-ci. Tétées plus nombreuses durant la troisième nuit.

*P < 0,05 ; **P < 0,01 ; ***P < 0,001.

HUITIEME CONDITION

8.1 « Encourager l'allaitement maternel à la demande de l'enfant. »

Les mères d'enfants normaux (y compris celles ayant accouché par césarienne) qui allaitent ne doivent se voir imposée aucune restriction dans la fréquence ou la durée de la tétée de leur bébé. On devrait conseiller à ces mères d'allaiter leur bébé quand il a faim ou aussi souvent qu'il le veut et de le réveiller s'il dort trop longtemps ou lorsqu'elles constatent que leurs seins sont trop pleins. (Règles mondiales pour l'Initiative OMS/UNICEF des Hôpitaux Amis des Bébé, 1992.)

8.2 Introduction

L'idée selon laquelle donner des tétées à heures fixes est préférable à la fois pour le nourrisson et pour sa mère a été introduite au début du vingtième siècle dans l'intention d'appréhender l'allaitement de manière « scientifique » et sûre (Fisher, 1985 ; Klaus, 1987 ; Inch & Garforth, 1989). On considérait de manière purement théorique qu'un intervalle de 3 à 4 heures était nécessaire entre les tétées afin de permettre la digestion, qu'allaiter la nuit n'était pas souhaitable et que de longues tétées provoquaient diarrhée, vomissements, retard de croissance, et entraînaient une inflammation des mamelons chez la mère. De telles idées prévalent encore en certains endroits. De nos jours, on estime plus généralement qu'établir strictement l'heure des tétées occasionne des difficultés à l'égard de l'allaitement et provoque une diminution de la production lactée, la mère étant dès lors tentée de recourir à une alimentation artificielle. Retirer l'enfant du sein avant qu'il ait terminé l'empêche de bénéficier des éléments énergétiques contenus dans le lait de fin de tétée (Woolridge & Baum, 1993).

Cependant, subsiste parfois un écart entre théorie et pratique. Bien qu'adopté par l'établissement hospitalier, il arrive que l'allaitement à la demande soit négligé et que le personnel soit tenté d'« inciter » l'enfant à respecter un certain intervalle entre les tétées avant le retour au domicile (Garforth & Garcia, 1989) et de privilégier des tétées de courte durée afin d'écarter le risque d'inflammation des mamelons.

Lorsque l'allaitement à la demande (parfois appelé aussi « sans restrictions », « induit par le bébé » ou encore « en réponse aux signes manifestés par le bébé ») est pratiqué, on constate que durée et fréquence des tétées varient selon que l'on considère tel ou tel enfant, et différent du jour au lendemain. De nombreux enfants réclament le sein toutes les 2 à 3 heures, voire plus souvent, mais respectent parfois des intervalles de temps plus importants. Le nombre total de tétées en 24 heures dépasse en général les 6 à 8 communément préconisées en maternité.

Lorsqu'elle se trouve à la maternité, la mère peut envisager d'allaiter sans restrictions uniquement si son enfant est placé à ses côtés 24 heures sur 24, afin de pouvoir le nourrir à chaque fois qu'il semble prêt à téter. En conséquence, il est difficile d'évaluer l'incidence de l'allaitement à la demande évoqué dans cette Huitième Condition sans considérer dans le même temps la Septième Condition.

8.3 Fréquence et durée des tétées dès la naissance

Lors de l'expulsion du placenta, les taux sanguins d'oestrogène et de progestérone chutent, permettant ainsi à la prolactine d'agir sur la glande mammaire et de déclencher la sécrétion du lait. Dans les toutes premières semaines de vie, les besoins alimentaires de l'enfant déterminent la quantité de lait produite, en partie sous l'effet des stimulations qu'il exerce sur le mamelon au moment où il tète et de la prolactine sécrétée en réponse à ces stimulations, toutes deux étroitement liées à son appétit (Woolridge & Baum, 1993 ; Wilde, Prentice & Peaker, 1995 ; Hartmann et al, 1996). Inciter les mères à restreindre soit la fréquence soit la durée des tétées risque de nuire au processus d'adaptation et d'aboutir au phénomène d'engorgement, à une production lactée insuffisante ainsi qu'à divers autres problèmes.

Lorsque l'allaitement est pratiqué sans restrictions, la fréquence et la durée des tétées varient amplement. Howie et al (1981) ont ainsi observé 50 mères au cours de deux tétées consécutives, respectivement cinq et sept jours après leur accouchement. Ils ont estimé que la durée des tétées variaient entre 7 et 30 minutes, que la quantité de lait sécrétée en une minute se situait entre 1 et 14 grammes pour atteindre 42 à 125 grammes au terme de la tétée. Aux Etats-Unis d'Amérique, De Carvalho et al (1982a) ont mené une étude auprès de 46 mères accompagnées de leur enfant qui allaitaient à la demande et ne donnaient pas d'aliments de complément. Au cours des deux premières semaines de vie, ils ont pu constater que la fréquence des tétées évoluait d'une mère à l'autre, passant de 6,5 à 16,5 en 24 heures. Un mois après la naissance, le nombre de tétées en 24 heures variait entre 5 et 11. En moyenne, la durée totale des tétées données quotidiennement se situait entre 86 et 304 minutes durant les deux premières semaines de vie et entre 75 et 405 minutes un mois après la naissance. A un mois, la quantité de lait absorbée quotidiennement, indépendamment de la fréquence et de la durée des tétées, était comprise entre 395 et 1011 ml.

Allaiter son enfant entre 10 et 15 fois par jour ne possède pas un caractère inhabituel. Diaz et al (1995), ayant étudié le cas de 1217 femmes chiliennes en bonne santé qui allaitaient à la demande, ont établi qu'à un mois, le nombre de tétées durant la journée était de $8,0 \pm 2,7$ pour passer à $3,5 \pm 2,2$ la nuit. Six mois après la naissance, on en comptait $7,7 \pm 2,7$ durant la journée et $2,6 \pm 1,7$ la nuit.

8.4 Incidences d'un allaitement pratiqué sans restrictions

Quatre études quasi-expérimentales ont évalué les effets d'un allaitement pratiqué sans restrictions (Illingworth & Stone, 1952 ; Slaven & Harvey, 1981 ; De Carvalho et al, 1983 et 1984). Salaria, Easton & Cater (1978), ont comparé l'incidence de tétées données d'une part toutes les deux heures et d'autre part toutes les quatre heures ; les différences constatées ne sont pas considérées significatives.

Illingworth & Stone (1952) ont choisi d'analyser des courbes de prise de poids et l'incidence d'un allaitement total, en menant une étude auprès d'enfants dont les mères avaient été réparties entre différents services de maternité. Dans l'un d'entre eux, 106 enfants étaient allaités à heures fixes (une tétée toutes les quatre heures, six fois par jour) alors que dans un second service, 131 nourrissons étaient allaités à

la demande. Au terme de l'étude et après désistement de certaines mères, les deux groupes en question ne comptaient plus que 96 et 122 enfants respectivement.

Les enfants allaités à la demande dès le troisième jour suivant leur naissance prenaient en moyenne 6,4 tétées en 24 heures. Au neuvième jour, ils étaient 49 % à avoir retrouvé leur poids de naissance contre 36 % dans le groupe de ceux qui étaient nourris à heures fixes. Les mères qui appartenaient à ce second groupe étaient plus nombreuses à présenter une inflammation des mamelons (27 % contre 13 %) et une « distension excessive des tissus mammaires » ou engorgement des seins (34 % contre 17 %). Un mois après leur naissance, on constatait que l'alimentation à la demande du nourrisson favorisait l'allaitement total (80 % contre 65 %).

Slaven & Harvey (1981) ont étudié quelles pouvaient être les conséquences d'une limitation de la durée des tétées, sans par ailleurs en restreindre la fréquence. Le groupe des mères soumises à l'intervention avait reçu pour instruction d'allaiter leur enfant à volonté, sans restriction de temps lors des tétées. On avait par contre demandé au groupe témoin de respecter certaines limitations dans la durée des tétées : 3 minutes à chaque sein le premier jour suivant l'accouchement ; 5 minutes le deuxième jour ; 7 minutes le troisième jour ; et 10 minutes par la suite. 6 semaines après la naissance, le nombre de mères continuant à allaiter se révélait notablement plus élevé dans le groupe au sein duquel la durée des tétées était libre par rapport à celui où des limitations de temps avaient été imposées ($P < 0,0005$). Aucune différence n'était relevée entre les deux groupes concernant les phénomènes d'inflammation des mamelons et d'engorgement des seins.

Durant 35 jours, De Carvalho et al (1983) ont observé deux groupes de mères, les unes allaitant à heures fixes, les autres pratiquant l'allaitement à la demande. Au quinzième jour, la quantité de lait prise quotidiennement par les nourrissons allaités sans restrictions était significativement plus élevée (725 ml contre 502 ml/24 h, $P < 0,0002$) et ils avaient pris plus de poids depuis la naissance (561 contre 347 grammes, $P < 0,02$). Au trente cinquième jour, on notait cependant que ces différences avaient perdu tout caractère significatif, et compte tenu d'un taux de défection important, il était jugé inutile d'envisager un suivi ultérieur.

En 1984, De Carvalho et al, effectuant une étude de suivi auprès de mères durant une période de 10 jours après leur accouchement, ont constaté que les cas d'inflammation des mamelons étaient plus fréquents lorsque les nourrissons étaient allaités à heures fixes ($n = 17$) plutôt qu'à la demande ($n = 15$) et que le nombre des tétées données quotidiennement était plus élevé dans le cas de ces derniers (7,4 contre 10, $P < 0,0001$). L'inflammation des mamelons n'était donc pas le fait de tétées plus longues ou plus fréquentes.

Martines, Ashworth & Kirkwood (1989), menant une étude cohorte prospective auprès d'enfants brésiliens âgés de moins de 6 mois et vivant en milieu urbain dans des conditions précaires, ont constaté que des tétées données à une fréquence plus importante, de retour au domicile (plus de 6 fois par jour un mois après la naissance) étaient plus favorables à la poursuite de l'allaitement que des tétées données à heures fixes. Entre l'âge de trois et six mois, leur incidence demeurait significative, y compris dans le cas de certains nourrissons allaités et nourris au biberon, en alternance.

8.5 Résultats supplémentaires

Ainsi qu'il est énoncé dans la Sixième Condition, on recommande souvent une augmentation de la consommation de liquides afin de traiter l'ictère du nouveau-né. Si l'eau glucosée donnée en supplément n'a pas montré son efficacité, des tétées plus fréquentes semblent au contraire agir sur l'ictère. De Carvalho (1982b) a établi qu'une fréquence accrue des tétées données en maternité durant les trois premiers jours de vie (plus de 8 en 24 heures) possédait une incidence sur les taux sanguins de bilirubine, plus bas le troisième jour ($P < 0,01$) ; la perte de poids restait elle similaire dans tous les cas considérés, indépendamment de la fréquence des tétées.

Dans une étude prospective menée auprès de 140 enfants, Yamauchi & Yamanouchi (1990) ont remarqué qu'une fréquence plus importante des tétées durant le premier jour suivant la naissance avait pour incidence une diminution de l'hyperbilirubinémie au sixième jour, s'avérait par ailleurs prépondérante dans la quantité de lait, plus importante, absorbée au troisième et au cinquième jour ($P < 0,05$) et avait pour effet une moindre diminution de poids entre le moment de la naissance et le septième jour de vie ($P < 0,01$).

8.6 Conclusion

On constate que selon le moment et le groupe mère-enfant considérés, le déroulement de l'allaitement (à savoir le nombre et la durée des tétées données quotidiennement) varie amplement. Aussi ne peut-on se fonder sur des valeurs moyennes afin d'établir des principes propres à un allaitement pratiqué sans aucune restriction.

Les avantages de l'allaitement à la demande sont clairs et en appréhender certains effets douloureux, tels qu'un risque accru d'inflammation des mamelons apparaît injustifié. On sait maintenant que la cause d'une pareille inflammation réside principalement dans la mauvaise prise du sein, sans relation aucune avec la durée des tétées (Woolridge, 1986b).

Un enfant allaité à la demande présentera une moindre perte de poids dans les premiers jours suivant sa naissance. Outre ce premier avantage, une telle pratique favorise une durée globale de l'allaitement accrue. Une plus grande fréquence des tétées aussitôt après la naissance contribue à une diminution du taux d'hyperbilirubinémie. En ce qui concerne la mère, la mise en route de l'allaitement se révèle plus aisée dès lors que celui-ci est pratiqué sans restrictions, permettant par ailleurs de prévenir le phénomène d'engorgement. Bien que l'information ne soit pas répertoriée de manière formelle, des observations fournies par un certain nombre d'établissements hospitaliers confirment qu'après adoption de l'allaitement à la demande, les phénomènes d'engorgement et autres problèmes corrélatifs ont diminué dans une grande mesure. Les personnels de quelques maternités, témoins de cette transition, évoquent toutefois leur désir de revenir à des horaires de tétées fixes, quand bien même cela implique la nécessité d'apaiser les pleurs de nourrissons attendant d'être nourris, et génère une frustration, lorsque confronté au problème d'engorgement des mamelons, on tente avec difficulté de positionner un enfant extrêmement agité au sein de sa mère découragée.

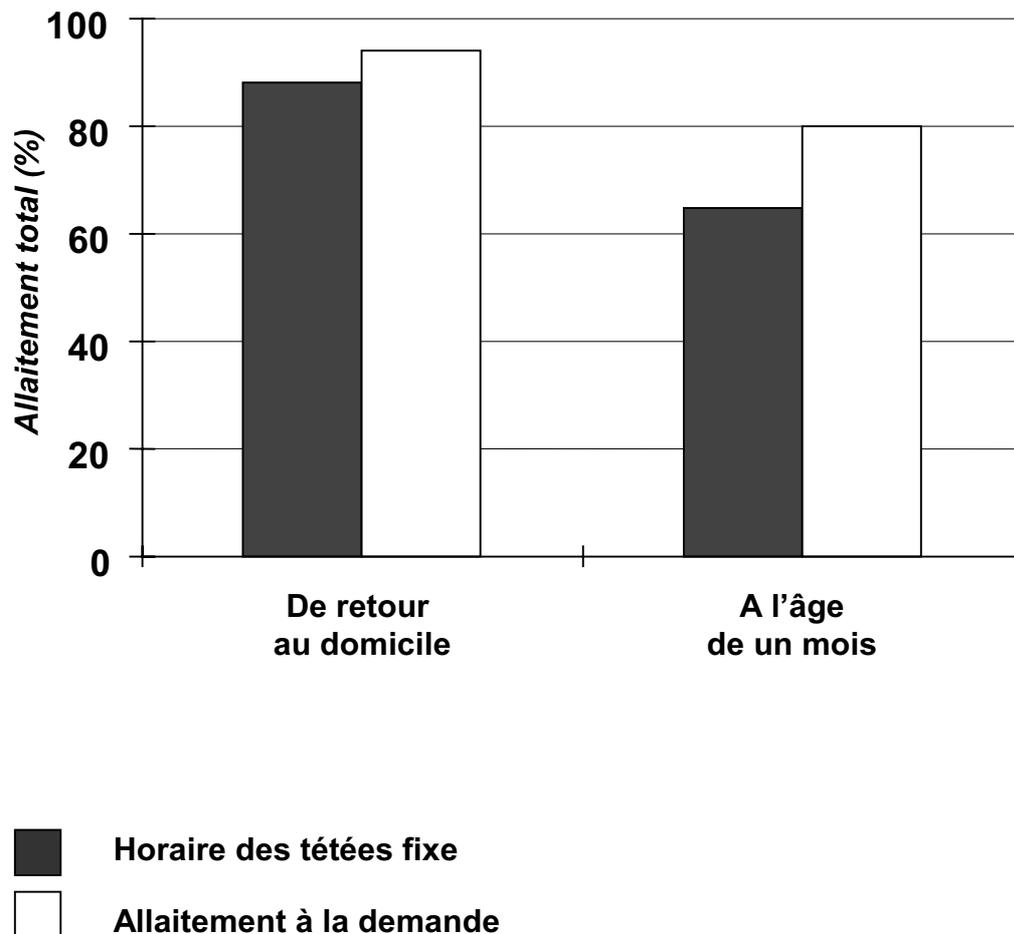
TABLEAU 8.1. ETUDES EXPERIMENTALES - RESULTATS COMPARATIFS - ALLAITEMENT A LA DEMANDE

Etude [Limitations méthodologiques]	Participants Critères	Groupe témoin/ Groupe soumis à une intervention	Importance du panel	Résultats		Conclusion
				Témoin	Intervention	
Illingworth, 52 (Royaume-Uni) [2]	Nourrissons nés à terme et en bonne santé.	Groupe témoin : Allaitement toutes les 4 heures. Intervention : Allaitement à la demande pratiqué dès le troisième jour. Dans les deux cas : Placement de l'enfant aux côtés de sa mère 24 heures sur 24.	Tém. : 96 Interv. : 122 N : 218	A 1 mois, allaitement total pour 98 enfants (80,3 %)**.	Allaiter à la demande de l'enfant semble avoir bénéficié au taux d'allaitement total à 1 mois.	
Salariya, 78 (Ecosse) [8]	Femmes primipares désirant allaiter. Nourrissons nés à terme et en bonne santé.	Groupe témoin I : Allaitement toutes les 4 heures + contact précoce. Groupe témoin II : Allaitement toutes les 4 heures + contact entre l'enfant et sa mère retardé. Intervention I : Allaitement toutes les 2 heures + contact précoce. Intervention II : Allaitement toutes les 2 heures + contact entre l'enfant et sa mère retardé.	Tém. I : 27 Tém. II : 26 Int. : 29 Int. II : 27 N : 109	Poursuite de l'allaitement à 6 semaines : 20 (74 %) dans le Gr. Tém. I. 19 (70 %) dans le Gr. Interv. I. 39 (70 %) dans les Gr. Interv. I + II.	L'augmentation du taux d'allaitement à 6 semaines lorsque l'enfant est nourri toutes les 2 heures ne possède pas un caractère significatif.	
Slaven, 81 (Royaume-Uni) [2]	Femmes primipares et multipares. Intention d'allaiter. Présence d'un poste de téléphone au domicile.	Groupe témoin : Limitation de la durée des tétées (3, 5, 7 et 10 minutes du premier au quatrième jour, 10 minutes par la suite). Intervention : Aucune restriction dans la durée des tétées. Dans les deux cas : Aucune restriction dans la fréquence des tétées.	Tém. : 100 Interv. : 100 N : 200	Poursuite de l'allaitement à 6 semaines dans 57 % des cas***. 37 % des mères ont fait part de problèmes d'engorgement des seins et 33 % d'une inflammation des mamelons.	La probabilité d'une poursuite de l'allaitement était plus grande dans le cas des mères qui poursuivaient l'allaitement à la demande. Proportions similaires d'engorgement des seins et d'inflammation des mamelons.	
De Carvalho, 83 (Etats-Unis d'Amérique) [1, 4]	Femmes vivant en milieu urbain, ayant émis le souhait d'allaiter. Accouchement sans complications. Nourrissons nés à terme.	Groupe témoin (constitué préalablement à l'intervention menée) : Allaitement toutes les 3 à 4 heures. Intervention : Instruction donnée aux mères de nourrir leur enfant dès qu'il paraissait avoir faim. Dans les deux cas : Enseignement à l'hôpital des premières techniques de soins pour les seins.	Tém. : 24 Interv. : 20 N : 44	Nombre moyen des tétées en 24 heures (jour 1 à 14) : 9,9 ± 1,9***. Prise de poids au 15ème jour : 561 grammes*. Quantité de lait prise le 15ème jour : 725 ml/24 heures***.	Au quinzième jour, on a constaté que l'allaitement à la demande avait favorisé une fréquence accrue des tétées, une prise de poids plus importante et contribué à la prise d'une quantité de lait supérieure.	
De Carvalho, 84 (Etats-Unis d'Amérique)	Grossesse d'une durée normale, n'ayant pas présenté de complications. Accouchement normal. Pratique d'un allaitement total.	Groupe témoin (constitué préalablement à l'intervention menée) : Allaitement toutes les 3 à 4 heures. Intervention : Nourrisson allaité dès qu'il manifestait des signes d'agitation, tétait ses doigts ou effectuait des mouvements de succion avec sa bouche. Dans les deux cas : Enseignement dispensé sur l'allaitement ; ni eau ni lait artificiel donnés au nourrisson.	Tém. : 17 Interv. : 15 N : 32	Nombre des tétées en 24 heures (jour 6 à 10) : 10 ± 2,3***. Inflammation des mamelons - résultats : 0,44 ± 0,5 points (jour 6 à 10).	On a constaté une fréquence accrue des tétées dans le cas des mères qui allaient à la demande mais aucune différence à l'égard des problèmes d'inflammation des mamelons n'a été relevée.	

*P < 0,05 ; **P < 0,01 ; ***P < 0,001.

Huitième Condition - Allaitement à la demande

Proportion d'enfants allaités totalement de retour au domicile et à l'âge de un mois, selon le type de planification de l'allaitement en maternité



Horaire des tétées fixe vs Allaitement à la demande : $P < 0,01$.

