



Conseil scientifique de la CoFAM



Promotion de l'allaitement maternel pendant la grossesse, à l'accouchement et pendant le séjour à la maternité

Rédaction Avril 2019

Membres du CS (ordre alphabétique) : Bernard BRANGER, pilote et rédacteur du CS (Pédiatre, épidémiologiste) branger44@gmail.com, Hélène CLESSE (Sage-femme, CH SECLIN, consultante en lactation certifiée IBCLC), Marie COURDENT (Consultante en lactation IBCLC, animatrice LLL, puéricultrice), Marie-Agnès DELESCLUSE (sage-femme, consultante en lactation certifiée IBCLC), Fabienne HAMIDI (Consultante en lactation IBCLC, puéricultrice), Danielle DURET (Consultante nutritionniste et sociologue de l'alimentation), Sarah LEDON (médecin cardiologue, présidente CoFAM), Dominique LEYRONNAS (Pédiatre, Antony), Frédéric ROUSSEL (Pharmacien, PHAAM), Aurélie SERRY (Ex-Présidente CoFAM, Consultante en lactation certifiée IBCLC), Juanita Jauer STEICHEN (consultante en lactation certifiée IBCLC), Anne TESSIER (Pédiatre, Consultante en lactation certifiée IBCLC).

Remerciements à F. RAILHET et C. DIDIERJEAN pour leur aide précieuse, ainsi qu'à Julie BOUDET, Marie-Agnès GUILLOU.

Déclaration d'intérêts des participants : aucun

Précautions

Les membres du conseil scientifique de la CoFAM ont déposé leurs déclarations d'intérêt auprès du conseil d'administration de la CoFAM. Les participants n'ont déclaré aucun conflit vis-à-vis des industriels fabricant des PPN ou des aliments pour bébés.

Les recommandations proposées sont basées sur les preuves scientifiques publiées dans des revues à comité de lecture avec des arguments soit biologiques, soit épidémiologiques. A noter que certaines publications de sociétés savantes font état de liens d'intérêt avec industriels fabricant des PPN ou des aliments pour bébés, et, qu'à ce titre, les recommandations publiées ne sont pas toutes recevables en tout ou pour partie.

Abréviations : **ABM** (Academy of Breastfeeding medicine - USA), **AINS** (Anti-inflammatoires non stéroïdiens), **AM** (tout allaitement maternel, exclusif ou non), **AME** (allaitement maternel exclusif), **AMP** (allaitement maternel partiel), **ENP** (enquête nationale périnatale), **EPP** (entretien prénatal précoce), **IBFAN** (International Baby Food Action Network), **IHAB** (Initiative Hôpital Ami des bébés), **LLL** (La Leche League France), **PNP** (Préparation à la naissance et à la parentalité), **EPP** (entretien prénatal précoce), **PNNS** (Plan national nutrition santé), **PPN** (préparation pour nourrisson), **PNP** (préparation à la naissance et à la parentalité) **UNICEF** (Fonds des Nations unies pour l'enfance), **WBTi** (World Breastfeeding Trends Initiative ou Initiative mondiale de suivi des tendances de l'allaitement).

Points forts

Les 10 messages de promotion de l'allaitement maternel pendant la grossesse, à l'accouchement et pendant le séjour à la maternité à destination des professionnels

1. Les professionnels doivent suivre des **formations spécifiques** sur l'allaitement maternel (médecins, sages-femmes, gynécologues, pédiatres, puéricultrices, auxiliaires de puériculture, pharmaciens...). Cette formation doit être initiale (pendant les études) et continue en utilisant les moyens actuels d'incitation et de prise en charge (développement professionnel continu (DPC), accréditation, certification...).
2. Le **Code international de commercialisation des substituts du lait maternel** doit être respecté dans tous ses éléments, et les liens d'intérêts éventuels des professionnels (pouvant entrer en conflit avec leur attitude vis-à-vis des producteurs de PPN) doivent être connus et répertoriés.
3. Une **information éthique** sur l'allaitement maternel, respectant les décisions des femmes vis-à-vis de leur décision d'allaiter ou non, doit être délivrée avant, pendant la grossesse et tout au long de la pratique d'allaitement. Elle sera basée sur les preuves des bénéfices de l'allaitement maternel, et sur l'expérience du professionnel, et sera loyale pour un choix éclairé.
4. **L'efficacité des interventions** de promotion et de soutien de l'allaitement maternel est controversée. Les actions sans doute efficaces sont celles qui associent la période prénatale et la période post-natale, en utilisant toutes les formes possibles (entretien, visites, en groupe ou individuellement) avec des professionnels formés
5. Les professionnels doivent privilégier les actions de promotion vis-à-vis des **femmes en situation de vulnérabilité et de précarité**, des femmes mineures, des femmes obèses ou en surpoids, les femmes ayant des conduites addictives et à risques.
6. **Les accouchements avec des gestes techniques** augmentent les délais de la 1^{ère} tétée, et peuvent compromettre la mise en route de l'allaitement maternel. A la naissance, les gestes auprès du nouveau-né doivent respecter la physiologie, la mise en peau-à-peau sera rapide et la 1^{ère} tétée aura lieu dans l'heure.
7. Lors du séjour à la maternité, les **rythmes du nouveau-né** doivent être respectés. Les informations auprès des mères peuvent se dérouler en groupe ou individuellement.
8. **A la sortie de maternité, les informations** à donner pour la santé de la mère et du nouveau-né sont nombreuses. Les femmes les plus à risques d'arrêt précoce (précaires, vulnérables, mineures...) doivent recevoir de manière privilégiée des informations relatives à l'allaitement maternel.
9. **Un parcours de soins** doit être organisé le 1^{er} mois. Des informations sur les tétées "à l'éveil", le pic de croissance (jours de pointe), et les critères d'efficacité des tétées doivent être délivrées. Une surveillance de l'état de santé de l'enfant se fait toutes les semaines au début, puis tous les 15 jours, ou plus souvent selon les constatations faites.
10. **Au niveau national, les politiques publiques** doivent favoriser l'allaitement maternel et respecter le Code de commercialisation. Il s'agit du Ministère de la Santé (prévention, consultations - Santé Publique France - DGS / PNNS - établissements IHAB), du Secrétariat d'Etat chargé de l'Égalité entre les femmes et les hommes et de la Lutte contre les discriminations, la Caisse primaire d'Assurance Maladie et la Caisse des allocations familiales (congé de maternité, remboursement des consultations d'allaitement), de l'Education nationale, de la Haute Autorité de Santé, et du Ministère du travail. Un Coordinateur national doit être nommé.
11. **Des objectifs nationaux et régionaux, opérationnels et chiffrés**, doivent être élaborés et précisés régulièrement. Des indicateurs de l'initiative mondiale de suivi des tendances de l'allaitement (*World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi)*) doivent être suivis régulièrement.

Table des matières

GENERALITES	5
I. CONTEXTE.....	5
II. OBJECTIFS ET PERSONNES-CIBLES DES RECOMMANDATIONS.....	5
A. <i>L'objectif des recommandations est de :</i>	5
B. <i>Domaine d'étude</i>	5
1. Définitions de l'allaitement maternel (AM).....	5
2. Thèmes traités.....	6
3. Thèmes non traités (traités par ailleurs dans la littérature ou par la CoFAM).....	6
III. EPIDEMIOLOGIE ET PREUVES	6
A. <i>Comment établir une preuve de l'efficacité d'une action de santé</i>	6
B. <i>Déterminants de l'initiation et de la durée de l'allaitement maternel</i>	7
IV. DOMAINES DES ACTIONS DE SANTE.....	7
V. ARTICLES RECHERCHES	8
 RECOMMANDATIONS PENDANT LA GROSSESSE	 9
I. PROMOTION, INFORMATION ET EDUCATION PENDANT LA GROSSESSE	9
A. <i>Résultats des études</i>	9
B. <i>Ethique de l'information et de l'éducation pendant la grossesse</i>	9
1. Principes d'éthique.....	9
2. Application à l'information sur l'allaitement maternel.....	9
C. <i>Exemples d'information proposée par des sociétés savantes</i>	10
II. ETUDES, PENDANT LA GROSSESSE, D' ACTIONS PLUS SPECIFIQUES EN FRANCE	11
A. <i>Entretien prénatal précoce (EPP)</i>	11
B. <i>Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)</i>	11
III. LES ACTIONS (PENDANT LA GROSSESSE) CIBLANT DES POPULATIONS AU FAIBLE TAUX D'INITIATION.....	12
A. <i>Femmes en situation de vulnérabilité</i>	12
B. <i>Femmes consommant des médicaments pendant la grossesse</i>	12
 RECOMMANDATIONS PENDANT LE TRAVAIL ET L'ACCOUCHEMENT	 13
I. DEBUT DU TRAVAIL.....	13
A. <i>Césarienne (CS)</i>	13
B. <i>Déclenchement</i>	13
II. ANESTHESIE ET ANALGESIE.....	14
III. CONDUITE DU TRAVAIL	14
A. <i>Ocytocine</i>	14
B. <i>Perfusion de liquides</i>	15
C. <i>Autres situations</i>	15
 RECOMMANDATIONS A LA MATERNITE AU COURS DES 1ERES HEURES ET AU COURS DES 1^{ERS} JOURS.....	 16
I. LES PRINCIPES DE L' ALLAITEMENT AU SEIN DANS LES PREMIERS JOURS.....	16
II. RECOMMANDATIONS "INITIATIVE HOPITAL AMI DES BEBES" (IHAB).....	17
III. ACTIONS DE PROMOTION EN POST-PARTUM IMMEDIAT.....	18
A. <i>Limiter les gestes agressifs auprès du nouveau-né</i>	18
B. <i>Gestion de la douleur de la femme allaitante en post-partum [42, 56-58]</i>	18
C. <i>Actions possibles</i>	18
1. Information et éducation en groupe.....	18
2. Soutien individuel.....	19