Adapté de : Illingworth RS & Stone DGH (1952).

NEUVIEME CONDITION

9.1 « Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette (appelée parfois téterelle). »

Les nourrissons ne devraient pas être alimentés à l'aide de biberons à tétine artificielle, et l'on ne devrait pas non plus leur donner de sucettes. (Règles mondiales pour l'Initiative OMS/UNICEF des Hôpitaux Amis des Bébé, 1992.)

9.2 Introduction

On trouve des sucettes dans le monde entier et les professionnels de santé autant que la plupart des gens considèrent généralement que leur usage est anodin, voire nécessaire et favorable au développement de l'enfant (Victora et al, 1997). On estime souvent que seul un biberon doté d'une tétine artificielle peut remplacer le sein afin de nourrir un enfant qui ne peut être allaité. Parce qu'elles véhiculent diverses infections, sont responsables d'une diminution du temps passé à téter au sein et, en conséquence, de difficultés à l'égard de l'allaitement à la demande, mais aussi parce qu'elles modifient les mécanismes de succion, on juge que sucettes et tétines artificielles sont susceptibles de présenter certains dangers. Parce que les raisons qui motivent leur usage sont différentes et qu'elles agissent dans une certaine mesure de manière distincte, elles seront analysées individuellement. Ainsi que cela est stipulé dans le Code dont l'intention est d'en réduire la promotion auprès du public, les tétines sont placées dans la liste des substituts du lait maternel.

La méthode qui se substitue à l'allaitement lorsqu'un enfant n'est pas en mesure de téter au sein est l'alimentation à la tasse. Celle-ci est tout particulièrement recommandée lorsque l'enfant est allaité par la suite et en présence de conditions d'hygiène précaires. Une technique adaptée d'alimentation à la tasse - où l'enfant seul décide de la quantité absorbée, et où l'on prend garde de ne pas « verser » le lait dans sa bouche - a été expérimentée pour la première fois au Kenya par Musoke (1990) qui estimait que la mise en route de l'allaitement pour des enfants nés avant terme se révélait plus aisée lorsque l'usage du biberon était écarté.

9.3 Conséquences de l'utilisation de tétines artificielles sur l'allaitement

Les témoignages de mères et de professionnels de santé sont nombreux qui font état de difficultés à placer un enfant au sein dès lors que le biberon a été utilisé (Musoke, 1990 ; Mohrbacher & Stock, 1991 ; Riordan, 1991). On a établi que de nombreuses différences, tant mécaniques que dynamiques, caractérisaient distinctement la succion exercée sur un sein par rapport à celle exercée sur une tétine artificielle (Ardran, 1958a et b ; Woolridge, 1986a ; Nowak, Smith & Erenberg, 1994). Leur existence donne à penser que l'utilisation d'une tétine risque de perturber l'apprentissage de la tétée, indépendamment de l'effet des suppléments sur l'appétit de l'enfant. Bien que la raison reste en partie inexpliquée, il arrive que la tétine artificielle emporte la préférence de certains enfants (Neifert, Lawrence & Seacat, 1996), qui, pris en charge individuellement et de manière avisée parviendront à l'abandonner et à lui préférer le sein (Fisher & Inch, 1996). Pareille prise en charge

n'est pas offerte de manière courante et l'usage systématique des tétines artificielles risque de concourir à la chute des taux d'allaitement.

Deux études expérimentales présentant certaines limitations méthodologiques ont été répertoriées à ce sujet. Cronenwett et al (1992) ont effectué la leur auprès de 121 enfants. Ceux-ci avaient été répartis au hasard au sein de deux groupes, l'un qui pratiquait un allaitement total (et introduction de ≤ 2 biberons par semaine, entre la seconde et la sixième semaine suivant la naissance), le second pour qui l'utilisation du biberon était planifiée (avec un biberon de lait maternel ou artificiel donné quotidiennement cinq jours voire plus par semaine, durant une période similaire). 12 semaines après leur naissance, 93 % des enfants qui appartenaient au premier groupe étaient encore allaités contre 83 % dans le second. A 6 mois, les proportions étaient respectivement de 69 % et 59 %. La tendance amorcée se serait révélée plus significative en présence d'un plus grand nombre d'enfants mais l'analyse effectuée, aussi sommaire soit-elle, suggère que l'allaitement est plus vraisemblable dès lors que l'usage du biberon est limité.

En maternité, le biberon avait été utilisé pour 76 % des enfants, indépendamment de leur répartition au sein de l'un ou l'autre des deux groupes précités. Une analyse de régression logistique multiple montre qu'allaiter posait de sérieux problèmes à 30 % des mères dont les enfants avaient été nourris au biberon contre 14 % lorsqu'il n'avait pas été fait usage de celui-ci ($P = 0,05$).

Schubiger et al (1997), menant en Suisse une étude multicentrique, ont réparti durant leur séjour en maternité 602 mères accompagnées de leur enfant au sein de deux groupes, l'un recourant sur indication médicale uniquement à l'introduction de suppléments donnés à la tasse, sans utilisation de tétine artificielle, le second groupe n'ayant qu'un rôle témoin. A 6 mois, le nombre d'enfants allaités était similaire dans les deux groupes (57 % contre 55 % respectivement). La validité de cette étude est toutefois réduite, de nombreuses limitations méthodologiques ayant été relevées (se reporter au tableau 9.1). Les mères, par exemple, n'avaient pas été placées dans des chambres distinctes, le risque de contamination étant dès lors accru ; une grande partie de celles supposées participer à l'intervention n'en avaient pas observé les consignes (46 %) et seulement 8,3 % d'entre elles ne reçurent pas de suppléments pour leur enfant.

Dans une étude de petite envergure menée au Royaume-Uni, Jones (1994) a établi que des enfants nés avant terme dont les mères ne pouvaient être présentes afin de les allaiter et en conséquence nourris à la tasse, avaient plus de chance d'être allaités ultérieurement que ceux pour qui il était fait usage d'un biberon.

Lang, Lawrence & Orme (1994), étudiant le cas de 85 enfants nourris à la tasse durant leur séjour à l'hôpital, ont tâché d'en déterminer l'incidence sur le mode d'alimentation ultérieur. Les enfants en question, souffrants ou prématurés, auraient sinon été nourris au biberon. Les auteurs ont établi une comparaison entre eux et 372 autres enfants (365 mères) qui n'étaient pas nourris à la tasse mais dont les mères avaient émis l'intention d'allaiter. Les caractéristiques démographiques et socio-économiques étaient similaires dans les deux groupes, de même que les critères d'évolution infantile. De retour à leur domicile, 81 % des enfants qui avaient été nourris à la tasse et 63 % de ceux alimentés d'une autre façon étaient allaités exclusivement, alors qu'il étaient respectivement 5 % et 17 % à être uniquement

nourris au biberon. Compte tenu de la nature de leur étude, les auteurs ont reconnu ne pas être en mesure d'établir la preuve d'une quelconque relation de cause à effet ; il est cependant suggéré qu'alimenter un enfant à la tasse permet d'éviter l'utilisation du biberon et facilite la mise en route ultérieure de l'allaitement.

9.4 Conséquences de l'utilisation de sucettes sur l'allaitement

Les sucettes sont généralement utilisées afin de calmer un enfant sans avoir à le nourrir pour autant. Leur usage entraîne parfois une diminution de la fréquence quotidienne des tétées (Victora et al, 1997). Lorsque la stimulation exercée sur le mamelon n'est pas suffisante, que le nourrisson extrait une moindre quantité de lait, la production lactée diminue, entraînant dans certains cas une interruption précoce de l'allaitement.

En 1997, Righard & Alade ont réévalué des résultats obtenus précédemment lors d'une analyse relative aux techniques de succion (se reporter à la Cinquième Condition) afin de les confronter à l'utilisation de sucettes et à ses incidences. Un suivi téléphonique (2 semaines, puis 1, 2, 3 et 4 mois après l'accouchement) était assuré auprès de 82 enfants nés à terme et allaités totalement. Dans 94 % des cas, la sucette avait été utilisée pour la première fois durant les deux premières semaines après l'accouchement ; les témoignages de difficultés rencontrées à l'égard de l'allaitement n'ayant été enregistrés que par la suite. Les mères pour qui allaiter se révélait particulièrement difficile (83 %) recouraient à la sucette plus de 2 heures par jour ; de moindres difficultés étant rapportées (53 %, $P < 0,05$) dès lors que l'utilisation de la sucette n'était qu'occasionnelle voire nulle. Quatre mois après la naissance, la probabilité d'une poursuite de l'allaitement était plus grande dans le cas des enfants à qui l'on ne donnait pas de sucette (91 % contre 44 %, $P = 0,03$).

La poursuite de l'allaitement à l'âge de 4 mois était moins vraisemblable dans le cas des enfants qui utilisaient une sucette et dont la prise du sein n'était pas bonne au moment de quitter la maternité en comparaison de ceux qui prenaient correctement le sein à ce moment-là (7 % contre 59 %). Aucune différence notable liée à la poursuite de l'allaitement à l'âge de 4 mois n'était relevée parmi les enfants qui n'utilisaient pas de sucette et dont la prise du sein était bonne ou mauvaise de retour au domicile (90 % et 82 % respectivement). L'utilisation d'une sucette amplifie les difficultés liées aux techniques de succion que l'on parviendrait à surmonter facilement en d'autres circonstances.

Trois études menées au Brésil évoquent l'utilisation de la sucette dans ce pays (Victora et al, 1993 ; Barros et al, 1995a ; Victora et al, 1997). Etudiant le cas de 249 enfants toujours allaités à l'âge de un mois, Victora et al (1993) ont constaté une interruption de l'allaitement à 6 mois pour 72 % de ceux à qui une tétine était proposée en permanence, 59 % de ceux qui ne l'utilisaient qu'occasionnellement, et seulement pour 24 % des enfants qui n'en utilisaient jamais ($P < 0,001$). L'analyse sommaire que suggèrent ces chiffres est consolidée par la permanence d'écarts notables après contrôle des variables aléatoires.

Au Brésil, Barros et al (1995a) ont mené une étude auprès de 605 enfants, dès leur naissance. A l'âge de un mois, l'usage de la sucette était fréquent (tout au long de la journée et la nuit) pour 23 % d'entre eux et occasionnel pour 32 %. A l'âge de 4 mois, le nombre d'enfants allaités exclusivement était significativement plus

important parmi ceux à qui l'on ne donnait pas de sucette (45 %), en comparaison de ceux qui l'utilisaient en permanence (17 %) ou occasionnellement (26 %) ($P < 0,001$).

La probabilité d'une interruption de l'allaitement entre l'âge de un et six mois était près de quatre fois plus importante dans le cas des enfants à qui l'on donnait une sucette en comparaison de ceux qui n'en avaient pas (risque relatif = 3,84, 95 % CI = 2,68-5,50 ; $P < 0,001$). Après contrôle d'éventuelles variables aléatoires, telles que l'impression, évoquée par la mère, de manquer de lait, le refus de prendre le sein et l'introduction d'aliments en supplément, le risque réévalué d'une interruption restait élevé (OR = 2,87 ; 95 % CI = 1,97-4,19) et significatif ($P < 0,001$).

Combinant deux études, l'une épidémiologique, l'autre ethnographique, Victora et al (1997) se sont rendus auprès de 650 mères peu de temps après la naissance de leur enfant, puis à 1, 3, et 6 mois. Des visites plus fréquentes, entre 3 et 10 (moyenne = 4,5) étaient effectuées auprès d'un sous-groupe ($n = 80$) afin de mener des entretiens plus approfondis et d'effectuer toute observation sur le champ. Près de la moitié des mères s'étaient munies de sucettes durant leur séjour en maternité et un mois après la naissance, elles étaient 85 % à en faire usage, leur mode d'utilisation étant variable entre l'âge de 1 et 3 mois. Une analyse particulière était effectuée dans le cas des enfants toujours allaités mois après leur naissance ($n = 450$) et dont les mères déclaraient ne rencontrer aucune difficulté à l'égard de l'allaitement. Selon l'utilisation qui en était faite à l'âge de 1 mois, on estimait le rôle de la sucette prépondérant dans la poursuite de l'allaitement ($P < 0,001$) : continuer à allaiter 6 mois après la naissance était 4 fois plus probable dans le cas des mères qui n'utilisaient pas de sucette pour leur enfant en comparaison de celles qui en faisaient un usage continu. Le risque non corrigé d'une interruption de l'allaitement entre 1 et 6 mois était élevé lorsqu'à l'âge de un mois l'enfant était nourri avec un lait autre que le lait humain (4,32, 95 % CI = 3,31-5,64) ou qu'une sucette lui était proposée en permanence (4,02, 95 % ; CI = 2,46-6,56). Contrôle effectué d'éventuels facteurs de confusion (notamment l'opinion de la mère à propos du caractère nuisible de la sucette sur l'allaitement), une analyse multivariée a confirmé l'existence d'un risque important pour l'allaitement si l'enfant était alimenté avec un autre lait que le lait humain (4,14, 95 % ; CI = 3,09-5,54) ou qu'une sucette était utilisée de manière continue (2,37, 95 % ; CI = 1,40-4,01), leurs effets n'étant pas combinés.

L'aspect ethnographique de l'étude montre que l'usage de la sucette est considéré comme normal voire souhaitable. Son utilisation la plus soutenue était le fait de mères qui désiraient contrôler rigoureusement l'horaire des tétées, s'étaient fixées des objectifs précis concernant la croissance et le développement de leur enfant, et qui manifestaient parallèlement des signes d'anxiété lorsque celui-ci pleurait. A un stade plus avancé de l'analyse, on a pu constater que ces mères agissaient en tenant compte de leur environnement social, étaient sensibles aux critiques, une telle attitude suggérant un manque de confiance. Les auteurs en ont conclu que les sucettes étaient généralement utilisées de façon machinale afin d'écourter et d'espacer les tétées, et en particulier par des mères qui rencontraient des difficultés à allaiter et manquaient de confiance en elles. Celles qui n'éprouvaient pas d'appréhension à allaiter semblaient indifférentes à l'utilisation de la sucette. Les résultats montrent par ailleurs que la sucette risque de nuire à l'allaitement sur le plan physiologique mais ne peut être tenue pour responsable de son interruption, son utilisation semblant motivée par la volonté de cesser d'allaiter précocement. Si tel est le cas, on peut en

déduire que certaines mères ont besoin d'un soutien et de conseils supplémentaires afin de continuer à allaiter, et il apparaît en conséquence que toute campagne d'information tendant à réduire l'utilisation de la sucette est vouée à l'échec sans cela.

9.5 Autres conséquences liées à l'utilisation de tétines artificielles et de sucettes

Les conséquences à plus ou moins long terme de l'utilisation de tétines artificielles et de sucettes durant la petite enfance sont multiples. Que l'enfant soit nourri avec un substitut du lait maternel ou avec celui-ci après qu'il ait été exprimé, les tétines artificielles perturbent sa respiration et nuisent au réflexe de succion (Matthew & Bhatia, 1989). Nourri au biberon, il expire plus longuement que lorsque il est allaité et la fréquence respiratoire ainsi que la saturation en oxygène diminuent.

Meier (1988) a constaté que les manifestations de stress étaient plus nombreuses chez les enfants prématurés (taux de pO_2 transcutané plus bas par exemple) lorsqu'ils étaient nourris au biberon et non pas allaités, suggérant ainsi que l'« apprentissage du biberon » par un enfant avant même de commencer à téter n'était pas une pratique opportune.

Qui plus est, on a constaté certaines modifications pathologiques de la cavité buccale. La dentition de lait des enfants plus âgés présente parfois des caries rampantes, connues sous le nom de caries de l'enfant, ou « atteinte carieuse de la dent de l'enfant causée par le biberon » et plus fréquentes lorsque biberons et sucettes sont utilisés (Milnes, 1996).

Il a été démontré que les problèmes de malocclusion dento-faciale étaient plus fréquents chez les enfants nourris au biberon, son importance augmentant proportionnellement à une utilisation prolongée. Dans une étude cohorte rétrospective menée auprès de plus de 9000 personnes, Labbok & Hendershot (1987) ont établi que des sujets âgés de 3 à 17 ans que leur mère avaient nourris au biberon présentaient un risque 1,84 plus élevé de développer une malocclusion que les enfants qui avaient été allaités. La plupart des études comparatives répertoriées dans un rapport rédigé par Drane (1996) faisaient état d'un risque accru de malocclusion lorsque tétines artificielles et sucettes étaient utilisées. Une explication à de telles observations est donnée dans le rapport d'Inoue, Sakashita & Kamegai (1995) qui ont établi que l'activité du muscle masséter, enregistrée par un électro-myographe, était significativement moins importante chez des enfants âgés de 2 à 6 mois lorsque ceux-ci exerçaient une succion sur une tétine et non sur le mamelon. La mastication procède de plusieurs muscles dont le principal est le masséter.

Les problèmes d'otite moyenne aiguë et récurrente ainsi que les complications associées sont plus fréquentes lorsque l'enfant est nourri au biberon (Williamson, Dunleavy & Robinson, 1994) ou qu'une sucette est utilisée (Niemelä, Uhari & Möttönen, 1995). L'enregistrement de tympanogrammes anormaux chez des enfants âgés de 7 à 24 mois nourris au biberon dans une position allongée (Tully, Bar-Haim & Bradley, 1995) révèle une altération des facteurs dynamiques de la pression de l'oreille moyenne. Les auteurs ont émis l'hypothèse qu'une altération fonctionnelle de la trompe d'Eustache et un reflux de liquide dans l'oreille moyenne en étaient à l'origine.

Au nombre des divers autres dangers que présentent les tétines artificielles et les sucettes, on compte l'infection à *Candida* buccale de plus en plus fréquente (Manning, Coughlin & Poskitt, 1985 ; Sio et al, 1987), la présence de composants cancérogènes dans leur fabrication (Westin, 1990), et le risque d'asphyxie dont les parties en caoutchouc sont à l'origine.

9.6 Conclusion

Il est de plus en plus manifeste que l'utilisation de tétines artificielles et de sucettes se trouve à l'origine d'une interruption précoce de l'allaitement et de divers autres problèmes. De nombreuses études n'envisagent son incidence qu'au-delà de la période périnatale. Cependant leur utilisation en maternité laisse à penser que les professionnels de santé les considèrent inoffensives, incitant de la sorte les parents à en faire usage ultérieurement. Limiter leur usage, voire l'éviter complètement dans la mesure du possible serait souhaitable afin que les familles ne soient pas soumises à des messages contradictoires. A aucun moment l'utilisation de sucettes dans un service de maternité ne devrait s'avérer nécessaire.

Les éléments mis en évidence dans la Neuvième Condition doivent être considérés conjointement à ceux exposés dans la Sixième Condition qui aborde la question des aliments de supplément. Ceux-ci sont généralement donnés au biberon et l'incidence de l'utilisation de la tétine est difficilement perceptible indépendamment de celle du contenu du biberon, dont l'effet sur l'estomac du nourrisson risque de limiter son désir de téter. Cependant, évidence faite des avantages de l'alimentation à la tasse, on constate que la tétine agit de manière indépendante sur l'allaitement.

Bien que les difficultés rencontrées au moment de positionner au sein un enfant préalablement nourri au biberon soient surmontables grâce à l'aide d'une personne qualifiée, un tel soutien n'est pas proposé en général. Aussi est-il préférable de ne pas avoir à soumettre l'enfant à ce besoin ; l'utilisation d'une tasse et non d'un biberon devant être privilégiée dans le cas d'enfants allaités par la suite, ou lorsque les conditions d'une parfaite stérilisation ne sont pas remplies.

Quand bien même l'utilisation de sucettes ou de biberons souligne l'existence de difficultés liées à l'allaitement, autant qu'elle en intègre les causes, la conclusion reste la même : les compétences des personnels de santé devraient être améliorées afin de leur permettre d'offrir à la mère une aide opportune (se reporter à la Deuxième Condition ainsi qu'à la Sixième) tant en matière de techniques d'allaitement que lorsqu'il s'agit de renforcer sa confiance.