3.	Distribution seule de matériaux écrits et web	19
IV.	GROUPES A RISQUES D'ARRETS PRECOCES	19
A.	<i>Femmes en situation de précarité et de vulnérabilité</i>	19
1.	Les enquêtes	19
2.	Remarques des membres du groupe de travail	19
B.	<i>Femmes nées à l'étranger</i>	20
C.	<i>Femmes avec surpoids ou obésité</i>	20
D.	<i>Femmes mineures ou adolescentes</i>	21
E.	<i>Femmes fumeuses</i>	21
F.	<i>Femmes consommant des drogues licites et illicites pendant la grossesse</i>	21
V.	LES ACTIONS SPECIFIQUES DES PROFESSIONNELS.....	22
A.	<i>Le respect nécessaire du code international de commercialisation des substituts du lait maternel</i>	22
B.	<i>Formation des professionnels et actualisation continue des connaissances</i>	23
1.	Formation initiale	23
2.	Formation continue	23
3.	Principes d'indépendance des formations et des formateurs	23
4.	Le financement des associations de professionnels et les avantages en nature	23
C.	<i>L'administration de suppléments/ compléments de PPN [94, 95]</i>	23
D.	<i>La sucette</i>	24
C.	<i>Fonction de référent dans les maternités ou dans les réseaux</i>	24
D.	<i>Organisation des soins en fonction des rythmes des nouveau-nés</i>	24
VI.	PLACE DES PARTENAIRES DE LA FAMILLE ET DE L'ENTOURAGE.....	24
VII.	ORGANISATION DE LA SORTIE DE MATERNITE	25
	POUR UNE POLITIQUE NATIONALE DE SANTE ET DE SUIVIS D'INDICATEURS	27
	REFERENCES	28
	ANNEXE : QUELQUES MESSAGES DE PROMOTION ET DE SOUTIEN	35

Généralités

I. Contexte

Les récentes études montrent que le taux d'initiation¹ à l'allaitement maternel (AM) stagne en France depuis quelques années [1-6]. Selon l'enquête ENP 2016 [6] les taux étaient de 52.2 % pour l'AME et 14.5 % pour l'AMP (soit 66.7 % pour l'ensemble). On sait par ailleurs que la plupart des futures mères ont décidé d'allaiter avant la grossesse (surtout les multipares), et environ 10 à 20 % décideront d'allaiter pendant la grossesse, ou même à l'accouchement [7]. D'autre part, chez les femmes qui ont décidé d'allaiter, le déroulement des premières heures est primordial pour le succès de l'allaitement futur et donc pour la durée totale de l'allaitement.

Divers avis sont émis sur le rôle des professionnels pendant la grossesse et en maternité en vue de favoriser le taux d'initiation d'AM et la durée d'allaitement. Tous ne sont pas basés sur l'existence d'une preuve scientifique, et d'autres font état d'études quelquefois contradictoires. En tout état de cause, l'information et l'éducation à la santé vis-à-vis de l'alimentation du nouveau-nés placent les professionnels entre deux écueils dont il est quelquefois difficile de se dédouaner : (i) la neutralité, ou l'attentisme, ou la non-intervention en respectant le désir des futures mères, et en évitant d'informer, par exemple, des avantages de l'AM "pour ne pas influencer et risquer de culpabiliser"; (ii) l'information objective qui permet de présenter les choix de l'alimentation du nouveau-né avec les avantages (pour la mère et le nourrisson), et les inconvénients des différentes méthodes, et d'aider la femme allaitante (et le couple) à faire correspondre son (leur) choix et la durée d'allaitement à ses (leurs) désirs. Une véritable éthique de l'information est à élaborer.

II. Objectifs et personnes-cibles des recommandations

A. L'objectif des recommandations est de :

1. Déterminer les modalités d'information sur l'allaitement maternel pendant la grossesse, à l'accouchement et pendant le séjour à la maternité,
2. Recommander des pratiques professionnelles destinées à favoriser l'initiation et la durée de l'AM conformément aux projets de la femme et du couple.

Ces recommandations sont à destination des professionnels, des consultantes en lactation, des associations de soutien à l'AM, des mères et des couples, ainsi que de l'environnement sociétal.

Ce document concerne toutes les femmes (et les couples), mais s'attardera plus spécialement sur les groupes de population avec la plus faible incidence d'initiation d'allaitement, ou à la durée d'allaitement la plus courte.

B. Domaine d'étude

1. Définitions de l'allaitement maternel (AM)

- ✓ "AM exclusif" (AME) si aucun autre aliment n'est donné au nouveau-né, sans autre lait que du lait maternel
- ✓ "AM partiel" (AMP) ou "AM mixte" si, au lait maternel, est ajoutée une préparation pour nourrissons (PPN)
- ✓ "AM total" en ajoutant l'AME et l'AMP

Dans les autres cas, il s'agit d'une alimentation avec PPN seuls.

¹ Le terme "taux d'initiation" est une traduction de termes anglo-saxons définissant la proportion de femmes qui donnent le lait maternel à leur enfant après la naissance (sur l'ensemble des naissances), et ce quelles que soient les modalités (exclusif, partiel, ou en tirant leur lait (tire-allaitement)). Cette proportion peut être supérieure à la proportion de femmes qui donnent le sein en sortant de la maternité en raison des arrêts d'allaitement en maternité; en France, le taux d'arrêts est estimé à 5 %. Les études ne sont pas toujours claires s'il s'agit des taux d'initiation ou des taux de sortie de maternité.

2. **Thèmes traités**

- ✓ Femmes suivies et accouchant en France métropolitaine (en raison de la spécificité de santé publique de la France outre-mer),
- ✓ Nouveau-nés en bonne santé, sans malformations,
- ✓ Nouveau-nés transférés en unités-kangourous,
- ✓ Grossesse menée à terme (durée de grossesse ≥ 37 SA) ou proches du terme (≥ 35 SA).

3. **Thèmes non traités (traités par ailleurs dans la littérature ou par la CoFAM)**

- ✓ Pathologies maternelles ou néonatales, femmes ayant eu une chirurgie mammaire (voir document CoFAM)
- ✓ Crevasses, mastites, freins de langue, malformations de la bouche et de la face
- ✓ Mère HIV +, jumeaux, prématurés...
- ✓ Etudes spécifiques dans les pays en voie de développement (Inde, Bangladesh...)