TABEAU 9.1. ETUDES EXPERIMENTALES - RESULTATS - UTILISATION DU BIBERON

Etude [Limitations méthodologiques]	Participants Critères	Groupe témoin/ Groupe soumis à une intervention	Importance du panel	Résultats		Conclusion
				Témoin	Intervention	
Cronenwett, 92 (Etats-Unis d'Amérique)	Femmes primipares de race blanche, mariées, ayant suivi une préparation prénatale et désirant allaiter. Soutien apporté par une personne qualifiée dans le domaine de l'allaitement et suivi assuré par téléphone.	Groupe témoin : Autant que possible, un biberon de lait maternel ou artificiel donné tous les jours pendant 5 jours au moins. Intervention : Dans la mesure du possible, pas plus de 2 biberons donnés par semaine. Dans les deux cas : Pas de limitation dans la fréquence des biberons donnés durant les deux premières semaines.	Tém. : 63 Interv. : 58 N : 121	9,4 biberons ^a donnés la sixième semaine. 52 enfants (83 %) toujours allaités 12 semaines après leur naissance.	2 biberons ^a donnés la sixième semaine. 54 enfants (93 %) toujours allaités 12 semaines après leur naissance.	12 semaines après la naissance, la probabilité d'une interruption de l'allaitement était moindre dans le cas des enfants à qui l'on n'avait donné que 2 biberons en comparaison de ceux à qui l'on en avait donné 9. (Résultat non significatif.)
Schubiger, 97 (Suisse) [1, 2, 3]	Séjour de 5 jours en maternité. Mères envisageant d'allaiter ≥ 3 mois dont les enfants étaient nés à terme et en bonne santé. Participation de 10 établissements hospitaliers possédant un programme sur l'allaitement et ayant établi des directives tendant à limiter l'utilisation de lait artificiel.	Groupe témoin : Biberons et sucettes proposés à tous les enfants sans aucune restriction. Intervention : Dans le cas d'une prescription médicale, solution de dextrine-maltose (DM) donnée à la tasse ou à la cuillère. Utilisation de tétines artificielles interdite (Conditions 6 + 9). 114 mères ne se sont pas prêtées totalement à l'intervention : 70 ont utilisé une sucette, 19 le biberon, 9 n'ont pas réussi à se servir d'une tasse ou d'une cuillère et 16 n'en ont pas observé les consignes pour diverses autres raisons.	Tém. : 291 Interv. : 180 N : 471	Administration de solution de dextrine-maltose 7,3 fois (0-24) durant les 5 premiers jours*. 55 % des enfants toujours allaités à l'âge de 6 mois. Utilisation de la sucette dans 69-76 % des cas au 2ème et au 4ème mois.	Administration de solution de dextrine-maltose 6,1 fois (0-18) durant les 5 premiers jours*. 57 % des enfants toujours allaités à l'âge de 6 mois. Utilisation de la sucette dans 69-76 % des cas au 2ème et au 4ème mois.	L'utilisation de tétines artificielles durant le séjour en maternité n'a pas accru la probabilité d'une interruption de l'allaitement à l'âge de 6 mois.

*P < 0,05 ; **P < 0,01 ; ***P < 0,001.

^a : Données obtenues à partir de graphiques

TABEAU 9.2. ETUDE LONGITUDINALE SUR L'ALIMENTATION A LA TASSE

Etude [Limitations méthodologiques]	Participants Critères	Importance du panel	Pratique expérimentée	Résultats		Conclusion
				Exposé	Non exposé	
Lang, 94 (Royaume- Uni)	Enfants prématurés ou nés à terme (< 28 à 36 semaines) dont les mères, malgré leur intention d'allaiter, se trouvaient dans l'impossibilité de le faire.	Exp. : 76 Non exp. : 372 N : 448	Utilisation d'une tasse afin d'alimenter l'enfant (les autres enfants étaient nourris au biberon).	Allaitement exclusif pour 62 enfants (81 %) de retour au domicile.	Allaitement exclusif pour 231 enfants (63 %) de retour au domicile.	L'utilisation de la tasse accroît la probabilité d'une pratique de l'allaitement exclusif de retour au domicile.

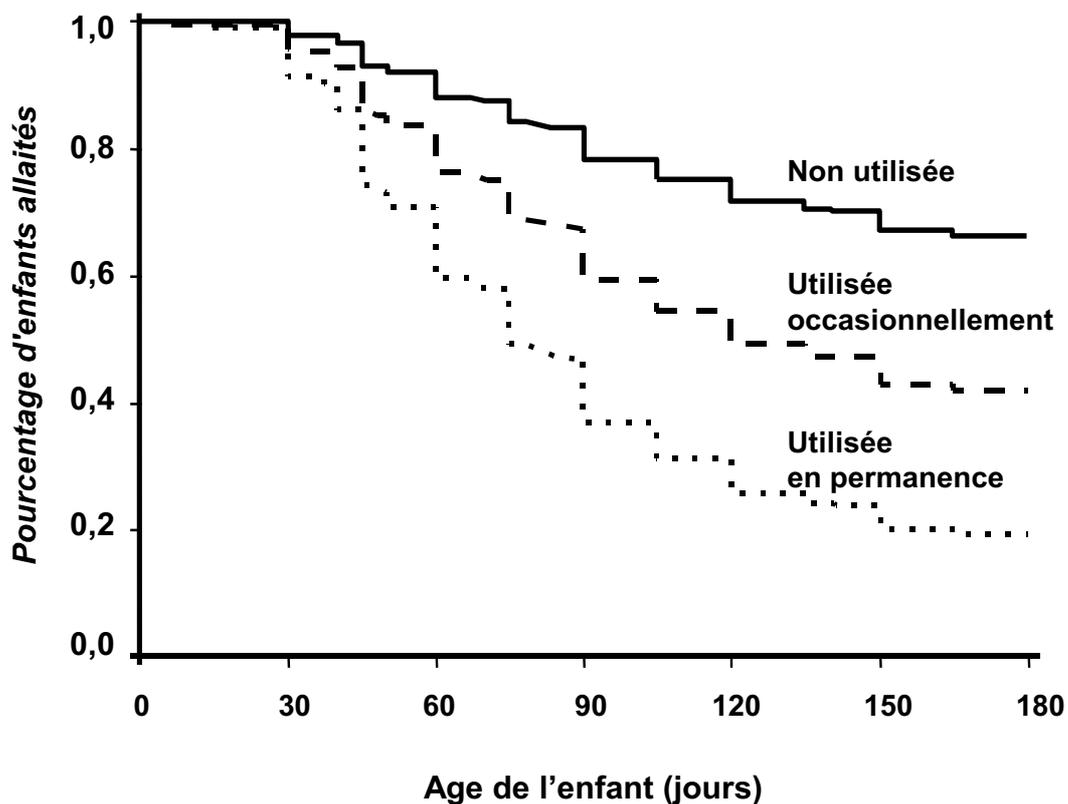
TABEAU 9.3. ETUDES LONGITUDINALES ET TRANSVERSALES - RESULTATS COMPARATIFS
UTILISATION DE SUCETTES OU DE TETERELLES

Etude [Limitations méthodologiques]	Participants Critères	Importance du panel	Pratique expérimentée	Résultats		Conclusion
				Exposé	Non exposé	
Victora, 93 (Brésil)	Mères dont les enfants avaient moins de 2 ans, domiciliées dans des zones populaires périurbaines. Enfants toujours allaités à l'âge de un mois. Accès à l'information.	Exp. I : 119 Non exp. : 67 N : 186	Utilisation de sucettes à l'âge de un mois.	Au sixième mois, 77 enfants (65 %) n'étaient plus allaités***. Risque relatif corrigé : 3,0 (95 % CI = 1,9 - 4,6)	Au sixième mois, 16 enfants (24 %) n'étaient plus allaités***. RR corrigé : 1,0	L'utilisation de sucettes est associée à un risque accru d'interruption de l'allaitement au sixième mois.
Barros, 95 (Brésil)	Nouveau-nés en bonne santé, placés aux côtés de leur mère (femmes de condition modeste domiciliées en ville) toujours allaités à l'âge de un mois. Suivi assuré durant 6 mois pour 85,5 % des personnes sollicitées au départ (n = 605) sous forme de visites à domicile.	Exp. I : 104 Exp. II : 159 Non exp. : 242 N : 505	Utilisation de sucettes à l'âge de un mois : Exp. I : Jour et nuit. Exp. II : Utilisation occasionnelle.	Poursuite d'un allaitement exclusif à l'âge de 4 mois : Exp. I : 18 (17 %) Exp. II : 42 (26 %) Risque relatif non corrigé (RR) d'une interruption de l'allaitement entre l'âge de 1 et 6 mois : 3,84*** (95 % CI = 2,68 - 5,50). RR = 2,87*** (Régression de Cox)	Poursuite d'un allaitement exclusif à l'âge de 4 mois : 108 (45 %) RR = 1,00***	L'utilisation de sucettes est associée à un risque accru d'interruption de l'allaitement entre l'âge de 1 et 6 mois.
Victora, 97 (Brésil)	Femmes de condition modeste résidant dans une ville de taille moyenne au sud du Brésil, n'ayant fait état d'aucune difficulté à l'égard de l'allaitement et continuant à allaiter un mois après la naissance de leur enfant.	Exp. I : 46 Exp. II : 323 Non exp. : 81 N : 450	Utilisation de sucettes à l'âge de un mois : Exp. I : Jour et nuit. Exp. II : Utilisation occasionnelle.	Exp. I : 16 % des enfants toujours allaités à l'âge de 6 mois***. (OR d'une interruption de l'allaitement dans les 6 mois = 2,37, 95 % CI = 1,4 - 4,01). Exp. II : 40 % des enfants toujours allaités à l'âge de 6 mois*** (OR = 1,74, 95 % CI = 1,15 - 2,63).	65 % des enfants toujours allaités à l'âge de 6 mois*** (OR = 1,00).	L'utilisation de sucettes est associée à un risque plus élevé d'interruption de l'allaitement à l'âge de 3 et 6 mois. Les mères manquant de confiance en elles sont les plus disposées à cesser d'allaiter.
Righard, 97 (Suède)	Mères allaitant totalement leur enfant né à terme et en bonne santé. Suivi assuré par téléphone durant une période de 4 mois après l'accouchement.	Exp. I : 48 Exp. II : 34 N : 82	Utilisation fréquente de sucettes : plus de 2 heures par jour de retour au domicile. Utilisation limitée de sucettes : moins de 2 heures par jour (n = 24).	20/24 mères (83 %) recourant fréquemment à l'usage de la sucette pour leur enfant ont fait part de difficultés liées à l'allaitement*. 21/48 (44 %) continuaient à allaiter 4 mois après la naissance de leur enfant** : 59 % dans le cas d'une technique de prise du sein correcte, 7 % dans le cas contraire*.	31/58 mères (53 %) recourant occasionnellement à l'usage de la sucette ou ne l'utilisant pas du tout ont fait part de difficultés liées à l'allaitement*. 31/34 (91 %) continuaient à allaiter 4 mois après la naissance de leur enfant** : 96 % dans le cas d'une technique de prise du sein correcte, 82 % dans le cas contraire.	Probabilité d'une interruption de l'allaitement dans les 4 mois suivant la naissance plus grande dans le cas d'enfants utilisant une sucette, amplifiée lorsque la technique de prise du sein était incorrecte au moment de quitter la maternité.

*P < 0,05; **P < 0,01; ***P < 0,001. OR : Rapport de probabilité (« odds ratio »).

Neuvième Condition - Tétines et sucettes

Proportion d'enfants allaités jusqu'à l'âge de 6 mois, selon la fréquence d'utilisation de la sucette à l'âge de un mois



Non utilisée vs Utilisée occasionnellement : $P < 0,001$.

Non utilisée vs Utilisée en permanence : $P < 0,001$.

Source : Victora CG et al (1997) Pacifier use and short breastfeeding duration : cause, consequence or coincidence ?

Reproduit avec la permission de *Pediatrics*, 99, pp. 445-453, droits de reproduction 1997.

DIXIEME CONDITION

10.1 « 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. »

On devrait discuter avec les mères qui allaitent des plans d'alimentation qu'elles envisagent pour leur enfant à leur sortie. Elles devraient aussi pouvoir décrire une suggestion qui leur a été faite pour assurer qu'elles seront rattachées à un groupe de soutien à l'allaitement (si elles n'ont pas de soutien suffisant dans leur propre famille) ou déclarer que l'hôpital leur apportera le soutien dont elles pourraient avoir besoin.

L'infirmier(ère) en chef de la maternité devra connaître les groupes locaux de soutien à l'allaitement et, s'il y en a, décrire une manière utilisée pour aiguiller les mères vers ces groupes. Sinon, il ou elle devra pouvoir décrire un système de soutien apporté à toutes les mères allaitantes après leur sortie de l'hôpital (consultation postnatale ou de lactation peu de temps après l'accouchement, visite à domicile, coup de téléphone). (Règles mondiales pour l'Initiative OMS/UNICEF des Hôpitaux Amis des Bébé, 1992.)

10.2 Introduction

Il arrive fréquemment que les mères déterminent le type d'alimentation qu'elles destinent à leur enfant préalablement à sa naissance (Paragraphe 3.3). Un certain nombre de facteurs présents avant même que ne soit envisagée une grossesse, notamment les principes de la vie en société, participent pour beaucoup à cette décision. Les pratiques en vigueur au sein d'un établissement hospitalier sont toutefois susceptibles d'influencer la décision, y compris durant un séjour de courte durée ; le rôle d'autres éléments peut aussi se révéler prépondérant après que la mère a quitté la maternité. Dans les semaines, voire les mois qui suivent l'accouchement, on constate souvent une chute brutale de l'allaitement, en particulier de l'allaitement exclusif. Les raisons invoquées par les mères pour introduire des aliments de supplément ou cesser d'allaiter précocement résident principalement dans les « difficultés rencontrées à l'égard de l'allaitement », tout particulièrement l'impression de « ne pas avoir assez de lait ». Sachant que la plupart des mères sont physiologiquement en mesure de produire une quantité de lait adaptée aux besoins de leur enfant (Woolridge, 1996), on peut supposer que l'absence d'un soutien opportun et suivi participe de façon sous-jacente à cet état de fait.

Une aide au long cours visant à soutenir la pratique de l'allaitement peut être envisagée diversement. Dans la plupart des sociétés, famille et structure communautaire proche offrent à la mère l'aide dont elle a besoin - quoiqu'à cet égard les pratiques en vigueur ne soient pas toujours les plus efficaces. L'évolution constante des sociétés, en particulier une urbanisation croissante, rend plus important le soutien que les agents de santé, les amies, mères elles aussi, et le père de l'enfant sont susceptibles d'apporter à la mère. Dans une étude menée en 1993 auprès de 165 femmes mexicaines de condition modeste, Perez-Escamilla et al ont montré que la pratique d'un allaitement total jusqu'à 4 mois après la naissance était largement influencée par le soutien et l'approbation que la femme pouvait rencontrer auprès de son partenaire et de sa mère. Bryant (1982) émet l'hypothèse que la « proximité géographique des membres du tissu social a un effet significatif sur le rôle des parents, amis et voisins en ce qui concerne l'allaitement.

L'importance relative des professionnels de soins de santé comme source d'information dépend de la proximité et de l'accessibilité de ce tissu social ».

Dans certains pays, scandinaves par exemple, l'existence de groupes de mères allaitantes a permis de promouvoir l'allaitement efficacement. Dans d'autres pays, la constitution de tels groupes est difficilement envisageable et ne paraît pas adéquate. Cette Dixième Condition envisage donc toutes les formes de soutien durable disponibles ou susceptibles d'être développées.

Dans les pays industrialisés et en développement, les professionnels de santé rencontrent des problèmes afin d'assurer une prise en charge correcte et suivie, et il arrive que les mères éprouvent des réticences à s'adresser aux services de santé traditionnels afin d'obtenir de l'aide lorsque surviennent certaines difficultés liées à l'allaitement. Afin de soutenir la mère de manière appropriée, l'engagement de la communauté est donc nécessaire.

10.3 Incidence sur l'allaitement du soutien rencontré après avoir quitté la maternité : Services de santé

Treize études contrôlées randomisées ou comparatives évaluant les effets sur l'allaitement d'un soutien dispensé par la voie de services de santé dès la sortie de la maternité (combiné ou non à d'autres interventions) ont été répertoriées. Huit de ces études font état de différences significatives dans les résultats obtenus entre la quatrième semaine et le sixième mois après la naissance (Houston et al, 1981 ; Saner et al, 1985 ; Jones & West, 1986 ; Frank et al, 1987 ; Jenner, 1988 ; Saunders & Carroll, 1988 ; Neyzi et al, 1991a et 1991b) ; une autre rapporte des différences de signification limite (Bloom et al, 1982b, $P = 0,05$), les quatre dernières ne relevant aucun effet particulier (Hall, 1978 ; Grossman, Harter & Kay, 1987 ; Grossman et al, 1990 ; Chung-Hey, 1993).

Houston et al (1981), menant une étude en Ecosse, ont évalué un mode de soutien postnatal. Une moyenne de 2,7 visites de routine à domicile était assurée par des visiteurs médicaux au groupe témoin. Le groupe participant à l'intervention bénéficiait en complément d'une visite dans le service postnatal et d'une moyenne de 11,5 visites à domicile réparties sur une durée de 24 semaines ; qui plus est, un contact téléphonique leur était proposé en cas de difficultés. La probabilité d'une poursuite de l'allaitement à 12 et 20 semaines était significativement plus importante dans le cas des enfants qui dépendaient de ce second groupe.

Au pays de Galles, Jones & West (1986) ont réparti au sein de deux groupes des mères qui avaient émis le souhait d'allaiter, l'un participant à l'intervention ($n = 228$), le second ayant un rôle témoin ($n = 355$). A la maternité et de retour au domicile, une conseillère en allaitement se rendait auprès des mères appartenant au premier groupe, sans que soit déterminé précisément le nombre de visites. 4 semaines après la naissance, on constatait que l'allaitement, sous toutes ses formes, était plus couramment pratiqué parmi les mères participant à l'intervention ($P < 0,005$), en particulier celles de condition socio-économique précaire.

Aux Etats-Unis d'Amérique, Frank et al (1987) ont mené deux interventions, l'une portant sur le soutien dispensé durant la période postnatale, la seconde sur l'absence de distribution de colis-cadeau au moment de quitter la maternité (se reporter à

la Sixième Condition). Deux groupes de mères avaient bénéficié de l'aide d'une conseillère en allaitement lors d'une séance de 20 à 40 minutes durant leur séjour en maternité, puis avaient été contactées ultérieurement par téléphone à huit reprises. Après leur accouchement, deux autres groupes de mères avaient reçu les visites de routine du personnel infirmier et un cours leur avait été donné au moment de quitter la maternité abordant notamment le domaine de l'allaitement. La probabilité d'une pratique de l'allaitement total à 2 mois et de tout type d'allaitement à 3 mois était significativement plus importante dans le cas des groupes qui avaient reçu des conseils complémentaires.

Au Bangladesh, une étude témoin randomisée menée auprès d'enfants dont l'âge pouvait atteindre 12 semaines, a évalué les résultats de conseils en allaitement dispensés dans un établissement hospitalier traitant des cas de maladies diarrhéiques (Haider et al, 1996). Les conseillères avaient été formées à l'aide du cours sur l'allaitement OMS/UNICEF d'une durée de 40 heures *Le Conseil en Allaitement : Cours de formation* (OMS, 1993). Les mères de 250 enfants partiellement allaités, hospitalisés pour le traitement d'une diarrhée, avaient été choisies au hasard afin de bénéficier soit de conseils dispensés au cours de trois séances individuelles, deux à l'hôpital, la troisième à leur domicile une semaine plus tard (groupe participant à l'intervention), soit d'une éducation sanitaire collective à l'hôpital (groupe témoin). Deux semaines plus tard, 75 % des enfants qui avaient participé à l'intervention étaient allaités exclusivement ; ils n'étaient que 8 % dans le groupe témoin ($P < 0,001$).

Une étude cohorte menée au Brésil s'est focalisée sur les conseils en allaitement prodigués dans les établissements de santé. Barros et al ont effectué un suivi auprès de 605 mères brésiliennes de condition modeste à moyenne et de leur enfant jusqu'à l'âge de 6 mois. Les enfants concernés par les cours de lactation prodigués à leur mère (participation à trois reprises ou plus pour 73 % d'entre elles) étaient plus susceptibles d'être allaités exclusivement à l'âge de 4 et 6 mois que ceux non concernés par ces cours (43 % contre 18 % respectivement, et 15 % contre 6 %), tombaient malades moins souvent et leur prise de poids était plus satisfaisante.

10.4 Incidence sur l'allaitement du soutien rencontré après avoir quitté la maternité : Groupes de mères allaitantes

Peu nombreuses sont les études publiées évoquant l'existence de groupes de mères allaitantes. Une étude transversale menée aux Etats-Unis d'Amérique par Meara (1976) a établi une comparaison entre des mères affiliées à La Leche League (LLL) et d'autres non adhérentes : dans le cas de ce premier groupe de mères, la pratique de l'allaitement à la demande en maternité était plus vraisemblable (60 % contre 29 % respectivement), de même qu'une introduction d'aliments solides repoussée au quatrième, voire au sixième mois après la naissance de leur enfant (87 % contre 31 % respectivement). Le choix d'adhérer à ces groupes de mères allaitantes étant effectué de manière autonome, il est difficile d'en évaluer l'incidence réelle.

Une étude effectuée au Guatemala par Maza et al (document non publié, 1997) a montré que les activités de promotion de l'allaitement et les programmes de soutien développés en zones périurbaines sous la conduite de LLL guatémaltèque avaient été maintenus au-delà du terme de leur financement. Un soutien individuel et collectif était prodigué par des conseillères en allaitement qui parvinrent à aider efficacement chaque mère. Les auteurs reconnaissent toutefois que 30 % seulement de la population cible (femmes

enceintes, mères d'enfants âgés de moins de 24 mois ou en âge d'en avoir) connaissaient l'existence de groupes de soutien à l'allaitement, et 37 % de ces femmes avaient un jour intégré un tel groupe.