III. **Epidémiologie et preuves**

A. **Comment établir une preuve de l'efficacité d'une action de santé**

- La preuve de l'efficacité d'une action en santé s'établit à partir d'études épidémiologiques avec une confirmation par des critères biologiques et physiologiques expliquant le mécanisme d'action de l'action.
- Les études ou enquêtes épidémiologiques pouvant être utilisées sont les enquêtes transversales, les enquêtes cas-témoins, les enquêtes de cohorte, et les enquêtes d'intervention². Seules les deux dernières enquêtes permettent d'approcher une relation causale entre une intervention et le résultat sur un taux d'allaitement maternel ou une durée.
 - ✓ L'enquête de cohorte permet d'approcher la causalité en tenant compte des liens entre les critères choisis (âge et parité, revenus et diplômes, ...); certains critères sont des facteurs de "de confusion" qui font penser à un lien causal et qui n'en sont pas (la préparation à l'accouchement par exemple).
 - ✓ L'enquête d'intervention avec un groupe avec l'intervention et un autre groupe sans cette intervention permet d'établir un lien causal sans tenir des facteurs liés entre eux, à condition que les groupes soient comparables (en pratique par tirage au sort).
- Une analyse univariée met en rapport entre un critère et le taux d'initiation ou la durée d'allaitement; en aucun cas, on ne peut parler de relation causale en univariée en raison de la possibilité que ce soit un facteur de confusion. Seule une analyse multivariée permet, en levant les facteurs de confusion, d'approcher la causalité.
- Une méta-analyse est une analyse de la littérature scientifique publiée (mais aussi les non-publiées); elle permet de regrouper ("pooler") des études pour augmenter la puissance statistique. Le problème n'est pas tant dans la technique statistique, mais dans le choix des études et le critère de jugement qui peut varier (AME ou AMP par exemple).
- Toute analyse scientifique a une vocation universelle : par principe, les femmes allaitantes sont les mêmes partout dans tous les pays. C'est la réalité d'un point de vue biologique, mais l'allaitement maternel étant aussi un acte culturel, il est probable que les critères ou facteurs qui favorisent l'allaitement maternel pour une population donnée ne soient pas forcément identiques pour une autre population (dans des pays différents ou même dans le même pays). L'absence d'études d'intervention en France pose la question de s'approprier les études venant de pays étrangers.

² Une intervention en santé publique est une action organisée par des professionnels de la santé destinée à agir sur le comportement des usagers vis-à-vis de leur mode de vie ou de leur attitude envers le système de soins. Ce n'est pas une intervention au sens chirurgical du mot. Elle requiert des conditions techniques et éthiques très précises.

B. Déterminants de l'initiation et de la durée de l'allaitement maternel

Les raisons qui poussent une femme à allaiter son enfant sont multiples et le plus souvent inconscientes. Elles peuvent être préexistantes à la grossesse (mais pas toujours formalisées), rendant difficiles les actions d'information ou d'intervention pendant la grossesse.

Les différents déterminants sont représentés par : (i) l'histoire personnelle et familiale de la femme (déterminants psychologiques) et sa santé (déterminants physiologiques); (ii) la situation sociale de la femme et de sa famille (déterminants sociaux); (iii) l'environnement pendant la grossesse, à l'accouchement et au cours des premières années de l'enfant dans le domaine de la santé et des soins, dans le milieu proche de la femme et du couple (déterminants sanitaires), et dans la situation administrative et politique du pays de vie (déterminants culturels et politiques). Ce sont ces derniers déterminants qui seront étudiés ici.

La part relative des trois catégories de déterminants fait l'objet de débats et n'a sans doute pas de réponse toute faite³ [8, 9]. Il est probable que les déterminants sociaux soient les plus importants, car ce sont, en partie, les facteurs les plus facilement objectivables. La part des déterminants sanitaires sont sans doute sous-estimés, et devraient faire l'objet de plus d'études pour pouvoir favoriser la mise en place de l'allaitement maternel.

IV. Domaines des actions de santé

L'OMS a élaboré une stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Elle décrit les principales interventions destinées à promouvoir, protéger et soutenir l'allaitement exclusif au sein [10]. Rappel des définitions des principes :

- **Protection de l'allaitement**

Toutes les femmes sont en mesure de prendre des décisions éclairées pour l'alimentation de leur nourrisson, sans être influencées par les méthodes de commercialisation des fabricants de substituts du lait maternel ou de produits connexes, et qu'elles ont le droit de l'allaiter en tout temps et en tout lieu.

- **Promotion de l'allaitement**

Les professionnels de santé ainsi que l'ensemble du système de santé et de la collectivité sont tout à fait conscients des bienfaits de l'allaitement et trouvent des occasions de le promouvoir.

- **Soutien à l'allaitement**

Les femmes reçoivent de l'information et le soutien de tous les secteurs de la collectivité afin de surmonter les difficultés qu'elles peuvent éprouver ou ressentir et qui pourraient les empêcher d'allaiter.