10.5 Incidence sur l'allaitement du soutien rencontré après avoir quitté la maternité : Conseillères communautaires

A ce jour, neuf études ont évalué les effets sur l'allaitement du soutien rencontré auprès de conseillères évoluant dans l'entourage ou d'agents de santé communautaires, conjointement parfois à l'action menée par les professionnels de santé (Burkhalter & Marin, 1991 ; R Lundgren et al, document non publié, 1992 ; Kistin, Abramson & Dublin, 1994 ; Mongeon & Allard, 1995 ; Long et al, 1995 ; Alvarado et al, 1996 ; Davies-Adetugbo, 1996 ; AL Morrow et al, document non publié, 1996 ; Leite et al, 1998). Toutes ces études, exceptée une (Mongeon & Allard, 1995), ont fait état d'une augmentation des taux d'allaitement exclusif et partiel, relevés jusqu'à 6 mois après la naissance.

Burkhalter & Marin (1991) ont mené leur étude auprès de trois groupes de mères chiliennes vivant en banlieue et de conditions diverses ; préalablement à l'intervention dans le cas de l'un des groupes, postérieurement pour les deux autres. Les groupes participant à l'intervention avaient bénéficié d'une aide durant la période prénatale et postnatale, les auteurs considérant cette dernière comme la plus importante. Elle consistait en un suivi assuré mensuellement dans la « consultation de l'enfant sain » proposant des protocoles spécifiques aux mères dont l'intention était de nourrir leur enfant au biberon, des visites au domicile, au nombre de huit, assurées par un membre du personnel participant au programme, un encouragement de la part de l'entourage et des visites hebdomadaires supplémentaires en cas de difficultés. Six mois après la naissance, le taux d'allaitement total était notablement plus élevé dans le cas des groupes concernés par l'intervention ($P < 0,001$).

Davies-Adetugbo (1996) s'est livrée à l'évaluation d'un programme communautaire nigérian d'éducation sanitaire qui intégrait des affiches et des brochures destinées aux mères, comprenait des discussions en clinique et au domicile ainsi que des conseils prodigués individuellement par des agents de santé communautaires formés à la pratique de l'allaitement. Quatre mois après la naissance, le nombre de mères pratiquant un allaitement total était significativement plus important dans les groupes qui participaient à l'intervention (40 %, CI = 30-50 %) par rapport aux groupes témoins (14 %, CI = 8-21 %).

Une étude réalisée au Mexique (AL Morrow et al, document non publié, 1996) a montré que des mères auprès desquelles s'étaient rendues à 6 reprises des conseillères non professionnelles formées à la pratique de l'allaitement (*promotoras*) étaient plus susceptibles d'allaiter leur enfant exclusivement trois mois après sa naissance (72 %) que celles qui n'avaient reçu que 3 visites à leur domicile par les mêmes conseillères (50 %, $P < 0,001$). La probabilité d'un allaitement exclusif trois mois après la naissance était significativement plus élevée dans le cas de ces deux groupes en comparaison d'un troisième, témoin (7 %, $P < 0,001$).

Dans un bref communiqué, Fukumoto & Creed (1994) ont rapporté que la mise en place au Pérou d'un programme communautaire d'éducation maternelle, durant les périodes prénatale et postnatale, avait permis une augmentation du taux d'allaitement exclusif

entre l'âge de 2 et 4 mois. Instruire les mères avaient eu pour conséquence une diminution de l'utilisation de tisanes et d'eau, mais pas de celle des divers autres laits disponibles, suggérant ainsi que l'intervention en question n'avait pas suffisamment mis l'accent sur la nécessité pour la mère d'avoir confiance en elle quant à allaiter.

Les résultats préliminaires émanant d'une étude contrôlée menée à Fortaleza, au Brésil, par Leite et al (1998) montre que l'action de conseillers communautaires peut influencer favorablement le taux d'allaitement principal (nommé aussi « prédominant ») un mois après la naissance. Dans le cadre de cette étude, mères et enfants, dont le poids moyen à la naissance était de 2 690 grammes (écart de 1 770 à 2 900 grammes) avaient été répartis dans deux groupes, l'un participant à l'intervention (n = 385) et recevant la visite à domicile d'un conseiller communautaire à trois reprises durant le premier mois après la naissance, le second groupe ayant un rôle témoin (n = 455). Un mois après leur accouchement, les mères qui participaient à l'intervention étaient plus susceptibles de pratiquer un allaitement principal (prédominant) (65 %) que les mères qui relevaient du groupe témoin (51 %).

10.6 Conclusion

De nombreuses formes de soutien postnatal à l'allaitement ont montré qu'elles concourraient à prolonger la durée de l'allaitement jusqu'à 3-4 mois après la naissance, voire même 6 mois dans le cas d'un groupe particulier. Le fait que cette aide soit dispensée au départ dans le cadre de la maternité représente certainement un atout dans la mesure où cela permet à la mère d'engager l'allaitement et de prévenir toute difficulté. Un effet de synergie s'opère lorsque cette aide est dispensée durant la période prénatale, pendant le séjour en maternité puis de retour au domicile. Il serait souhaitable que la famille proche de la mère, en particulier son conjoint, les grands-mères de son enfant et ses amis se sentent impliqués, leur influence étant prépondérante dans la pratique de l'allaitement.

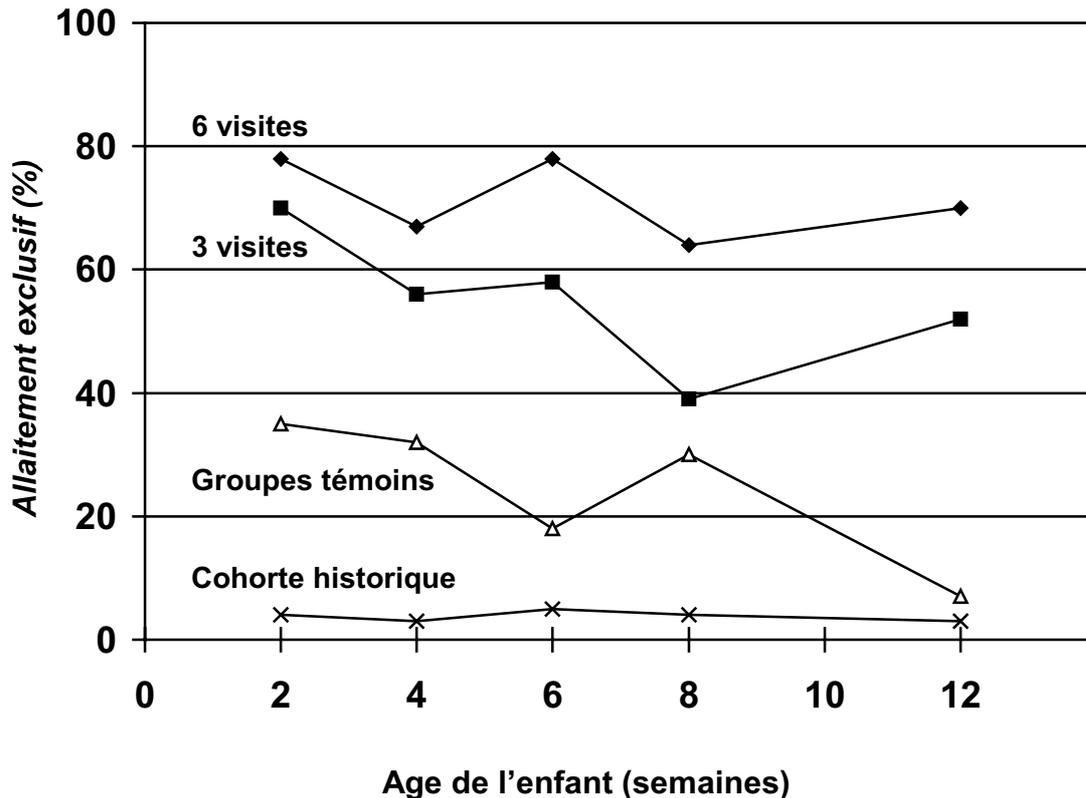
Il n'est pas possible d'établir précisément le nombre d'heures nécessaires en la matière afin d'atteindre un objectif particulier. Cependant, les études évoquées semblent suggérer que plus fréquents sont les contacts, plus probants en sont les résultats.

On ne peut pas non plus déterminer précisément quel type d'intervention se révèle le plus efficace. Des conseils individualisés et une aide visant à surmonter des difficultés spécifiques et une perte de confiance de la mère semblent les plus utiles. De simples contacts téléphoniques n'agissent pas de manière indépendante.

Il s'avère primordial de considérer plus avant la capacité d'action des groupes communautaires et des conseillères en allaitement. Peut-être rencontrent-ils plus de facilité que les services de santé traditionnels à fournir, aussi souvent que nécessaire, l'aide dont une mère peut avoir besoin afin de reprendre confiance en elle et de surmonter les difficultés qui se présentent. L'aide communautaire au quotidien, renforcée si nécessaire par celle, conjointe et plus spécialisée, des services de santé, posséderait sans doute plus d'efficacité que toute action menée par les uns ou les autres de manière individuelle.

Dixième Condition - Prolonger le soutien

Comparaison établie entre mères dans la pratique de l'allaitement exclusif durant la semaine écoulée, les unes ayant pris part à l'intervention (3 et 6 visites), les autres appartenant à des groupes témoins



Groupes participant à l'intervention et recevant 3 ou 6 visites vs Groupes témoins : $P < 0.001$.

Groupe recevant 6 visites vs Groupe recevant 3 visites : $P < 0.001$.

Groupes témoins vs cohorte historique : $P < 0.001$.

Source: Morrow et al (1996) The effectiveness of home-based counseling to promote exclusive breastfeeding among Mexican mothers. In: *Exclusive breastfeeding promotion: a summary of findings from EPB's applied research program (1992-1996)*. Wellstart International's Expanded Promotion of Breastfeeding (EPB) Program (document non publié).

**TABLEAU 10.1. ETUDES EXPERIMENTALES - RESULTATS COMPARATIFS
PROLONGER LE SOUTIEN - SERVICES DE SANTE**

Etude [Limitations méthodologiques]	Participants Critères	Groupe témoin/ Groupe soumis à une intervention	Importance du panel	Résultats		Conclusion
				Témoin	Intervention	
Hall, 78 (Etats-Unis d'Amérique)	Femmes mariées, de condition modeste, qui allaitaient pour la première fois.	Groupe témoin I : Soins médicaux habituels. Groupe témoin II : ainsi que décrit ci-dessus + présentation audiovisuelle + brochures. Interv. : Identique à Groupe témoin II + visites durant le séjour en maternité + 2 contacts téléphoniques + Possibilité de joindre une conseillère par téléphone si nécessaire.	Tém. I : 12 Tém. II : 13 Interv. : 15 N : 40	Groupe témoin I : 6 mères (50 %) continuaient à allaiter 6 semaines après la naissance. Groupe témoin II : 6 mères (50 %) continuaient à allaiter 6 semaines après la naissance.	12 mères (80 %) continuaient à allaiter 6 semaines après la naissance.	6 semaines après la naissance, aucune amélioration significative constatée, quelque soit le type d'allaitement pratiqué.
Houston, 81 (Ecosse)	Femmes allaitantes vivant en milieu urbain. Nourrissons nés à terme et en bonne santé.	Groupe témoin : Soins habituels dispensés dans les services de santé communautaires. Interv. : Visite à la maternité + 11 visites à domicile + possibilité de contacter une conseillère par téléphone si nécessaire.	Tém. : 52 Int. : 28 N : 80	40 mères (78 %) continuaient à allaiter 12 semaines après la naissance. 33 mères (64 %) continuaient à allaiter 20 semaines après la naissance.	28 mères (100 %) continuaient à allaiter 12 semaines après la naissance. 25 mères (88 %) continuaient à allaiter 20 semaines après la naissance.	20 semaines après la naissance, on constatait que le soutien dispensé à domicile était favorable à l'allaitement (quel qu'il fut).
Bloom, 82 (Canada) [8]	Femmes mariées primipares. Nourrissons en bonne santé. Apgar de 5 en 5 min. Accouchement par voie vaginale.	Groupe tém. : Brochure évoquant les techniques d'allaitement. Interv. : De même que pour le groupe témoin + A partir du 10ème jour suivant la naissance, 3 contacts téléphoniques par semaine, d'une durée de 5 à 10 min. afin de délivrer des conseils + mère adressée à un service de santé si le souhait en était exprimé.	Tém. : 49 Interv. : 50 N : 99	Durée moyenne de l'allaitement : 21,0 jours.	Durée moyenne de l'allaitement : 28,6 jours.	Durée de l'allaitement prolongée d'une semaine (P = 0,05).
Saner, 85 (Turquie) [5, 8]	Femmes de condition modeste en bonne santé, qui possédaient peu d'informations sur l'alimentation infantile. Nourrissons nés à terme et en bonne santé.	Groupe tém. : Mères contactées un mois après la naissance. Intervention I : 3 séances d'information sur l'allaitement organisées à la maternité + visites mensuelles. Intervention II : 1 séance d'information sur l'allaitement organisée à la maternité + 1 visite 3 mois après l'accouchement.	Tém. : 35 Int. I : 40 Int. II : 14 N : 89	20 % des enfants étaient allaités totalement à l'âge de 3 mois***.	Interv. I : 95 % des enfants étaient allaités totalement à l'âge de 3 mois***. Interv. II : 50 % des enfants étaient allaités totalement à l'âge de 3 mois***.	Les informations sur les bienfaits de l'allaitement fournies après l'accouchement ont favorisé l'accroissement de cette pratique.
Jones, 86 (Pays de Galles)	Femmes primipares et multipares qui avaient entrepris d'allaiter.	Groupe témoin : Soins hospitaliers de routine. Intervention : Visites à la maternité et au domicile d'une infirmière qui aidait la mère à maintenir sa production lactée et lui prodiguait des conseils.	Tém. : 355 Int. I : 228 N : 583	256 mères (72 %) continuaient à allaiter 4 semaines après la naissance**. 99 mères (28 %) ^a continuaient à allaiter 6 mois après la naissance**.	192 mères (84 %) continuaient à allaiter 4 semaines après la naissance**. 87 mères (38 %) ^a continuaient à allaiter 6 mois après la naissance**.	Les visites à domicile ont favorisé la pratique de tout type d'allaitement 6 mois après la naissance.
Frank, 87 (Etats-Unis d'Amérique)	Femmes allaitantes, vivant en milieu urbain, de race non blanche, de condition modeste pour la plupart. Nouveau-nés en bonne santé.	Groupe témoin : Aide habituelle + distribution de colis- cadeau. Interv. I : Soutien postnatal (en maternité + 8 contacts téléphoniques + possibilité de laisser un message téléphonique 24 heures sur 24.) Interv. II : Soutien postnatal + distribution de colis-cadeau. Interv. III : Aide de routine + colis-cadeau contenant des objets participant à l'allaitement.	Tém. : 83 Int. I : 79 Int. II : 84 Int. III : 78 N : 324	Allaitement total 2 mois après la naissance : 17 (20 %).	Allaitement total 2 mois après la naissance : 34 (43 %) dans le groupe I**, 24 (29 %) dans le groupe II 22 (28 %) dans le groupe III.	Aider davantage la mère a favorisé la pratique d'un allaitement total, dans la mesure où au moment de quitter la maternité des articles d'allaitement lui avaient été remis.

*P < 0,05 ; **P < 0,01 ; ***P < 0,001.

^a : Données recalculées.

**TABEAU 10.1. (suite) ETUDES EXPERIMENTALES - RESULTATS COMPARATIFS
PROLONGER LE SOUTIEN - SERVICES DE SANTE**

Etude [Limitations méthodologiques]	Participants Critères	Groupe témoin/ Groupe soumis à une intervention	Importance du panel	Résultats		Conclusion
				Témoin	Intervention	
Grossman, 87 (Etats-Unis d'Amérique) [1, 2, 5]	Femmes de condition modeste qui avaient bénéficié d'une préparation à l'accouchement et qui souhaitaient allaiter.	<p>Groupe témoin : En maternité, assistance de routine dans la pratique de l'allaitement.</p> <p>Intervention : Conseils dispensés de manière régulière en maternité + contacts téléphoniques le 2ème, 4ème, 7ème au 10ème jour puis 3 et 6 semaines après la naissance afin d'apporter un soutien et de dispenser des conseils + ligne téléphonique d'assistance disponible 24 heures sur 24.</p>	N : 76 (Nombre pour chaque groupe non précisé.)	<p>Groupe témoin : 77 % des mères continuaient à allaiter 6 semaines après la naissance.</p>	<p>73 % des mères continuaient à allaiter 6 semaines après la naissance.</p>	Le soutien apporté par téléphone uniquement, à la suite de l'accouchement, n'a pas contribué à favoriser l'allaitement.
Jenner, 88 (Royaume-Uni)	Femmes actives, de race blanche, mariées, primipares, qui souhaitaient allaiter.	<p>Groupe témoin : 1 entretien anténatal structuré organisé au domicile + brève visite en maternité.</p> <p>Intervention : Ainsi que décrit ci-dessus + 2 visites au domicile durant la période anténatale + 2-3 visites postnatales au domicile + Possibilité de contacts téléphoniques.</p>	Tém. : 19 Int. : 19 N : 38	<p>4 enfants (21 %) allaités totalement à l'âge de 3 mois.</p>	<p>13 enfants (68 %) allaités totalement à l'âge de 3 mois**.</p>	Les visites prénatales et postnatales ont contribué à un accroissement du taux d'allaitement total.
Saunders, 88 (Etats-Unis d'Amérique) [1, 6]	Femmes hispano-américaines, de condition modeste, vivant en milieu rural, ayant participé à un programme d'alimentation infantile.	<p>Groupe témoin (préalablement à l'intervention) : Soins habituels.</p> <p>Intervention I : 1 visite en maternité + Contact téléphonique le 4ème et le 5ème jour après l'accouchement + organisation d'une séance collective d'assistance la deuxième semaine.</p> <p>Intervention II : 1 ou 2 interventions telles que celles mentionnées ci-dessus.</p>	Tém. : 75 Int. I : 36 Int. II : 44 N : 155	<p>Nombre de mères qui continuaient à allaiter 16 semaines après la naissance : 35 (47 %).</p>	<p>Nombre de mères qui continuaient à allaiter 16 semaines après la naissance : 24 (67 %) dans le groupe I*, 16 (37 %) dans le groupe II.</p>	Le soutien dispensé après la naissance, sous toutes formes conjuguées, a contribué à une augmentation du taux d'allaitement 16 semaines après la naissance.
Grossman, 90 (Etats-Unis d'Amérique) [4]	Femmes de condition modeste ayant émis le souhait d'allaiter à la naissance de leur enfant. Nourrissons nés à terme et en bonne santé.	<p>Groupe témoin : Démonstrations de routine effectuées avant la sortie de la maternité par le personnel infirmier travaillant au sein de l'unité obstétrique.</p> <p>Intervention : 1 visite en maternité + contacts téléphoniques le 2ème, 4ème, 7ème au 10ème jour et 3 semaines après la naissance.</p>	Tém. : 48 Int. I : 49 N : 97	<p>Durée moyenne de l'allaitement, sous toutes ses formes : 14,8 semaines.</p> <p>10/44 mères (23 %) continuaient à allaiter 6 mois après la naissance.</p>	<p>Durée moyenne de l'allaitement, sous toutes ses formes : 8 semaines.</p> <p>7/49 mères (14 %) continuaient à allaiter 6 mois après la naissance.</p>	De simples contacts téléphoniques n'ont pas favorisé l'allaitement.
Neyzi, 91a (Turquie) [4]	Femmes primipares vivant en milieu urbain. Accouchement par voie vaginale ayant eu lieu dans un hôpital de l'assistance publique. Nouveau-nés en bonne santé d'un poids de naissance > 2500 g.	<p>Groupe témoin : Visites au domicile du 5ème au 7ème jour (hygiène du bébé et soins courants).</p> <p>Intervention : Séance collective d'information organisée en maternité, intégrant la projection d'un film sur l'allaitement et une démonstration pratique d'une durée de 40 minutes + visites au domicile entre le 5ème et le 7ème jour d'une durée de 20 à 30 minutes + distribution de brochures.</p> <p>Dans les deux cas : 1 séance collective d'information avec projection d'un film concernant les maladies diarrhéiques ; suivi assuré de manière mensuelle.</p>	Tém. : 442 Int. I : 499 N : 941	<p>12 % des mères allaitaient exclusivement 1 semaine après la naissance***.</p> <p>2 % 2 mois après la naissance*.</p>	<p>47 % des mères allaitaient exclusivement 1 semaine après la naissance***.</p> <p>4,3 % 2 mois après la naissance*.</p>	L'allaitement exclusif 1 semaine après la naissance a été favorisé par le soutien dispensé (projection d'un film, visites au domicile).

* : Données recalculées.

*P < 0,05 ; **P < 0,01 ; ***P < 0,001.

TABLEAU 10.1. (suite) ETUDES EXPERIMENTALES - RESULTATS COMPARATIFS

PROLONGER LE SOUTIEN - SERVICES DE SANTE

Etude [Limitations méthodologiques]	Participants Critères	Groupe témoin/ Groupe soumis à une intervention	Importance du panel	Résultats		Conclusion
				Témoin	Intervention	
Neyzi, 91b (Turquie) [4]	Ainsi que décrit dans le tableau qui précède.	Groupe témoin : Ainsi que décrit ci-dessus. Intervention : Ainsi que décrit ci-dessus + suivi assuré par un interne en pédiatrie la 2ème semaine, puis 1, 2, 3 et 4 mois après la naissance (en présence d'un proche).	Tém. : 442 Int. : 96 N : 538	Allaitement total pour 61 % des enfants à l'âge de 1 mois ^{***} , 5 % à l'âge de 4 mois ^{***} .	Allaitement total pour 85 % des enfants à l'âge de 1 mois ^{***} , 68 % à l'âge de 4 mois ^{***} .	Un soutien prolongé a contribué à accroître le taux d'allaitement total 4 mois après la naissance.
Chung-Hey, 93 (Taiwan, Chine)	Mères d'enfants nés à terme et en bonne santé, capables de lire le Chinois. Allaitement pratiqué à la sortie de la maternité.	Groupe témoin : Aucune action particulière. Intervention I : Visites au domicile effectuées par une infirmière la 1ère, 2ème, 4ème et 8ème semaine après la sortie de la maternité. Intervention II : Entretiens téléphoniques avec une infirmière la 1ère, 2ème, 4ème et 8ème semaine après la sortie de la maternité.	Tém. : 60 Int. I : 60 Int. II : 60 N : 180	Durée moyenne de l'allaitement : 3,35 semaines. Dans 40 % des cas, la raison invoquée pour interrompre l'allaitement était une insuffisance lactée.	Durée moyenne de l'allaitement : Int. I : 4,1 semaines Int. II : 3,6 semaines La raison invoquée pour interrompre l'allaitement était une insuffisance lactée dans 43 % des cas (groupe I) et 38 % (groupe II).	Les visites au domicile et les entretiens téléphoniques n'ont pas eu d'incidence sur la durée de l'allaitement.
Haider, 96 (Bangladesh)	Enfants âgés de ≤ 12 semaines, présentant une diarrhée depuis moins de 5 jours, poids pour l'âge > 60 % de la médiane NCHS, toujours allaités.	Groupe témoin : Conseils de routine sur l'allaitement délivrés durant le séjour en maternité. Intervention : 3 séances d'information délivrées en maternité au cours desquelles des conseils sur la façon de traiter une diarrhée étaient donnés aux mères + 1 entretien au domicile une semaine après la sortie de la maternité.	Tém. : 125 Int. : 125 N : 250	7 enfants (6 %) allaités exclusivement à la sortie de la maternité ^{***} . 8/103 enfants (8 %) ^{***} allaités exclusivement 2 semaines après la sortie de la maternité.	74 enfants (60 %) allaités exclusivement à la sortie de la maternité ^{***} . 78/104 enfants (75 %) ^{***} allaités exclusivement 2 semaines après la sortie de la maternité.	Prodiguer des conseils à la mère a favorisé la pratique de l'allaitement exclusif deux semaines après la sortie de la maternité.

*P < 0,05 ; **P < 0,01 ; ***P < 0,001.

^a : Données recalculées.

**TABEAU 10.2. ETUDES EXPERIMENTALES - RESULTATS COMPARATIFS
PROLONGER LE SOUTIEN - CONSEILLERES COMMUNAUTAIRES**

Etude [Limitations méthodologiques]	Participants Critères	Groupe témoin/ Groupe soumis à une intervention	Importance du panel	Résultats		Conclusion
				Témoin	Intervention	
Burkhalter, 91 (Chili) [1, 6]	Enregistrement de toutes les naissances dans un établissement de soins suburbain. Enfants issus de milieux socio-économiques divers.	Groupe témoin (préalablement à l'intervention) : Soins habituels durant la période prénatale ; enfants suivis dans une « consultation de l'enfant sain ». Intervention I : Organisation de 4 cours de préparation prénatale + contrôles effectués tous les mois + 6 visites au domicile réparties sur une période de 6 mois + Soutien de la part d'associations de mères allaitantes. Intervention II : Ainsi que décrit ci-dessus, introduction de changements au bout d'une année.	Tém. : 137 Interv. I : 115 Interv. II : 117 N : 369	46 enfants (34 %) allaités totalement à l'âge de 6 mois. Int. II : 64 enfants (55 %) allaités totalement à l'âge de 6 mois***.	Int. I : 74 enfants (64 %) allaités totalement à l'âge de 6 mois***. Int. II : 64 enfants (55 %) allaités totalement à l'âge de 6 mois***.	Le soutien apporté durant les périodes prénatale et postnatale a favorisé la pratique d'un allaitement total 6 mois après la naissance.
Lundgren, 92 (Honduras) [1]	Population rurale vivant dans des villages, ne possédant que peu de ressources en eau, un petit nombre de latrines et ayant un accès limité aux services de santé.	Groupe témoin : Activités de promotion de l'allaitement (réunions mensuelles, distribution de matériels didactiques) organisées par des Comités de Santé ruraux dans 20 villages. Intervention : Activités de promotion de l'allaitement similaires organisées dans 20 villages par des volontaires ayant été formés au conseil en allaitement. Groupes cibles (dans les deux cas) : Femmes enceintes et mères d'enfants âgés de < 1 an.	Tém. (pre) : 209 Tém. (post) : 226 Interv. (pre) : 207 Interv. (post) : 221 N : 863	Durée moyenne de l'allaitement exclusif (enquête pre/post) : 1,3/1,2 mois. Allaitement exclusif 2 mois après la naissance (pre/post) : 20 %/18 %** (Tém. vs Int.).	Durée moyenne de l'allaitement exclusif (enquête pre/post) : 1,2/3 mois. Allaitement exclusif 2 mois après la naissance (pre/post) : 20 %/50 %**.	On a constaté un accroissement de la pratique de l'allaitement exclusif dans les villages qui bénéficiaient de la présence de personnes qualifiées dont le rôle était de soutenir les mères.
Kistin, 94 (Etats-Unis d'Amérique)	Femmes de condition modeste vivant en milieu urbain, souhaitaient allaiter et bénéficier du soutien de leurs semblables.	Groupe témoin : Absence de conseillère. Intervention : Contacts téléphoniques avec un groupe de mères allaitantes (≥ 2 fois/semaine jusqu'à ce que l'allaitement ait été engagé puis toutes les semaines voire toutes les 2 semaines.	Tém. : 43 Interv. : 59 N : 102	Durée moyenne de tout type d'allaitement : 8 semaines*. Durée moyenne de l'allaitement total : 4 semaines*.	Durée moyenne de tout type d'allaitement : 15 semaines*. Durée moyenne de l'allaitement total : 8 semaines*.	Le soutien apporté par les groupes de mères allaitantes a contribué à allonger la durée de l'allaitement.
Mongeon, 95 (Canada) [7]	Femmes enceintes n'ayant pas eu d'expérience préalable de l'allaitement et souhaitant allaiter.	Groupe témoin : Aucune aide supplémentaire. Intervention : 1 visite au domicile (avant la naissance) + 1 fois par semaine (pendant 6 semaines) et suivi assuré par un volontaire sous la forme d'entretiens téléphoniques deux fois par semaine. Dans les deux cas : 1 visite au domicile assurée par une infirmière communautaire, divers contacts établis par la mère.	Tém. : 100 Interv. : 100 N : 200	Evocation d'une production lactée insuffisante : 45 %. (Manque de précision pour les autres données.)	Evocation d'une production lactée insuffisante : 37 %.	Le soutien procuré par un volontaire n'a pas contribué à favoriser l'allaitement.
Long et al, 95 (Etats-Unis d'Amérique) [4]	Femmes indiennes enceintes, possédant de faibles revenus.	Groupe témoin (préalablement à l'intervention) : Soins habituels durant la période prénatale. Intervention : Durant les périodes prénatale et postnatales, contacts téléphoniques (la 1ère, 2ème, 4ème, 5ème et 6ème semaine après l'accouchement) avec un groupe de mères allaitantes, visites au domicile et/ou visites à l'hôpital.	Tém. : 67 Int. : 41 N : 108	Parmi les mères auprès de qui un suivi avait été assuré durant les 3 premiers mois, 70 % avaient choisi d'allaiter et 36 % continuaient à allaiter 3 mois après la naissance.	Parmi les mères auprès de qui un suivi avait été assuré durant les 3 premiers mois, 84 % avaient choisi d'allaiter (P = 0,05) et 49 % continuaient à allaiter 3 mois après la naissance.	3 mois après la naissance, on constatait que l'aide des groupes de mères allaitantes avait favorisé tout type d'allaitement.

*P < 0,05 ; **P < 0,01 ; ***P < 0,001.

**TABEAU 10.2. (suite) ETUDES EXPERIMENTALES - RESULTATS COMPARATIFS
PROLONGER LE SOUTIEN - CONSEILLERES COMMUNAUTAIRES**

Etude [Limitations méthodologiques]	Participants Critères	Groupe témoin/ Groupe soumis à une intervention	Importance du panel	Résultats		Conclusion
				Témoin	Intervention	
Alvarado, 96 (Chili) [1, 6, 8]	Femmes de condition modeste vivant en zone périurbaine dans des conditions d'hygiène précaires.	Groupe témoin : Traitement des affections graves par un médecin et surveillance assurée (1er, 2ème, 4ème et 6ème mois) par le personnel infirmier d'un établissement de santé. Intervention : Visites au domicile effectuées par des agents sanitaires locaux, organisation de cours collectifs (avant la naissance et une fois par mois par la suite) + Médecin et sage-femme consultés au sein d'un établissement de soins à huit reprises, jusqu'au sixième mois suivant la naissance.	Tém. : 66 Interv. : 62 N : 128	8 % des enfants allaités totalement à l'âge de 4 mois**. 0 % allaités totalement à l'âge de 6 mois**.	90 % des enfants allaités totalement à l'âge de 4 mois**. 42 % allaités totalement à l'âge de 6 mois**.	La vraisemblance d'un prolongement de l'allaitement total jusqu'à l'âge de 6 mois est plus grande avec le concours d'agents sanitaires locaux.
Davies-Adetugbo, 96 (Nigeria) [6]	Femmes enceintes, (troisième trimestre avancé de la grossesse) appartenant pour la plupart à 6 communautés rurales Yoruba.	Groupe témoin : Prise en charge habituelle dans le service de consultation prénatale d'un établissement de soins de santé primaires, visites au domicile (éfin d'évoquer des difficultés liées à l'allaitement). Défections : 21 (abandon, mort à la naissance ou mort infantile). Intervention : Organisation préalablement à l'accouchement de ≥ 3 séances au cours desquelles des conseils étaient prodigués aux mères + visites mensuelles au domicile après la naissance (messages réitérés, majorité des difficultés liées à l'allaitement résolues) Défections : 28 (abandon, mort à la naissance ou mort infantile).	Tém. : 130 Interv. : 126 N : 256	6/108 nouveau-nés (6 %) avaient commencé à téter dans les 30 minutes suivant la naissance. 15/108 enfants (14 %) étaient allaités totalement à l'âge de 4 mois.	31/98 nouveau-nés (32 %) avaient commencé à téter dans les 30 minutes suivant la naissance. 39/98 enfants (40 %) étaient allaités totalement à l'âge de 4 mois.	Le soutien apporté durant les périodes prénatale et postnatale a favorisé la pratique d'un allaitement total 4 mois après la naissance.
Morrow, 96 (Mexique)	Femmes de condition modeste pour la plupart, domiciliées dans une zone périurbaine de Mexico.	Groupe témoin parallèle (TP) : Soins courants donnés à l'hôpital. Cohorte historique (CH) : Préalablement à l'intervention menée. Intervention I : 1 visite au domicile au terme de la grossesse + 1 visite peu après la naissance + 1 visite au terme de la 2ème semaine de vie, effectuées par des <i>promotoras</i> formés au sein de la La Leche League (Mexique). Intervention II : 2 visites au domicile durant la grossesse + 1 visite peu après la naissance + visite la 2ème, 4ème et 8ème semaine effectuées par les mêmes <i>promotoras</i> .	[CH : 316] TP : 15 Int. I : 40 Int. II : 25 N : 80	35 % des enfants appartenant au groupe témoin parallèle (TP) étaient allaités exclusivement après 2 semaines de vie, et 7 % après 12 semaines*** (Int. I vs Int. II). TP vs CH, TP vs Int. I et Int. II réunis). 3 à 6 % des enfants du groupe CH étaient allaités la semaine précédant l'entretien****.	70 % des enfants appartenant au groupe I étaient allaités exclusivement après 2 semaines de vie, et 50% après 12 semaines*** (Int. I vs Int. II). 79 % des enfants appartenant au groupe II étaient allaités exclusivement après 2 semaines de vie, et 72% après 12 semaines****.	Les visites au domicile effectuées par des <i>promotoras</i> ont démontré leur efficacité sur l'allaitement durant les trois premiers mois au minimum.
Leite, 98 (Brésil)	Mères et enfants, nouveau-nés en bonne santé ayant vu le jour dans 8 maternités différentes, d'un poids à la naissance < 3000 g.	Groupe témoin : Soins courants donnés dans des services de santé. Intervention : 3 visites au domicile (le 5ème, 15ème et 30ème jour après la naissance) effectuées par des conseillères non professionnelles.	Tém. : 455 Interv. : 385 N : 840	A l'âge de 1 mois, 51 % des enfants étaient allaités principalement.	A l'âge de 1 mois, 65 % des enfants étaient allaités principalement, (RR = 0,56, 95 % CI = 0,42-0,75).	Les 3 visites effectuées par une conseillère non professionnelle ont participé à un accroissement du taux d'allaitement principal à l'âge de 1 mois.

*P < 0,05 ; **P < 0,01 ; ***P < 0,001.

TABLEAU 10.3. ETUDES LONGITUDINALES ET TRANSVERSALES - RESULTATS COMPARATIFS
PROLONGER LE SOUTIEN

Etude [limitations méthodologiques]	Participants Critères	Importance du panel	Pratique expérimentée	Résultats		Conclusion
				Non exposé	Exposé	
Meara, 76 (Etats-Unis d'Amérique) [9]	Membres de La Leche League : Dans leur majorité, femmes au foyer possédant des revenus moyens, un niveau d'éducation supérieur et dont l'expérience de l'allaitement avait précédé (non exposé) ou suivi (exposé) une affiliation à La Leche League.	Exp. : 436 Non exp. : 117 (N : Non évoqué précisément.)	Affiliation à La Leche League préalable à l'expérience de l'allaitement. Groupe non exposé : En général, femmes enceintes participant à des réunions afin de compléter leur expérience de l'allaitement.	34/117 enfants (29 %) allaités à la demande durant le séjour en maternité. 13/42 enfants (31 %) avaient commencé à consommer des aliments solides entre l'âge de 4 et 6 mois.	262/436 enfants (60 %) allaités à la demande durant le séjour en maternité. 379/436 enfants (87 %) avaient commencé à consommer des aliments solides entre l'âge de 4 et 6 mois.	Adhérer à La Leche League a permis aux mères d'améliorer leurs connaissances, attitudes et pratiques.
Barros, 95 (Brésil)	Femmes possédant des revenus moyens et domiciliées en ville, accompagnées de leur enfant, nouveau-nés en bonne santé, placés dans la même chambre que leur mère durant le séjour en maternité. Suivi assuré durant 6 mois.	Exp. : 289 Non exp. : 246 N : 535	Participation à des cours de lactation.	44 enfants (18 %) allaités exclusivement à l'âge de 4 mois. 15 enfants (6 %) allaités exclusivement à l'âge de 6 mois, 135 (55 %) toujours allaités***.	124 enfants (43 %) allaités exclusivement à l'âge de 4 mois***. 43 enfants (15 %) allaités exclusivement à l'âge de 6 mois, 197 (68 %) toujours allaités***.	Participer à des cours de lactation a favorisé de manière significative la pratique de l'allaitement exclusif 4 mois après la naissance.

*P < 0,05 ; **P < 0,01 ; ***P < 0,001

INTERVENTIONS COORDONNEES

11.1 Introduction

Dans les chapitres qui précèdent, on s'est livré à l'examen des données relatives aux « Dix Conditions », chacune de ces dernières étant assimilée à une intervention unique, autant que possible. Cependant, on a pu constater que de nombreuses études intégraient plusieurs conditions, montrant de la sorte que coordonnées, les interventions possédaient vraisemblablement plus d'effet sur l'allaitement. Concrètement, ceci doit être considéré comme l'une des conclusions majeures de ce rapport.

11.2 Incidence sur la pratique de l'allaitement

Sept études ont été répertoriées qui évaluent distinctement les effets de plus d'une action de promotion en faveur de l'allaitement et six d'entre elles révèlent une augmentation significative de cette pratique (Frank et al, 1987 ; Saunders & Carroll, 1988 ; Strachan-Lindenberg, Cabrera & Jimenez, 1990 ; Altobelli et al, 1991 ; Perez-Escamilla et al, 1992, Pugin et al, 1996).

L'une des premières études, réalisée au Royaume-Uni par Salariya, Easton & Cater (1978) a montré que des mères qui commençaient à allaiter dans les 10 minutes suivant leur accouchement puis toutes les deux heures étaient plus susceptibles de continuer à allaiter 12 semaines après la naissance que celles pour qui la mise en route de l'allaitement avait été retardée et qui nourrissaient leur enfant toutes les 4 heures. Le nombre de mères concernées par cette étude étant trop faible, les résultats obtenus ne peuvent être considérés comme significatifs.

Aux Etats-Unis d'Amérique, Frank et al (1987) ont montré que la probabilité d'une poursuite de l'allaitement un mois après la naissance était plus grande pour les mères à qui l'on remettait au moment de quitter la maternité des articles participant à la promotion de cette pratique et qui recevaient conjointement des conseils supplémentaires dans ce domaine, en maternité puis de retour au domicile, par rapport à celles qui n'étaient concernées que par l'une ou l'autre de ces deux interventions. Saunders & Carroll (1988) ont établi que trois interventions simples combinées (une séance d'information en maternité, un contact téléphonique et l'organisation d'un cours sur l'allaitement de retour au domicile) possédaient un effet significatif sur l'allaitement, sans que l'une des interventions considérées indépendamment des deux autres ne possède la moindre incidence.

Au Mexique, Perez-Escamilla et al (1992) ont constaté une augmentation du taux d'allaitement total 4 mois après la naissance lorsque l'enfant avait été placé en permanence aux côtés de sa mère et qu'une assistance avait été conjointement dispensée ; le rapprochement physique de l'un et de l'autre n'ayant influé sur la pratique de l'allaitement que durant le premier mois. De façon similaire, Strachan-Lindenberg, Cabrera & Jimenez (1990) ont constaté une augmentation du taux d'allaitement à 1 mois puis à 4 mois lorsqu'assistance et placement de

l'enfant aux côtés de sa mère étaient combinés ; l'incidence de conseils coordonnés au contact précoce étant significative 1 semaine après la naissance seulement. Dans une étude menée au Chili, Pugin et al (1996) ont établi une comparaison entre un groupe de femmes témoin constitué préalablement à l'intervention et un second groupe concerné par un programme de promotion de l'allaitement qui intégrait cinq interventions (Valdes et al, 1993) : formation de l'équipe sanitaire, activités durant la période prénatale et en maternité (premier contact pratiqué de manière plus précoce, conseils en allaitement, limitation des suppléments, intensification de la pratique du placement de l'enfant aux côtés de sa mère), mise en place d'un service de consultation externe en lactation proposant la Méthode de l'aménorrhée de l'allaitement (MAMA) comme première méthode de planification familiale. 6 mois après la naissance et après contrôle du nombre d'enfants déjà mis au monde, le taux d'allaitement total était significativement plus élevé dans le groupe qui participait à l'intervention (67 %) par rapport au groupe témoin (32 %, $P < 0,0001$). Un sous-groupe qui avait bénéficié d'informations complémentaires durant la période anténatale était plus susceptible de pratiquer un allaitement total (80 %) que celui qui avait participé aux mêmes interventions mais n'avait pas bénéficié de préparation complémentaire (65 %, $P < 0,005$), (abordé dans la Troisième Condition).

Dix autres études comparatives ont évalué l'incidence de diverses actions de promotion de l'allaitement menées de manière coordonnée. Il résulte de ces études certains schémas généraux : lorsqu'ils sont combinés avec une assistance en maternité ou durant la période prénatale, le soutien et les conseils en matière d'allaitement dispensés de retour au domicile sont susceptibles d'avoir une incidence d'autant plus grande sur cette pratique. Certains auteurs ont estimé que le soutien apporté durant la période postnatale, soit au sein d'un groupe de mères, soit lors de visites au domicile ou d'un suivi assuré en clinique, possédait une importance capitale (Burkhalter & Marin, 1991).