³ "Dans la littérature internationale, sans hiérarchiser leurs poids relatifs, ni les réduire à des liens directs de causalité et en mêlant déterminants individuels et plus collectifs, il s'agit de : une législation favorable à l'allaitement, l'âge plus élevé, être en couple, l'opinion favorable du père, un niveau d'éducation supérieur et/ou le niveau de revenu élevé, ne pas être en surpoids/obésité, ne pas fumer, avoir accouché par voie basse, avoir une bonne estime de soi, penser avoir suffisamment de lait, être soutenue par des professionnels bien formés pour faire face aux difficultés techniques (...). En France, une étude permet de hiérarchiser certains des principaux déterminants de l'initiation de l'allaitement précoce (inférieur ou égal à un mois) exclusif ou mixte dans l'ordre suivant : l'âge, le statut marital, le niveau d'études, le lieu de naissance, l'indice de masse corporelle et le statut tabagique pendant la grossesse. La dynamique entre les taux d'allaitement à l'initiation et un mois après la naissance met en évidence un creusement des écarts selon la position socioéconomique pour la plupart de ces déterminants."

V. Articles recherchés

- Promotion éducation : PubMed avec les mots-clés suivants = breastfeeding, factors, promotion, education, efforts, counselling (counselor), NOT HIV, NOT premature. Pregnancy, delivery
- Facteurs du péri-partum : caesarean, labor epidural analgesia, perfusion, oxytocine, induced labor...
- Facteurs en maternité : education, counselling, documents... support
- Revues exhaustives des dossiers de l'allaitement (DA) et de Allaiter aujourd'hui (LLL)

Recommandations pendant la grossesse

I. Promotion, information et éducation pendant la grossesse

A. Résultats des études

De nombreuses études depuis 20 ans ont analysé le rôle des visites prénatales et de l'éducation auprès des femmes [11-23]. La dernière étude est une méta-analyse de la Cochrane DataBase de 2016 [17] : 24 études randomisées relatives aux actions de promotion pendant la grossesse (en dehors des actions en post-natal), avec analyse de 20 études publiées et randomisées. Elles concernent surtout les pays développés. Les conclusions des auteurs sont les suivantes : *"Il n'y a pas de preuve qu'une éducation anténatale pour l'AM améliore le taux d'initiation, la proportion de femmes allaitantes (tout mode ou exclusif) à 3 mois et 6 mois, ou la durée totale d'allaitement"*. Les auteurs proposent de nouvelles études, avec tirage au sort des femmes avec ou sans promotion, en particulier dans les pays non développés.

Dans l'ensemble, si les interventions auprès des femmes ont une efficacité faible sinon nulle, seules les approches multiples sont à envisager (avec la participation de consultantes en lactation), telles que visites à domicile, remises de support fixes ou en vidéos, séances d'éducation à la santé, maintiens de relations fréquentes entre les femmes et les professionnels [11]. Ces constatations n'empêchent pas l'information et le soutien aux femmes enceintes pour les informer et les aider à prendre leur décision. Au final, en raison des problèmes de disponibilité des professionnels et du temps de travail, l'information et l'aide à l'allaitement sont plus efficaces en post-partum qu'en prénatal (voir infra [24]).

B. Ethique de l'information et de l'éducation pendant la grossesse

Les conseils aux femmes enceintes et aux femmes qui viennent d'accoucher sont pris dans un double étau : d'un côté, ils risquent d'être perçus comme directifs et culpabilisants, et, d'un autre côté, ils peuvent être considérés comme insuffisants. La situation du professionnel est donc particulièrement délicate et doit en permanence tenir compte du contexte de la femme et de son entourage. Quoi qu'il en soit, des principes éthiques d'information doivent être connus.

1. Principes d'éthique

La démarche éthique doit, au préalable, déterminer qui est la personne concernée pour l'information en santé [25]. Puis, quatre principes éthiques en santé peuvent être utilisés tels que formalisés selon les principes de Beauchamp et Childress de 2008 [26] : (1) le respect de l'autonomie de la personne, (2) la bienfaisance, (3) la non-malfaisance et (4) la justice. D'autres références éthiques peuvent être invoquées [27].