Des interactions néfastes sont possibles lorsque des pratiques nuisibles, telle que l'utilisation de laits artificiels, perdurent. Reiff & Essock-Vitale (1985) ont analysé les pratiques liées à l'alimentation infantile en menant une étude auprès de 77 femmes qui avaient accouché dans une maternité où matériels didactiques, conseils, aide et directives étaient dans l'ensemble favorables à l'allaitement mais au sein de laquelle l'utilisation de laits artificiels continuait à avoir cours. L'attitude du personnel infirmier était favorable à l'allaitement : plus de 80 % reconnaissaient avoir discuté régulièrement de ses avantages avec les mères. Cependant, 59 (77 %) d'entre elles avaient commencé à nourrir leur enfant au biberon 2 à 3 semaines après leur accouchement, la majorité (93 %) ayant gardé en mémoire le nom de la marque utilisée en maternité et 52 (88 %) l'utilisant. Malgré la clarté des messages délivrés verbalement et favorables à l'allaitement, certains parents peuvent parfois considérer que l'utilisation régulière de laits artificiels en pouponnière témoigne d'une adhésion du personnel infirmier en la matière.

Ainsi certaines interventions menées de manière expérimentale ont-elles pu contribuer à faire progresser les attitudes et dans une certaine mesure les pratiques liées à l'allaitement (Houston et al, 1981 ; Jones & West, 1986 ; Jenner, 1988 ; Long et al, 1995 ; Davies-Adetugbo, 1996). Il apparaît cependant que l'efficacité de ces interventions est plus grande lorsqu'elles intègrent un programme reconnu (Hardy et al, 1982 ; Popkin et al, 1991 ; Nylander et al, 1991 ; Burkhalter & Marin, 1991 ; Lutter et al, 1997). Les avantages apparaissent d'autant plus évidents lorsque

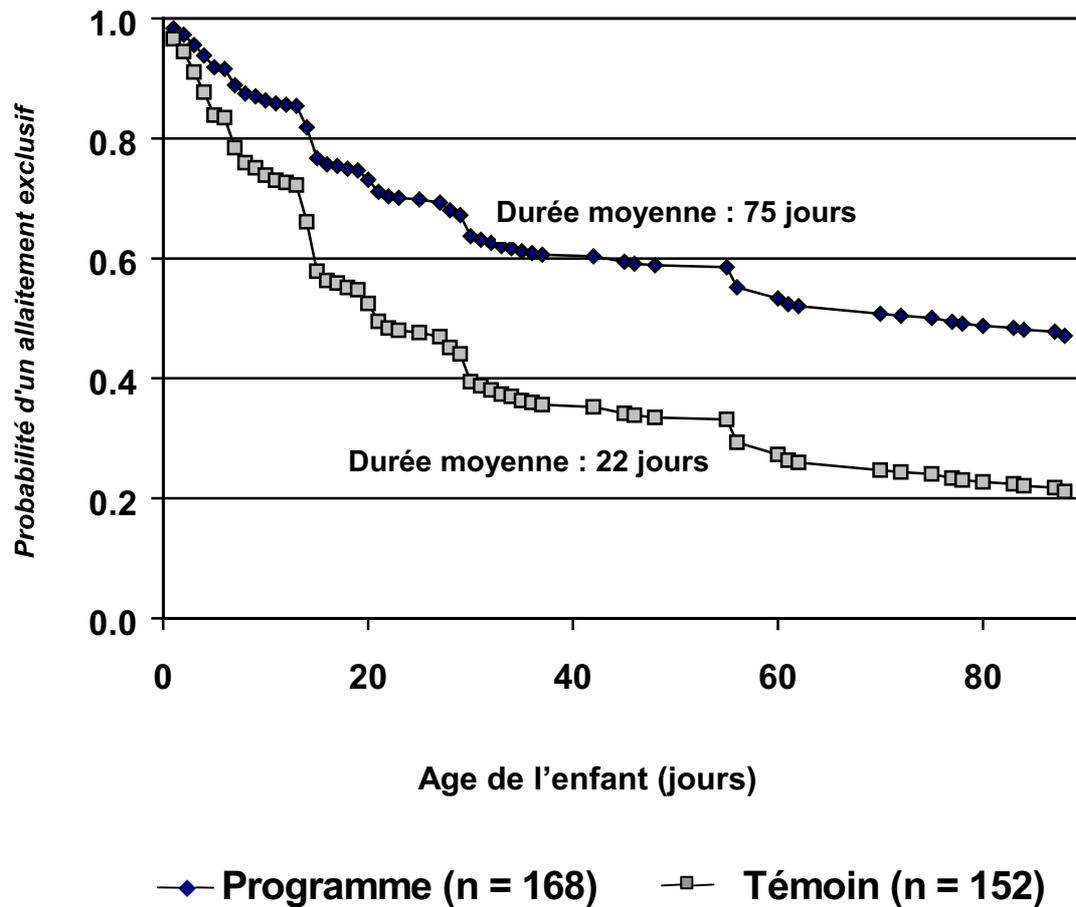
la politique de l'établissement soutient les interventions envisagées et que les pratiques potentiellement nuisibles sont interrompues. Au Brésil, Lutter et al (1997) ont établi une comparaison entre deux établissements hospitaliers, l'un possédant un programme efficace de promotion de l'allaitement, le second (témoin) voisin du premier, pratiquant le placement de l'enfant aux côtés de sa mère ainsi qu'une limitation de l'utilisation de laits artificiels mais ne dispensant informations et soutien que dans une plus faible envergure. Les mères qui séjournaient au sein du premier établissement avaient plus de facilité afin d'accéder à l'information et de solliciter un soutien, la durée moyenne de l'allaitement exclusif atteignant dans leur cas 75 jours, soit 53 jours de plus que les mères qui se trouvaient dans l'établissement témoin.

11.3 Incidence des interventions coordonnées sur le facteur de rentabilité et la morbidité

Les programmes de promotion de l'allaitement mis en place dans le cadre des services de maternité constituent l'une des interventions les plus rentables dans le domaine de la santé, considérant qu'ils contribuent à accroître le nombre d'années de vie corrigées du facteur invalidité (AVCI), à prévenir les cas de diarrhée ainsi que les décès qui lui sont attribués (Horton et al, 1996). L'évaluation de programmes appliqués au Brésil, au Honduras et au Mexique a montré que le facteur de rentabilité était plus important lorsque ceux-ci intégraient un retrait de l'utilisation des laits artificiels et une limitation de l'administration de médicaments durant l'accouchement. En partie parce que leur coût est minime, ces interventions peuvent entraîner des économies. S'engager dans des programmes hospitaliers éducatifs et dans le soutien au mères s'est de même révélé très rentable, mais dans une moindre mesure que le retrait de l'utilisation des laits artificiels, l'éducation des mères réclamant plus de temps et de compétences, son coût intrinsèque est en conséquence plus élevé. Les actions de soutien, d'éducation et de conseil auprès des mères sont introduites plus progressivement que d'autres interventions et un effort supplémentaire s'avère nécessaire afin de les mettre en pratique. Alors que le retrait des laits artificiels et le placement de l'enfant aux côtés de sa mère durant le séjour en maternité constituent un préalable essentiel à la mise en route de l'allaitement, les activités de soutien immédiat et d'information possèdent l'impact le plus fort sur le prolongement de la durée de l'allaitement exclusif (Lutter et al, 1997).

Interventions coordonnées

Courbes de prévalence non corrigées sur les taux d'allaitement exclusif, établies par l'Hôpital de Santos, Brésil, 1992-93



Etablissement hospitalier doté d'un programme vs Etablissement hospitalier témoin : $P < 0,0001$.

Reproduit à partir de *American journal of public health*, 87(4), Lutter et al (1997) The effectiveness of a hospital-based program to promote exclusive breastfeeding among low-income women in Brazil, pp. 659-663, Droits de reproduction (1997), avec l'accord de l'APHA.

**TABLEAU 11.1. ETUDES EXPERIMENTALES - RESULTATS COMPARATIFS
INTERVENTIONS COORDONNEES - EFFETS DISTINCTS**

Etude [Limitations méthodologiques]	Témoïn	Intervention ^a	Résultats généraux	Tableau
Salariya, 78 (Ecosse) [8]	Contact tardif, enfants allaités toutes les 4 heures.	I : 4 + 8, en partie (contact précoce, enfants allaités toutes les 2 heures). II : 4 (contact précoce). III : 8, en partie (enfants allaités toutes les 2 heures).	Augmentation (statistiquement peu significative) du taux d'allaitement (quel qu'il soit) grâce au contact précoce et à un espacement de 2 heures entre les tétées.	4.1 8.1
Frank, 87 (Etats-Unis d'Amérique)	Conseils habituels + Collis contenant des échantillons de substituts du lait maternel offert à la mère à sa sortie de maternité.	I : 5 + 10 (conseil en allaitement) + collis contenant des échantillons de substituts du lait maternel offert à la mère à sa sortie de maternité. II : 5 + 10 + articles d'allaitement remis à la mère à sa sortie de maternité. III : Conseils habituels + articles d'allaitement remis à la mère à sa sortie de maternité.	Effet significatif des interventions coordonnées sur le taux d'allaitement total à l'âge de 1 mois. Effet notable de chacune des interventions considérées individuellement.	6.4 10.1
Saunders, 88 (Etats-Unis d'Amérique) [1, 6]	Interventions écartées.	5 + 10 : Assistance dans la pratique de l'allaitement durant le séjour en maternité + contact téléphonique le 4ème et le 5ème jour et/ou organisation d'une séance collective d'assistance la 2ème semaine.	Allongement de la durée de l'allaitement jusqu'à 16 semaines uniquement lorsque les 3 activités étaient combinées.	10.1
Strachan- Lindenberg, 90 (Nicaragua) [8]	Séparation totale de la mère et de l'enfant jusqu'au moment de quitter la maternité.	I : 4 + 5 (contact précoce et messages standard de promotion de l'allaitement). II : 5 (messages standard de promotion de l'allaitement) + 7.	Effet significatif sur le taux d'allaitement total une semaine après la naissance, quelque soient les interventions considérées. Effet notable sur l'allaitement (en général) un mois après la naissance, uniquement lorsque le placement de l'enfant aux côtés de sa mère était associé à des conseils en allaitement.	4.1 5.1 7.1
Altobelli, 91 (Pérou)	Placement partiel de l'enfant aux côtés de sa mère.	Maternité A et B : 2 + 5 (formation + diffusion de messages standard de promotion de l'allaitement). Conditions 6 et 9 partiellement mises en pratique au préalable dans les deux maternités.	4 semaines après la naissance, augmentation significative du taux d'allaitement exclusif dans les maternités qui proposaient une formation. Effet à long terme (12 semaines) plus significatif encore dans le cas de la maternité A (sensibilisation prolongée aux messages en faveur de l'allaitement) vs Maternité B (sensibilisation plus modérée).	2.1 5.1
Perez- Escamilla, 92 (Mexique)	Echantillons gratuits de lait artificiel distribués aux mères à leur sortie de maternité.	I : 7 (placement de l'enfant aux côtés de sa mère). II : 5 + 7 (Assistance dans la pratique de l'allaitement [messages standard] et placement de l'enfant aux côtés de sa mère). Pour les deux groupes, pas de distribution d'échantillons de lait artificiel.	Le placement de l'enfant aux côtés de sa mère et les conseils en allaitement ont eu un effet à long terme sur la pratique de l'allaitement exclusif parmi les mères qui avaient accouché d'un premier enfant. Pratiqué seul, le placement de l'enfant dans la chambre de sa mère n'a eu un effet qu'à court terme. Aucun effet sur l'allaitement chez les femmes multipares.	5.1 7.1
Pugin, 96 (Chili) [6]	Préalablement à l'intervention : placement partiel de l'enfant aux côtés de sa mère.	I : 1-3 et 5-10 (+ premier contact entre la mère et son enfant pratiqué plus tôt). II : Ainsi que ci-dessus + Condition 3 appliquée de manière soutenue.	La combinaison de 9 Conditions a contribué à une augmentation significative du taux d'allaitement total 6 mois après la naissance. Les compléter par une formation anténatale soutenue a eu pour résultat une augmentation plus significative encore de la pratique de l'allaitement.	3.1

^a : Les chiffres se rapportent aux Conditions 1-10.

TABLEAU 11.2. ETUDES EXPERIMENTALES - RESULTATS COMPARATIFS
INTERVENTIONS COORDONNEES - EFFETS GROUPEES

Étude [Limitations méthodologiques]	Témoïn	Intervention ^a	Résultats généraux	Tableau
Houston, 81 (Ecosse)	Visites habituelles effectuées par le personnel des services de santé communautaires.	5 + 10 : Conseil en allaitement durant le séjour en maternité puis de retour au domicile.	Augmentation significative des taux d'allaitement 12 et 20 semaines après la naissance dans le groupe qui participait à l'intervention.	10.1
Hardy, 82 (Brésil) [6]	Interventions écartées : enfant séparé de sa mère durant le séjour en maternité.	2 + 5 + 10 : Formation, conseil en allaitement durant le séjour en maternité puis de retour au domicile. Placement de l'enfant aux côtés de sa mère pratiqué préalablement aux interventions.	Augmentation significative des taux d'allaitement (total et en général) jusqu'à 9 mois après la naissance pour le groupe qui avait pris part aux interventions. Pas de changement constaté dans le cas des femmes qui étaient âgées de < 25 ans, dans le cas de celles qui possédaient peu d'instruction ou dont le compagnon était âgé de < 30 ans.	Pas de tableau.
Jones, 86 (Pays de Galle)	Interventions écartées.	5 + 10 (Assistance dans la pratique de l'allaitement durant le séjour en maternité et de retour au domicile).	Les taux d'allaitement 4 semaines après la naissance étaient significativement plus élevés dans le groupe qui avait pris part aux interventions.	5.1 10.1
Jenner, 88 (Royaume-Uni)	1 visite au domicile durant la période prénatale + brève visite en maternité après la naissance.	Ainsi que pour le groupe témoin + 2 visites au domicile durant la période prénatale + 2-3 visites postnatales au domicile (Dixième Condition).	Les visites prénatales et postnatales ont contribué à un accroissement du taux d'allaitement total 3 mois après la naissance (P < 0,01).	10.1
Burkhalter, 91 (Chili) [1, 4b, 6]	Constitué préalablement aux interventions : interventions ignorées ; pratiques liées à la naissance non décrites pour l'établissement hospitalier concerné.	Par la suite : 3 + 10 (Préparation prénatale + Conseils en allaitement après avoir quitté la maternité).	Accroissement significatif des taux d'allaitement total, en particulier à l'âge de 5 et 6 mois pour les groupes concernés par les interventions.	10.2
Nylander, 91 (Norvège) [4b, 6, 8]	Préalablement aux interventions : interventions non encore engagées.	Par la suite : 2 + 4 + 5 + 6 en partie (utilisation limitée de laits artificiels et d'eau glucosée) + 8.	A la suite de la mise en route du programme de promotion de l'allaitement, constatation d'un accroissement significatif du taux d'allaitement total à l'âge de 6 mois.	6.1
Popkin, 91 (Honduras)	Préalablement aux interventions : de manière courante, apports alimentaires avant la première tétée et utilisation de laits artificiels ; mère et enfant séparés l'un de l'autre.	Campagne multimédia et programme de promotion de l'allaitement mis en place dans 3 établissements hospitaliers importants : Conditions 1 + 2 + 4-9.	Allaitement engagé pour un nombre de mères significativement plus élevé et pour une durée allongée de façon notable, en particulier en zones urbaines, malgré des changements inhérents aux caractéristiques de la population qui auraient pu entraîner une diminution des taux d'allaitement.	2.2
Long et al, 95 (Etats-Unis d'Amérique) [4]	Préalablement aux interventions : Soins habituels durant la période prénatale.	3 + 10 : Conseils dispensés durant les périodes prénatale et postnatale par un groupe de mères allaitantes.	Accroissement de la pratique de l'allaitement à la naissance et 3 mois plus tard n'atteignant pas des taux significatifs.	10.2

^a : Les chiffres se rapportent aux Conditions 1-10.

TABLEAU 11.2. (suite) ETUDES EXPERIMENTALES - RESULTATS COMPARATIFS

INTERVENTIONS COORDONNEES - EFFETS GROUPEES

Etude [Limitations méthodologiques]	Témoïn	Intervention^a	Résultats généraux	Tableau
Alvarado, 96 (Chili)	Etat de santé contrôlé dans un établissement de soins.	3 + 10 : Conseillers, non professionnels de santé, formés à la pratique de l'allaitement visitant les mères à leur domicile et organisant des cours collectifs à leur intention.	Taux d'allaitement exclusif 4 mois après la naissance significativement plus élevé.	10.2
Davies-Adetugbo, 96 (Nigéria)	Prise en charge habituelle dans le service de consultation prénatale d'un établissement de soins de santé primaires et visites au domicile (afin d'évoquer des difficultés liées à l'allaitement).	3 + 10 : Conseils prodigués aux mères durant la période prénatale + visites mensuelles au domicile après la naissance (majorité des difficultés liées à l'allaitement résolues).	Amélioration des connaissances et des attitudes à l'égard de l'allaitement ; accroissement du taux d'allaitement total 4 mois après la naissance.	10.2
Morrow, 96 (Mexique)	Soins courants donnés à l'hôpital (témoins parallèles et cohortes historiques)	I : 3 + 10, 3 visites effectuées au domicile des mères par des conseillers, non professionnels de santé, formés à la pratique de l'allaitement (au terme de la grossesse, peu après la naissance et à la fin de la 2ème semaine de vie). II : 3 + 10, 6 visites effectuées au domicile des mères par les mêmes conseillers (2 durant la grossesse, 1 peu après la naissance et une la 2ème, 4ème et 8ème semaine).	3 mois après la naissance, taux d'allaitement exclusif significativement plus élevé dans le cas des groupes concernés par les interventions par rapport aux groupes témoins ; plus élevé aussi dans le cas des mères ayant bénéficié de 6 visites à leur domicile en comparaison de celles n'en ayant reçu que 3.	10.2
Lutter, 97 (Brésil)	Activités liées à l'allaitement peu nombreuses, sans exception.	4-7, 10 (dans la mesure du possible 1, 2, 8, 9).	Après examen des analyses de survie actuarielle, constatation d'une durée de l'allaitement plus longue de 53 jours.	Pas de tableau.

^a : Les chiffres se rapportent aux Conditions 1-10.

CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

Nombreux sont les éléments favorables aux Dix Conditions pour le Succès de l'Allaitement maternel, que chacune de celles-ci soit considérée indépendamment des neuf autres et malgré les difficultés rencontrées au moment de procéder à une randomisation, le libre choix de la mère devant être respecté.

Les trois Conditions les plus clairement établies sont celles relatives aux conseils et au soutien dont la mère doit pouvoir bénéficier. Ce sont : la Troisième Condition, la préparation prénatale ; la Cinquième Condition, indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement ; et la Dixième Condition, prolonger le soutien après la sortie de la maternité. Elles constituent les trois Conditions dont le développement cohérent est susceptible de présenter le plus grand nombre de difficultés, et leur mise en place est souvent la plus tardive. Elles réclament des compétences, ce qui implique une formation ; une partie du temps de travail des agents de santé leur étant consacrée, les descriptions de poste nécessitent dès lors certaines modifications. Associées, elles font cependant partie des interventions les plus rentables dans le domaine de la santé et malgré des limitations de ressources, les efforts devraient être renforcés afin que les mères allaitantes bénéficient de conseils opportuns.

Dans la théorie, on dénombre un assez grand nombre de données favorables à la Quatrième Condition, relative au contact précoce, quoique le moment le plus propice à une première tétée ne semble pas aussi strictement défini que dans le libellé original de la Condition. Le moment le plus important du processus en question réside dans le contact tactile établi entre le nouveau-né et sa mère immédiatement après l'accouchement jusqu'à ce que celui-ci se montre disposé à téter. Ceci survient généralement dans l'heure qui suit la naissance, mais parfois aussi à n'importe quel moment durant les deux premières heures voire plus tard encore si de la péthidine est administrée à la mère.

Les preuves en faveur de la Septième Condition, placement de l'enfant aux côtés de sa mère, et de la Huitième Condition, allaitement à la demande, aisément applicables mais qu'il paraît difficile de dissocier l'une de l'autre, sont très nettement suggestives. Le bien-fondé d'un allaitement à heures fixes ou du placement en pouponnière n'est pas prouvé. L'allaitement à la demande n'engendre pas une augmentation du risque d'inflammation du mamelon et le placement de l'enfant aux côtés de sa mère ne nuit pas nécessairement au repos de celle-ci, pas plus qu'il ne participe à accroître les infections croisées.

La Sixième Condition, relative à l'utilisation de suppléments et la Neuvième Condition qui aborde le sujet des tétines artificielles et des sucettes, sont de même étroitement liées. Bien que de nombreuses études aient montré qu'une relation tangible existait entre l'utilisation de suppléments, de tétines artificielles ou de sucettes et une interruption prématurée de l'allaitement, la démonstration d'un lien causal demeure difficile à établir, principalement parce que réaliser une réelle randomisation présente des difficultés. Toutefois, si l'utilisation de suppléments, de tétines et de sucettes agit en partie comme le révélateur des difficultés rencontrées par certaines mères à allaiter ou d'une perte de confiance, elle constitue aussi une indication sur la nécessité d'améliorer les connaissances et les compétences des agents de santé afin d'aider les mères plus efficacement. Sans une aide adéquate et un soutien soutenu, l'abandon de l'usage des suppléments sera difficilement envisageable.

La probabilité demeure d'une interférence entre l'utilisation de laits artificiels, de tétines et de sucettes avec le déroulement physiologique de l'allaitement, et il est probable aussi que la facilité avec laquelle les mères se les procurent et les utilisent ébranle la confiance de celles-ci. Il ne devrait pas être nécessaire d'utiliser des tétines et des sucettes en maternité, et les justifications sont nombreuses de ne pas accepter d'alimenter les enfants avec des suppléments, hormis lorsqu'une indication médicale incontournable l'indique et si tel est le cas, de les administrer à l'aide d'une tasse et non d'un biberon. Certaines études suggèrent que lorsque l'indication médicale est clairement établie, l'utilisation de suppléments est susceptible d'exercer une moindre interférence sur la mise en route de l'allaitement en comparaison d'une utilisation non motivée par une telle indication.

Deux autres points s'avèrent clairs à ce propos. Tout d'abord, la distribution promotionnelle de colis-cadeau contenant des échantillons de substituts du lait maternel agit défavorablement sur l'allaitement, et il n'est pas justifié d'en donner. Deuxièmement, cesser de donner des préparations pour nourrissons en maternité constitue l'une des interventions les plus rentables en matière de santé.

Restent les Conditions 1 et 2, relatives aux directives et à la formation, toutes deux nécessaires à l'application des Conditions suivantes. L'expérience montre que faute de directives strictes et d'une formation appropriée, il n'est pas possible de modifier les pratiques.

Avec l'introduction de l'Initiative pour des Hôpitaux Amis des Bébé, une vaste expérience, fondée sur différents types de formation, a été acquise. Bien que tous soient susceptibles d'engendrer des résultats, il importe d'émettre certaines observations. Dix huit heures de formation constituent un minimum absolu et plus de temps paraît nécessaire afin de parvenir à une amélioration réelle des compétences et à un changement d'attitude. La formation doit intégrer des aspects pratiques et cliniques importants et ne pas relever principalement d'explications et de cours théoriques. Il apparaît qu'une application clinique rigoureusement organisée possède une plus grande efficacité à modifier les attitudes liées à l'allaitement qu'un cours théorique.

En conclusion, le principe fondamental de l'Initiative pour des Hôpitaux Amis des Bébé, qui requiert de la part de toutes les maternités une application des Dix Conditions pour le Succès de l'Allaitement maternel, est fondé. Se limiter à une mise en pratique sélective de certaines Conditions seulement peut s'avérer inefficace et décourageant. Les taux d'allaitement exclusif augmenteront et se maintiendront avec d'autant plus d'efficacité dès lors que directives convenues et formation pratique adéquate des personnels tendront à l'application de la totalité des Dix Conditions dans un même temps, intégrant un soutien continu des mères au sein de la communauté ainsi que la limitation de l'utilisation de laits artificiels à des situations pour lesquelles une indication médicale est clairement définie.

Recommandations

1. Les preuves de l'efficacité des Dix Conditions pour le Succès de l'Allaitement maternel sont suffisamment nombreuses afin de justifier pleinement le développement de l'Initiative pour des Hôpitaux Amis des Bébé, dont le fondement réside sur celles-ci, au niveau de toutes les maternités. Il n'est plus acceptable d'envisager l'existence de maternités non amies des bébés.
2. Les « Dix Conditions » doivent être appliquées dans leur ensemble et ne peuvent être considérées efficaces dès lors que leur adoption est partielle ou isolée.
3. Les établissements de santé doivent développer des directives strictes, abordant l'intégralité des « Dix Conditions » et englobant la limitation d'une distribution gratuite d'échantillons de laits artificiels ainsi qu'une réglementation appropriée afin d'assurer son application et son contrôle.
4. La formation des agents de santé, en relation avec les « Dix Conditions », doit couvrir une durée adéquate et intégrer un aspect pratique important afin d'assurer l'amélioration des compétences cliniques et des techniques de conseil. La formation doit aussi comprendre l'évocation des attitudes des agents de santé à l'égard de l'allaitement et de l'utilisation de suppléments.
5. Des efforts renouvelés doivent être entrepris afin de renforcer les Conditions relatives à l'éducation, à l'assistance et au soutien des mères, préalablement à leur accouchement et par la suite, notamment après avoir quitté la maternité, dans la mesure où elles constituent manifestement les interventions les plus efficaces. Faute d'éducation, d'assistance et de soutien destinés aux mères, l'application des Conditions organisées, telle celle relative au placement de l'enfant auprès de sa mère, n'auront vraisemblablement qu'un effet limité. Toutes les mères devraient pouvoir bénéficier d'une assistance opportune et de soutien durant la période de l'allaitement.

BIBLIOGRAPHIE

- Alexander JM, Grant AM, Campbell MJ (1992) Randomised controlled trial of breast shells and Hoffman's exercises for inverted and non-protractile nipples. *British medical journal*, 304:1030-1032.
- Ali Z, Lowry M (1981) Early maternal-child contact: Effects on later behaviour. *Developmental medicine and child neurology*, 23:337-345.
- Altobelli L, Baiocchi-Ureta N, Larson E (1991) A controlled trial to extend the duration of exclusive breastfeeding among low income mothers in Lima, Peru. Final report (unpublished). The Johns Hopkins University (Baltimore), Cayetano Heredia University (Lima) and The Population Council (New York).
- Alvarado R et al (1996) Evaluation of a breastfeeding-support programme with health promoters' participation. *Food and nutrition bulletin*, 17(1):49-53.
- Ardran GM, Kemp FH, Lind J (1958a) A cineradiographic study of bottle feeding. *British journal of radiology*, 31:11-22.
- Ardran GM, Kemp FH, Lind J (1958b) A cineradiographic study of breast feeding. *British journal of radiology*, 31:156-162.
- Armstrong HC (1990) Breastfeeding promotion: training of mid-level and outreach health workers. *International journal of gynecology and obstetrics*, 31 (Suppl. 1):91-103.
- Ashraf RN et al (1991) Breast feeding and protection against neonatal sepsis in a high risk population. *Archives of disease in childhood*, 66:488-490.
- Avoa A, Fischer PR (1990) The influence of perinatal instruction about breast-feeding on neonatal weight loss. *Pediatrics*, 86(2):313-315.
- Baranowski T et al (1983) Social support, social influence, ethnicity and the breastfeeding decision. *Social science and medicine*, 17(21):1599-1611.
- Barros FC et al (1995a) Use of pacifiers is associated with decreased breast-feeding duration. *Pediatrics*, 95(4):497-499.
- Barros FC et al (1995b) The impact of lactation centres on breastfeeding patterns, morbidity and growth: a birth cohort study. *Acta paediatrica*, 84:1221-1226.
- Bathija CG, Anand RK (1987) Effect of perinatal motivation on breastfeeding in educated mothers. *Indian pediatrics*, 24:933-937.
- Becker GE (1992) Breastfeeding knowledge of hospital staff in rural maternity units in Ireland. *Journal of human lactation*, 8(3):137-142.
- Bergevin Y, Dougherty C, Kramer MS (1983) Do infant formula samples shorten the duration of breast-feeding? *Lancet*, I(8334):1148-1151.
- Bliss MC et al (1997) The effect of discharge pack formula and breast pumps on breastfeeding duration and choice of infant feeding method. *Birth*, 24:90-97.
- Blomquist HK et al (1994) Supplementary feeding in the maternity ward shortens the duration of breast-feeding. *Acta paediatrica*, 83:1122-1126.
- Bloom K et al (1982) II. Factors affecting the continuance of breast feeding. *Acta paediatrica Scandinavica*, Suppl 300:9-14.
- Blum D, Feachem RG (1983) Measuring the impact of water supply and sanitation investments on diarrhoeal diseases: problems of methodology. *International journal of epidemiology*, 12(3):357-365.
- Bradley JE, Meme J (1992) Breastfeeding promotion in Kenya: changes in health worker knowledge, attitudes and practices, 1982-89. *Journal of tropical pediatrics*, 38:228-234.
- Bryant CA (1982) The impact of kin, friend and neighbor networks on infant feeding practices. *Social science and medicine*, 16:1757-1765.
- Buranasin B (1991) The effects of rooming-in on the success of breastfeeding and the decline in abandonment of children. *Asia-Pacific journal of public health*, 5(3):217-220.
- Burkhalter BR, Marin PS (1991) A demonstration of increased exclusive breastfeeding in Chile. *International journal of gynecology and obstetrics*, 34:353-359.
- Christensson K et al (1992) Temperature, metabolic adaptation and crying in healthy full-term newborns cared for skin-to-skin or in a cot. *Acta paediatrica*, 81:488-493.
- Christensson K et al (1995) Separation distress call in the human neonate in the absence of maternal body contact. *Acta paediatrica*, 84:468-473.
- Chua S et al (1994) Influence of breastfeeding and nipple stimulation on postpartum uterine activity. *British journal of obstetrics and gynaecology*, 101:804-805.
- Chung-Hey C (1993) Effects of home visits and telephone contacts on breastfeeding compliance in Taiwan. *Maternal-child nursing journal*, 21(3): 82-90.
- Clements MS et al (1997) Influences on breastfeeding in southeast England. *Acta paediatrica*, 86:51-56.

- Cracking the Code. Monitoring the International Code of Breast-milk Substitutes. Country profiles.* London, The Interagency Group on Breastfeeding Monitoring, 1997.
- Le Conseil en Allaitement : Cours de formation.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1993 (documents OMS non publiés WHO/CDR/93.3-6) et New York, UNICEF, 1993 (documents UNICEF non publiés UNICEF/NUT/93.1-4).
- Cronenwett L et al (1992) Single daily bottle use in the early weeks postpartum and breast-feeding outcomes. *Pediatrics*, 90(5):760-766.
- Cunningham WE, Segree W (1990) Breast feeding promotion in an urban and a rural Jamaican hospital. *Social science and medicine*, 30(3):341-348.
- Davies-Adetugbo AA (1996) Promotion of breast feeding in the community: impact of health education programme in rural communities in Nigeria. *Journal of diarrhoeal disease research*, 14(1):5-11.
- Davies-Adetugbo AA (1997) Sociocultural factors and the promotion of exclusive breastfeeding in rural Yoruba communities of Osun State, Nigeria. *Social science and medicine*, 45 (1):113-125.
- de Carvalho M, Hall M, Harvey D (1981) Effects of water supplementation on physiological jaundice in breast-fed babies. *Archives of disease in childhood*, 56(7):568-569.
- de Carvalho M et al (1982a) Milk intake and frequency of feeding in breast fed infants. *Early human development*, 7:155-163
- de Carvalho M, Klaus MH, Merkatz RB (1982b) Frequency of breast-feeding and serum bilirubin concentration. *American journal of diseases of children*, 136:737-738.
- de Carvalho M et al (1983) Effect of frequent breast-feeding on early milk production and infant weight gain. *Pediatrics*, 72(3):307-311.
- de Carvalho M, Robertson S, Klaus MH (1984) Does the duration and frequency of early breastfeeding affect nipple pain? *Birth*, 11:81-84.
- de Carvalho M et al (1985) Frequency of milk expression and milk production by mothers of nonnursing premature neonates. *American journal of diseases of children*, 139:483-485.
- de Château P, Wiberg B (1977a) Long-term effect on mother-infant behaviour of extra contact during the first hour post partum: II. A follow-up at three months. *Acta paediatrica Scandinavica*, 66:145-151.
- de Château P et al (1977b) A study of factors promoting and inhibiting lactation. *Developmental medicine and child neurology*, 19:575-584.
- de Zoysa I, Rea M, Martines J (1991) Why promote breastfeeding in diarrhoeal disease control programmes? *Health policy and planning*, 6(4):371-379.
- Diaz S et al (1995) Breast-feeding duration and growth of fully breast-fed infants in a poor urban Chilean population. *American journal of clinical nutrition*, 62: 371-376.
- Dix DN (1991) Why women decide not to breastfeed. *Birth*, 18:222-225.
- Drane D (1996) The effect of use of dummies and teats on orofacial development. *Breastfeeding review*, 4(2):59-64.
- Dungy C et al (1992) Effect of discharge samples on duration of breast-feeding. *Pediatrics*, 90(2):233-237.
- Dungy C et al (1997) Hospital infant formula discharge packages. Do they affect the duration of breast-feeding?. *Archives of pediatric and adolescent medicine*, 151:724-729.
- Elander G, Lindberg T (1984) Short mother-infant separation during first week of life influences the duration of breastfeeding. *Acta paediatrica Scandinavica*, 73:237-240.
- Elander G, Lindberg T (1986) Hospital routines in infants with hyperbilirubinemia influence the duration of breastfeeding. *Acta paediatrica Scandinavica*, 75:708-712.
- Entwisle DR, Doering SG, Reilly TW (1982) Sociopsychological determinants of women's breast-feeding behavior: A replication and extension. *American journal of orthopsychiatry*, 52(2):244-260.
- Eregie CO (1997) Impact of the Baby Friendly Hospital Initiative: An observation from an African population. *International child health*, VIII(4):7-9.
- Evans CJ, Lyons NB, Killien MG (1986) The effect of infant formula samples on breastfeeding practice. *Journal of obstetrics, gynecology and neonatal nursing*, Sept/Oct:401-405.
- Feinstein JM et al (1986) Factors related to early termination of breast-feeding in an urban population. *Pediatrics*, 78(2):210-215.
- Fisher C The puerperium and breastfeeding. In: Marsh GN, ed. *Modern obstetrics in general practice*. Oxford, Oxford University Press, 1985: 325-348.
- Fisher C, Inch S (1996) Nipple confusion - who is confused? *Journal of pediatrics*, 129(1):174.
- Fishman C, Evans R, Jenks E (1988) Warm bodies, cool milk: Conflicts in post partum food choice for Indochinese women in California. *Social science and medicine*, 26(11):1125-1132.
- Forman MR. (1984) Review of research on the factors associated with choice and duration of infant feeding in less-developed countries. *Pediatrics*, 74(4), Supplement:667-694.

- Frank DA et al (1987) Commercial discharge packs and breast-feeding counseling: Effects on infant-feeding practices in a randomized trial. *Pediatrics*, 80(6):845-854.
- Freed G Fraley JK, Schanler RJ (1992) Attitudes of expectant fathers regarding breast-feeding. *Pediatrics*, 90(2):224-227.
- Freed G Fraley JK, Schanler RJ (1993) Accuracy of expectant mothers' predictions of fathers' attitudes regarding breast-feeding. *Journal of family practice*, 37(2):148-152.
- Fukumoto M, Creed-Kanashiro H (1994) Congratulations to the mothers. *Dialogue on diarrhoea*, 59:4.
- Garforth S, Garcia J (1989) Breast feeding policies in practice - "No wonder they get confused". *Midwifery*, 5:75-83.
- Giugliani ERJ et al (1994) Effect of breastfeeding support from different sources on mother's decisions to breastfeed. *Journal of human lactation*, 10(3):157-161.
- Glover J, Sandilands M (1990) Supplementation of breastfeeding infants and weight loss in hospital. *Journal of human lactation*, 6(4):163-166.
- Gökçay G et al (1997) Ten steps for successful breast-feeding: assessment of hospital performance, its determinants and planning for improvement. *Child: care, health and development*, 23(2):187-200.
- Gonzales RB (1990) A large scale rooming-in program in a developing country: the Dr. Jose Fabella Memorial Hospital experience. *International journal of gynecology and obstetrics*, 31(Supplement 1):31-34.
- Graffy JP (1992) Mothers' attitudes to and experience of breast feeding: a primary care study. *British journal of general practice*, 42:61-64.
- Gray-Donald K et al (1985) Effect of formula supplementation in the hospital on the duration of breast-feeding: a controlled clinical trial. *Pediatrics*, 75(3):514-518.
- Grossman LK, Harter C, Kay A (1987) Postpartum lactation counseling for low-income women. *American journal of diseases of children*, 141(4):375.
- Grossman LK et al (1990) The effect of postpartum lactation counseling on the duration of breast-feeding in low-income women. *American journal of diseases of children*, 144:471-474.
- Guthrie GM et al (1985) Infant formula samples and breast feeding among Philippine urban poor. *Social science and medicine*, 20(7):713-717.
- Haider R et al (1996) Breast-feeding counselling in a diarrhoeal disease hospital. *Bulletin of the World Health Organization*, 74(2):173-179.
- Hall JM (1978) Influencing breastfeeding success. *Journal of obstetrics, gynecology and neonatal nursing*, Nov-Dec:28-32.
- Hally MR et al (1984) Factors influencing the feeding of first-born infants. *Acta paediatrica Scandinavica*, 73(1):33-39.
- Hardy EE et al (1982) Breastfeeding promotion: Effect of an educational program in Brazil. *Studies in family planning*, 13(3):79-86.
- Hartmann PE et al (1996) Breast development and control of milk synthesis. *Food and nutrition bulletin*, 17(4):292-302.
- Heiberg Endresen E, Helsing E (1995) Changes in breastfeeding practices in Norwegian maternity wards: national surveys 1973, 1982 and 1991. *Acta paediatrica*, 84:719-724.
- Hofmeyr GJ et al (1991) Companionship to modify the clinical birth environment: effects on progress and perceptions of labour, and breastfeeding. *British journal of obstetrics and gynaecology*, 98(8):756-764.
- Hopkinson JM, Schanler RJ, Garza C (1988) Milk production by mothers of premature infants. *Pediatrics*, 81(6):815-820.
- Horton S et al (1996) Breastfeeding promotion and priority setting in health. *Health policy and planning*, 11(2):156-168.
- Høst A (1991) Importance of the first meal on the development of cow's milk allergy and intolerance. *Allergy proceedings*, 12(4):227-232.
- Houston MJ et al (1981) Do breast feeding mothers get the home support they need? *Health bulletin*, 39(3):166-172.
- Howie PW et al (1981) How long should a breast feed last? *Early human development*, 5:71-77.
- Howie PW et al (1990) Protective effect of breast feeding against infection. *British medical journal*, 300:11-16.
- Huffman SL (1984) Determinants of breastfeeding in developing countries: Overview and policy implications. *Studies in family planning*, 15(4):170-182.
- Iker CE, Mogan J (1992) Supplementation of breastfed infants: Does continuing education for nurses make a difference? *Journal of human lactation*, 8(3):131-135.
- Illingworth RS, Stone DGH (1952) Self-demand feeding in a maternity unit. *Lancet*, I(6710):683-687.

- Inch S, Garforth S. Establishing and maintaining breastfeeding. In: Chalmers I, Enkin MW, Kierse M, eds. *Effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford, Oxford University Press, 1989:1359-1374.
- Inoue N, Sakashita R, Kamegai T (1995) Reduction of masseter muscle activity in bottle-fed babies. *Early human development*, 42:185-193.
- Jackson EB, Wilkin LC, Auerbach H (1956) Statistical report on incidence and duration of breast feeding in relation to personal-social and hospital maternity factors. *Pediatrics*, 17(5):700-715.
- Jamieson L (1994) Getting it together. *Nursing times*, 90(17):68-69.
- Janke JR (1988) Breastfeeding duration following cesarean and vaginal births. *Journal of nurse-midwifery*, 33(4):159-164.
- Janovsky K, Cassels A. Health policy and systems research: Issues, methods, priorities. In: Janovsky K., ed. *Health policy and systems development. An agenda for research*. Geneva, World Health Organization, 1996:11-23 (unpublished document WHO/SHS/NHP/96.1).
- Jenner S (1988) The influence of additional information, advice and support on the success of breast feeding in working class primiparas. *Child: care, health and development*, 14:319-328.
- Jones DA, West RR (1986) Effect of a lactation nurse on the success of breast-feeding: a randomised controlled trial. *Journal of epidemiology and community health*, 40:45-49.
- Jones E (1994) Breastfeeding in the preterm infant. *Modern midwife*, 4(1):22-26.
- Kaplowitz DD, Olson CM (1983) The effect of an education program on the decision to breastfeed. *Journal of nutrition education*, 15(2):61-65.
- Kearney M, Cronenwett LR, Reinhardt R (1990) Cesarean delivery and breastfeeding outcomes. *Birth*, 17:97-103.
- Keefe MR (1987) Comparison of neonatal nighttime sleep-wake patterns in nursery versus rooming-in environments. *Nursing research*, 36(3):140-144.
- Keefe MR (1988) The impact of infant rooming-in on maternal sleep at night. *Journal of obstetrics, gynecology and neonatal nursing*, March-April:122-126.
- Kistin N et al (1990) Breast-feeding rates among black urban low-income women: effect of prenatal education. *Pediatrics*, 86(5):741-746.
- Kistin N et al (1994) Effect of peer counselors on breastfeeding initiation, exclusivity, and duration among low-income urban women. *Journal of human lactation*, 10(1):11-15.
- Klaus MH (1987) The frequency of suckling. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 14(3):623-633.
- Koktürk T, Zetterström R (1989) The promotion of breastfeeding and maternal attitudes. *Acta paediatrica Scandinavica*, 78:817-823.
- Kurini N et al (1984) Predicting duration of breastfeeding in a group of urban primiparae. *Ecology of food and nutrition*, 15:281-291.
- Kurini N, Shiono PH (1991) Early formula supplementation of breast-feeding. *Pediatrics*, 88(4):745-750.
- Labbok MH, Hendershot GE (1987) Does breastfeeding protect against malocclusion? An analysis of the 1981 Child Health Supplement to the National Health Interview Survey. *American journal of preventive medicine*, 3(4):227-232.
- Labbok MH, Simon SR (1988) A community study of a decade of in-hospital breast-feeding: implications for breast-feeding promotion. *American journal of preventive medicine*, 4(2):62-66.
- Lang S, Lawrence CJ, Orme RL'E (1994) Cup feeding: an alternative method of infant feeding. *Archives of disease in childhood*, 71:365-369.
- Lawrence RA (1982) Practices and attitudes toward breast-feeding among medical professionals. *Pediatrics*, 70(6):912-920.
- Lazzaro E, Anderson J, Auld G (1995) Medical professionals' attitudes towards breastfeeding. *Journal of human lactation*, 11(2):97-101.
- Leefsma M, Habatsky T. The influence of hospital routine on successful breastfeeding. In: Freier S, Eidelman AL, eds. *International Symposium on Breastfeeding. Human milk – It's biological and social value*. Amsterdam, Excerpta Medica, 1980:309-313.
- Leite A, Puccini R, Atallah A, Cunha A, Machado M, Capiberibe A, Rodrigues R. Impact on breastfeeding practices promoted by lay counselors: a randomized and controlled clinical trial. In: Feinstein AR, Vandenbrouke JP, eds. *Abstracts of the Inclen 15th global meeting of the International Clinical Epidemiology Network*. Querétaro, Mexico, Journal of Clinical Epidemiology, 1998, 51(supplement 1):10S.
- Levitt C et al (1996) Breast-feeding policies and practices in Canadian hospitals providing maternity care. *Canadian Medical Association Journal*, 155(2):181-188.
- Lizarraga JL et al (1992) Psychosocial and economic factors associated with infant feeding intentions of adolescent mothers. *Journal of adolescent health*, 13:676-681.