2. Application à l'information sur l'allaitement maternel

- ✓ Il y a deux personnes concernées puisqu'il s'agit de la femme et du nouveau-né. Les avantages théoriques de l'allaitement maternel concernent les deux personnes. Cependant, il peut exister un conflit de valeurs entre ces deux personnes dans le cas où les avantages du lait maternel pour le nouveau-né peuvent être, par exemple, en opposition avec les désirs de la mère. Dans tous les cas, une réflexion sur la convergence ou l'opposition des situations doit être explicitée.
- ✓ Autonomie de la femme : elle doit être étudiée au regard des pressions que peut subir une femme dans son couple, dans sa famille ou sa belle-famille, ou dans son entourage personnel ou professionnel. De manière plus générale, une pression sociale peut être aussi interrogée, en particulier pour les femmes en situation de précarité pour lesquelles s'investir dans le biberon et les boîtes de lait peut représenter une marque de bonne éducation.

- ✓ Bienfaisance et non-malfaisance : il faut s'assurer que la décision de la femme est bienfaisante pour elle et son bébé, et que la décision d'allaiter ou non ne soit pas malfaisante.
- ✓ Justice : les femmes et les nouveau-nés doivent pouvoir avoir accès aux mêmes avantages quel que soit le milieu social ou l'origine.

C. Exemples d'information proposée par des sociétés savantes

- **Canada**

Au Canada, le Comité canadien pour l'allaitement et du Programme canadien de nutrition prénatale [28] ont édités le document suivant : "Protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel. Un guide pratique pour les programmes communautaires".

Stratégie 3 : Donner aux mères la possibilité de prendre des décisions éclairées

- ✓ Donner aux femmes le temps de considérer l'allaitement comme une solution réaliste.
- ✓ Parler tôt et souvent de l'allaitement au cours des entretiens prénatals et postnatals.
- ✓ Veiller à exposer clairement et simplement les données sur l'allaitement.
- ✓ Recourir à des activités pratiques, en ne portant aucun jugement, afin d'approfondir les connaissances et améliorer les aptitudes
- ✓ Donner de l'information sur l'importance de l'allaitement ainsi que sur le coût et les risques que représente le fait de ne pas allaiter. Brosser aux participantes un tableau réaliste de ce à quoi elles doivent s'attendre lorsqu'elles allaitent pour la première fois.
- ✓ Aborder les mythes, les idées préconçues et les préoccupations avec les participantes.
- ✓ Prendre en considération la culture des participantes, respecter les traditions culturelles liées à l'allaitement et éduquer avec délicatesse les participantes sur les traditions qui peuvent avoir une incidence sur l'allaitement.

Stratégie 4 : Respecter les besoins des mères qui décident de ne pas allaiter

- ✓ Offrir aux participantes le même soutien avant et après leur accouchement.
- ✓ Faire en sorte que toutes les participantes aux programmes postnatals se sentent appréciées, qu'elles allaitent ou non leur bébé
- ✓ Chercher des moyens de soutenir les femmes dans le besoin, qu'elles allaitent ou non leur bébé.
- ✓ Soutenir les participantes qui n'atteignent pas leurs objectifs initiaux en matière d'allaitement.
- ✓ Donner des renseignements individuels pertinents sur l'alimentation au biberon sans danger, lorsqu'on est certain qu'une femme n'allaitera pas son bébé. Veiller à ce que les participantes qui choisissent de nourrir leur bébé au biberon sachent le faire en démontrant de la tendresse.
- ✓ Élaborer une stratégie afin de soutenir de façon appropriée les femmes qui ne peuvent pas allaiter leur bébé ou qui ne disposent pas d'une quantité suffisante de préparation commerciales pour nourrissons.

- **Le PNNS 3 (2011 - 2015) en France [29]**

Le Programme National Nutrition Santé est un document de 66 pages avec une page de recommandations consacrées à l'allaitement maternel (13 lignes, page 24) et une annexe (page 54). Il s'agit de considérations générales.

Mesure 5 - Promouvoir l'allaitement maternel

L'allaitement est une pratique intime, liée à l'histoire et à la culture de chaque société, dont la décision revient à chaque femme. C'est une pratique dont les bénéfices pour la santé de l'enfant allaité et de sa mère à court, moyen et long terme, ont été scientifiquement démontrés. La décision d'allaiter est un choix individuel qui tient compte du savoir, de la disponibilité, des traditions, des moyens et des représentations de chaque femme.