- Long DG et al (1995) Peer counselor program increases breastfeeding rates in Utah native American WIC population. *Journal of human lactation*, 11(4):279-284.
- Long L (1995) Breastfeeding workshops: a focus on knowledge, skills and attitudes. *British journal of midwifery*, 3(10):540-544.
- Lundgren R et al (1992) The promotion of breastfeeding and birth spacing in rural areas. Final technical report (unpublished document). Asociacion Hondureña de Lactancia Materna (AHLACMA) and the Population Council.
- Lutter CK et al (1997) The effectiveness of a hospital-based program to promote exclusive breast-feeding among low-income women in Brazil. *American journal of public health*, 87(4):659-663.
- McBryde A, Durham NC (1951) Compulsory rooming-in on the ward and private newborn service at Duke hospital. *Journal of the American Medical Association*, 145(9):625-628.
- McDivitt JA et al (1993) The impact of the healthcom mass media campaign on timely initiation of breastfeeding in Jordan. *Studies in family planning*, 24(5):295-309.
- McKenna JJ, Mosko SS, Richard CA (1997) Bedsharing promotes breastfeeding. *Pediatrics*, 100(2):214-219.
- McLorg PA, Bryant CA (1989) Influence of social network members and health care professionals on infant feeding practices of economically disadvantaged mothers. *Medical anthropology*, 10:265-278.
- MAIN Trial Collaborative Group (1994) Preparing for breastfeeding: treatment of inverted and non-protractile nipples in pregnancy. *Midwifery*, 10:200-214.
- Manning DJ, Coughlin RP, Poskitt EME (1985) Candida in mouth or dummy? *Archives of disease in childhood*, 60:381-382.
- Mapata S, Djauhariah AM, Dasril D (1988) A study comparing rooming-in with separate nursing. *Paediatrica Indonesiana*, 28:116-123.
- Margen S et al. *Infant feeding in Mexico. A study of health facility and mothers' practices in three regions*. Nestlé Infant Formula Audit Commission. California, PRINTEAM, 1991.
- Martin-Calama J et al (1997) The effect of feeding glucose water to breastfeeding newborns on weight, body temperature, blood glucose, and breastfeeding duration. *Journal of human lactation*, 13(3):209-213.
- Martines JC, Ashworth A, Kirkwood B (1989) Breast-feeding among the urban poor in southern Brazil: reasons for termination in the first 6 months of life. *Bulletin of the World Health Organization*, 67(2):151-161.
- Mathew OP, Bhatia J (1989) Sucking and breathing patterns during breast- and bottle-feeding in term neonates. *American journal of diseases of children*, 143:588-592.
- Matick JR, Sims LS (1992) A comparison of social support variables between women who intend to breast or bottle feed. *Social science and medicine*, 34(8):919-927.
- Maza ,IC et al (1997) *Sustainability of a Community-Based Mother-to-Mother Support Project in the Peri-Urban Areas of Guatemala City. A La Leche League Study*. Published for La Leche League International and the U.S. Agency for International Development by the Basic Support for Institutionalizing Child Survival (BASICS) Project. Arlington, Va.
- Meara H (1976) La Leche League in the United States: A key to successful breast-feeding in a non-supportive culture. *Journal of nurse-midwifery*, 21(1):20-26.
- Meier P (1988) Bottle- and breast-feeding: effects on transcutaneous oxygen pressure and temperature in preterm infants. *Nursing research*, 37(1):36-41
- Meier P (1994) Breast feeding the premature baby: a research review. *News brief*, 9(1):2-5.
- Milnes AR (1996) Description and epidemiology of nursing caries. *Journal of public health dentistry*, 56(1):38-50.
- Mohrbacher N, Stock J. *The breastfeeding answer book*, Franklin, Illinois, La Leche League International, 1991.
- Mongeon M et al (1995) Essai controlé d'un soutien téléphonique régulier donné par une bénévole sur le déroulement et l'issue de l'allaitement. *Canadian journal of public health*, 86(2):124-127.
- Morrow AL et al The effectiveness of home-based counseling to promote exclusive breastfeeding among Mexican mothers. In: *Exclusive breastfeeding promotion: a summary of findings from EPB's applied research program (1992-1996)*. Wellstart International's Expanded Promotion of Breastfeeding (EPB) Program (unpublished document).
- Morse JM, Jehle C, Gamble D (1992) Initiating breastfeeding: a world survey of the timing of postpartum breastfeeding. *Breastfeeding review*, May:210-216.
- Musoke RN (1990) Breastfeeding promotion: feeding the low birth weight infant. *International journal of gynecology and obstetrics*, 31 (Suppl. 1):57-59.

- Neifert M et al (1988) Factors influencing breast-feeding among adolescents. *Journal of adolescent health care*, 9:470-473.
- Neifert M, Lawrence R, Seacat J (1995) Nipple confusion: toward a formal definition. *Journal of pediatrics*, 126:S125-129.
- Neyzi O et al (1991a) An educational intervention on promotion of breast-feeding. *Pediatric and perinatal epidemiology*, 5:286-298.
- Neyzi O et al (1991b) An educational intervention on promotion of breast-feeding complemented by continuing support. *Pediatric and perinatal epidemiology*, 5:299-303.
- Nicoll A, Ginsburg R, Tripp JH (1982) Supplementary feeding and jaundice in newborns. *Acta paediatrica Scandinavica*, 71:759-761.
- Niemelä M, Uhari M, Möttönen M (1995) A pacifier increases the risk of recurrent acute otitis media in children in day care centers. *Pediatrics*, 96(5):884-888.
- Nissen E et al (1995) Effects of maternal pethidine on infants' developing breast feeding behaviour. *Acta paediatrica*, 84:140-145.
- Nissen E et al (1996) Different patterns of oxytocin, prolactin but not cortisol release during breastfeeding in women delivered by Caesarean section or by the vaginal route. *Early human development*, 45:103-118.
- Nissen E et al (1997) Effects of routinely given pethidine during labour on infants' developing breastfeeding behaviour. Effects of dose-delivery time interval and various concentrations of pethidine/norpethidine in cord plasma. *Acta paediatrica*, 86:201-208.
- Norr KF, Roberts JE, Freese U (1989) Early post-partum rooming-in and maternal attachment behaviors in a group of medically indigent primiparas. *Journal of nurse-midwifery*, 34(2):85-91.
- Nowak AJ, Smith WL, Erenberg A (1994) Imaging evaluation of artificial nipples during bottle feeding. *Archives of pediatrics and adolescent medicine*, 148:40-42.
- Nylander G et al (1991) Unsupplemented breastfeeding in the maternity ward. Positive long-term effects. *Acta obstetrica gynecologica Scandinavica*, 70:205-209.
- Nyqvist KH, Ewald U (1997) Successful breast feeding in spite of early mother-baby separation for neonatal care. *Midwifery*, 13:24-31.
- O'Connor S et al (1980) Reduced incidence of parenting inadequacy following rooming-in. *Pediatrics*, 66(2):176-182.
- Perez-Escamilla R et al (1992) Effect of the maternity ward system on the lactation success of low-income urban Mexican women. *Early human development*, 31:25-40.
- Perez-Escamilla R et al (1993) Determinants of lactation performance across time in an urban population from Mexico. *Social science and medicine*, 37(8):1069-1078.
- Perez-Escamilla R et al (1994) Infant feeding policies in maternity wards and their effect on breast-feeding success: an analytical overview. *American journal of public health*, 84(1):89-97.
- Perez-Escamilla R, Maulén-Radovan I, Dewey KG (1996) The association between cesarean delivery and breast-feeding outcomes among Mexican women. *American journal of public health*, 86(6):832-836.
- Perez-Escamilla R et al (1996) Prelacteal feeds are negatively associated with breast-feeding outcomes in Honduras. *Journal of nutrition*, 126:2765-2773.
- Pichapat V et al (1992) An intervention model for breast feeding in Maharat Nakhon Ratchasima hospital. *Southeast Asean journal of tropical medicine and public health*, 23(3):439-443.
- Popkin BM et al (1983) Breast-feeding determinants in low-income countries. *Medical anthropology*, 7(1):1-31.
- Popkin BM, Yamamoto ME, Griffin CC (1985) Breast-feeding in the Philippines: the role of the health sector. *Journal of biosocial science*, Supplement 9:99-125.
- Popkin BM et al (1991) An evaluation of a national breast-feeding promotion programme in Honduras. *Journal of biosocial science*, 23:5-21.
- Powers NG, Naylor AJ, Wester RA (1994) Hospital policies: Crucial to breastfeeding success. *Seminars in perinatology*, 18(6):517-524.
- Procianoy RS et al (1983) The influence of rooming-in on breastfeeding. *Journal of tropical pediatrics*, 29:112-114.
- Promoting breast-feeding in health facilities. A short course for administrators and policy-makers.* Geneva, World Health Organization and Wellstart International, 1996 (unpublished document WHO/NUT/96.3).
- Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel : Le rôle spécial des services liés à la maternité.* Déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1989.

- Pugin E et al (1996) Does prenatal breastfeeding skills group education increase the effectiveness of a comprehensive breastfeeding promotion program? *Journal of human lactation*, 12(1):15-19.
- Rajan L (1993) The contribution of professional support, information and consistent correct advice to successful breast feeding. *Midwifery*, 9:197-209.
- Rajan L (1994) The impact of obstetric procedures and analgesia/anaesthesia during labour and delivery on breast feeding. *Midwifery*, 10:87-103.
- Rea MF, Venancio SI (1998) Manejo clínico e aconselhamento em amamentação: avaliação de um treinamento. *Jornal de pediatria*.(submitted).
- Règles mondiales pour l'Initiative OMS/UNICEF des Hôpitaux Amis des Bébés*. Dans : Initiative pour des Hôpitaux Amis des Bébés. Partie II. Application de la politique d'allaitement maternel au niveau de l'hôpital. OMS/UNICEF, 1992.
- Reiff MI, Essock-Vitale SM (1985) Hospital influences on early infant-feeding practices. *Pediatrics*, 76:872-879.
- Relucio-Clavano N (1981) The results of a change in hospital practices. A paediatrician's campaign for breastfeeding in the Philippines. *Assignment children*, 55/56:139-165.
- Righard L, Alade MO (1990) Effect of delivery room routines on success of first breast-feed. *Lancet*, 336(8723):1105-1107.
- Righard L, Alade MO (1992) Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. *Birth*, 19:185-189.
- Righard L, Alade MO (1997) Breastfeeding and the use of pacifiers. *Birth*, 24:116-120.
- Riordan J. *A practical guide to breastfeeding*, Boston, Jones & Bartlett, 1991.
- Rosenblatt JS (1994) Psychobiology of maternal behaviour: contribution to clinical understanding of maternal behaviour among humans. *Acta paediatrica supplement*, 397:3-8.
- Rush J, Chalmers I, Enkin M. Care of the new mother and baby. In: Chalmers I, Enkin MW, Kierse M, eds. *Effective care in pregnancy and childbirth*. Oxford, 1989:1333-1346.
- Saadeh R, Akré J (1996) Ten steps to successful breastfeeding: A summary of the rationale and scientific evidence. *Birth*, 23:154-160.
- Salariya EM, Easton PM, Cater JI (1978) Duration of breast-feeding after early initiation and frequent feeding. *Lancet*, II(8100):1141-1143.
- Saner G et al (1985) Promotion of breastfeeding in the postpartum mother. *Turkish journal of pediatrics*, 27(2):63-68.
- Sanghvi TG. Improving the cost-effectiveness of breastfeeding promotion in maternity services. Summary of the USAID/LAC HNS study in Latin America (1992-1995). (Unpublished document; available on request from WELLSTART, 3333 K Street NW, Washington, DC 20007 USA. Telephone (202) 298-7979.)
- Saunders S, Carroll J (1988) Post-partum breastfeeding support: Impact on duration. *Journal of the American Dietetic Association*, 88(2):213-215.
- Schubiger G, Schwarz U, Tönz O (1997) UNICEF/WHO baby-friendly hospital initiative: does the use of bottles and pacifiers in the neonatal nursery prevent successful breastfeeding? *European journal of pediatrics*, 156:874-877.
- Simopoulos AP, Grave GD (1984) Factors associated with the choice and duration of infant-feeding practice. *Pediatrics*, 74(4) Supplement:603-614.
- Sio JO et al (1987) Oral candida: is dummy carriage the culprit? *Archives of disease in childhood*, 62:406-420.
- Slaven S, Harvey D (1981) Unlimited suckling time improves breast feeding. *Lancet*, I(8216):392-393.
- Sloper K, McKean L, Baum JD (1975) Factors influencing breast feeding. *Archives of disease in childhood*, 50:165-170.
- Snell BJ et al (1992) The association of formula samples given at hospital discharge with the early duration of breastfeeding. *Journal of human lactation*, 8(2):67-72.
- Sosa R et al. The effect of early mother-infant contact on breast feeding, infection and growth. In: *Ciba Foundation Symposium No. 45 (new series): Breastfeeding and the mother*. Amsterdam, the Netherlands, Elsevier Publishing Co., 1976:179-193.
- Stokamer CL (1990) Breastfeeding promotion efforts: why some do not work. *International journal of gynecology and obstetrics*, 31(Suppl 1):61-65.
- Strachan-Lindenberg C, Cabrera-Artola R, Jimenez V (1990) The effect of early post-partum mother-infant contact and breastfeeding promotion on the incidence and continuation of breast-feeding. *International journal of nursing studies*, 27(3):179-186.
- Suradi R (1988) Rooming-in for babies born by caesarean section in Dr. Cipto Mangunkusumo General Hospital Jakarta. *Paediatrica Indonesiana*, 28:124-132.

- Taylor A (1998) Monitoring the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes: an epidemiological study in four countries. *British medical journal*, 316: 1117-1122.
- Taylor PM et al (1985) II. Extra early mother-infant contact and duration of breast-feeding. *Acta paediatrica Scandinavica*, Suppl 316:15-22.
- Taylor PM, Maloni JA, Brown DR (1986) Early suckling and prolonged breastfeeding. *American journal of diseases of children*, 140:151-154.
- Thomson ME, Hartsock TG, Larson C (1979) The importance of immediate postnatal contact: its effect on breastfeeding. *Canadian family physician*, 25:1374-1378.
- Tully SB, Bar-Haim Y, Bradley RL (1995) Abnormal tympanography after supine bottle feeding. *Journal of pediatrics*, 126:S105-S111.
- Valdes V et al (1993) The impact of a hospital and clinic-based breastfeeding promotion programme in a middle class urban environment. *Journal of tropical pediatrics*, 39:142-151.
- Valdes V et al (1995) The effects on professional practices of a three-day course on breastfeeding. *Journal of human lactation*, 11(3):185-190.
- Verronen P et al (1980) Promotion of breast feeding: effect on neonates of change of feeding routine at a maternity unit. *Acta paediatrica Scandinavica*, 69:279-282.
- Victora CG et al (1987) Evidence for the protection by breast-feeding against infant deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet*, II(8554):319-322.
- Victora CG et al (1990) Caesarean section and duration of breast feeding among Brazilians. *Archives of disease in childhood*, 65:632-634.
- Victora CG et al (1993) Use of pacifiers and breastfeeding duration. *Lancet*, 341(8842):404-406.
- Victora CG et al (1997) Pacifier-use and short breastfeeding duration: cause, consequence or coincidence? *Pediatrics*, 99(3):445-453.
- Waldenstrom U, Swenson A (1991) Rooming-in at night in the portpartum ward. *Midwifery*, 7:82-89.
- Waldenström U, Nilsson C-A (1994) No effect of birth centre care on either duration or experience of breast feeding, but more complications: findings from a randomised controlled trial. *Midwifery*, 10:8-17.
- Westin JB (1990) Ingestion of carcinogenic N-nitrosamines by infants and children. *Archives of environmental health*, 45(6):359-363.
- Westphal MF et al (1995) Breast-feeding training for health professionals and resultant institutional changes. *Bulletin of the World Health Organization*, 73(4):461-468.
- Widstrom A-M et al (1987) Gastric suction in healthy newborn infants. *Acta paediatrica Scandinavica*, 76:566-572.
- Widstrom A-M et al (1990) Short-term effects of early suckling and touch of the nipple on maternal behaviour. *Early human development*, 21:153-163.
- Widstrom A-M, Thingström-Paulsson J (1993) The position of the tongue during rooting reflexes elicited in newborn infants before the first suckle. *Acta paediatrica*, 82:281-283.
- Wilde CJ, Prentice A, Peaker M (1995) Breast-feeding: matching supply with demand in human lactation. *Proceedings of the Nutrition Society*, 54: 401-406.
- Wiles L (1984) The effect of prenatal breastfeeding education on breastfeeding success and maternal perception of the infant. *Journal of obstetrics, gynecology and neonatal nursing*, July/Aug:253-257.
- Williams AF (1997) Hypoglycaemia of the newborn: a review ; (résumé en français : Hypoglycémie du nouveau-né). *Bulletin of the World Health Organization*, 75(3):261-290.
- Williamson IG, Dunleavy J, Robinson D (1994) Risk factors in otitis media with effusion. A 1 year case control study in 5-7 year old children. *Family practice*, 11(3):271-274.
- Wilmoth TA, Elder JP (1995) An assessment of research on breastfeeding promotion strategies in developing countries. *Social science and medicine*, 41(4):579-594.
- Winikoff B et al (1986) Dynamics of infant feeding: Mothers, professionals, and the institutional context in a large urban hospital. *Pediatrics*, 77(3):357-365.
- Winikoff B et al (1987) Overcoming obstacles to breast-feeding in a large municipal hospital: Applications of lessons learned. *Pediatrics*, 80(3):423-433.
- Woolridge M (1986a) The 'anatomy' of infant sucking. *Midwifery*, 2(4):164-171.
- Woolridge MW (1986b) Aetiology of sore nipples. *Midwifery*, 2(4):172-176.
- Woolridge MW, Baum JD (1993) Recent advances in breast feeding. *Acta paediatrica Japonica*, 35:1-12.
- Woolridge MW (1996) Problems of establishing lactation. *Food and nutrition bulletin*, 17(4):316-323.
- Wright A, Rice S, Wells S (1996) Changing hospital practices to increase the duration of breastfeeding. *Pediatrics*, 97(5):669-675.
- Yamauchi Y, Yamanouchi I (1990a) Breast-feeding frequency during the first 24 hours after birth in full-term neonates. *Pediatrics*, 86(2):171-175.

Yamauchi Y, Yamanouchi I (1990b) The relationship between rooming-in/not rooming-in and breast-feeding variables. *Acta paediatrica Scandinavica*, 79:1017-1022.

ABREVIATIONS

OR:	Rapport de probabilité « <i>Odds ratio</i> »
RR:	Risque relatif
CI:	Intervalle de confiance

LISTE DES LIMITATIONS METHODOLOGIQUES

1. Contrôle inadéquat : inexistence de données de base, différences entre groupes ignorées au moment de l'analyse.
2. Variables aléatoires non contrôlées.
3. Libre choix de participer ou non.
4. Taux de désaffection supérieur à 10 % répartis inégalement.
5. Validité interne non déterminée : taux de désaffection non répertorié, méthodes utilisées peu documentées ou inexistence de tout compte-rendu.
6. Analyse limitée à deux entités.
7. Longue période de rappel.
8. Définition floue des termes indicateurs en matière d'allaitement.
9. Etudes fondées sur les intentions exprimées en matière d'allaitement et non sur les pratiques réelles.