ACTION

13. Mettre en œuvre des mesures issues du plan d'action allaitement pour :

(13.1) Communiquer, informer et sensibiliser les mères sur les modes d'alimentation du nouveau-né, en intégrant un regard objectif sur l'allaitement maternel (en bénéfices comme en conditions à réunir) pour permettre un véritable choix éclairé ;

(13.2) S'assurer que les services de maternité offrent effectivement aux femmes le droit à l'information personnalisée et objective permettant ce choix. Les établissements réunissant ces conditions doivent l'inscrire dans le processus de certification.

II. Etudes, pendant la grossesse, d'actions plus spécifiques en France

A. Entretien prénatal précoce (EPP)

Cet entretien a été mis en place par la circulaire DHOS/DGS/O2/6 C n° 2005-300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité. Il s'est développé depuis, et est proposé, en principe, à l'ensemble des femmes enceintes [30], mais il est peu réalisé (33 %) et encore moins auprès des femmes vulnérables [31]. Il n'est pas prévu qu'il puisse agir sur les taux d'initiation et les durées d'allaitement (le mot "allaitement" n'est pas mentionné dans les textes officiels), même si certains professionnels en parlent probablement. Son rôle est donc inconnu dans la promotion ou le soutien à l'allaitement maternel.

B. Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)

La PNP a été définie en 2005 par un document HAS [32]. La promotion de l'allaitement y est clairement soulignée. Selon l'enquête ELFE, les femmes qui suivent des séances de préparation (52 %) sont le plus souvent primipares et favorisées, et ont pris leur décision d'allaiter avant la grossesse. Les mères jeunes, bénéficiant de la CMU, ambivalentes quant à leur grossesse, ayant moins de 7 visites prénatales et présentant des complications obstétricales suivaient moins fréquemment la PNP [31]. Dans l'ENP 2016 [6], 77.9 % des primipares avaient suivi une PNP, et 33.8 % des multipares.

L'étude EPIFANE a établi, en univarié, un lien entre la participation à des séances de préparation et le taux d'initiation ou les taux à 1 et 3 mois : taux d'initiation de 74.7 % (AME 88.3 %) en cas de PNP, versus 61.8 % (AME 83.7 %) en son absence ($p < 10^{-3}$); taux à 1 mois : 59.8 % (AME 66.4 %) versus 47.4 % (AME 62.9 %) ($p < 10^{-3}$). A 3 mois, 42.9 % des femmes qui ont préparé allaitent (tout AM) versus 34.6 % qui n'ont pas eu de préparation ($p < 10^{-3}$), mais, à 6 mois, il n'y a pas de différences (22.5 % versus 22.4 %), et la médiane de durée d'AM est la même dans les deux groupes (105 jours, soit 15 semaines).

Dans l'étude ELFE [33], les mêmes constatations, en univarié, sont faites avec un gradient de taux d'initiation en fonction du nombre de séances de PNP (de 64.3 % d'AM en l'absence de PNP à 83.5 % pour 10 séances de PNP ou plus) ($p < 0.001$). D'autres études, dans les Pays de la Loire en 2007, n'ont pas montré de lien entre la durée et la PNP (16 semaines versus 14 semaines, NS) [7].

Au total, on ne peut pas, à partir d'analyses univariées, prouver de lien causal entre PNP et AM. Les facteurs de confusion sont en effet nombreux (facteurs liés à la fois à l'allaitement et au facteur PNP) comme la parité, la catégorie socio-professionnelle ou le moment de décision d'allaitement. Les publications d'analyse multivariée pour EPIFANE et ELFE sont en attente.

III. Les actions (pendant la grossesse) ciblant des populations au faible taux d'initiation

A. Femmes en situation de vulnérabilité

Pour les femmes précaires, les femmes nées à l'étranger, avec surpoids ou obésité, femmes mineures ou adolescentes, femmes fumeuses ou consommant des drogues licites ou illicites → voir les recommandations en post-partum

B. Femmes consommant des médicaments pendant la grossesse

La connaissance de la toxicité des médicaments pendant la grossesse et pendant l'allaitement repose sur l'expertise des consultantes en lactation et sur la consultation des sites spécialisés : **CRAT** (<https://lecrat.fr/>), **e-lactancia** (<http://www.e-lactancia.org/>), **Lactmed** (<https://toxnet.nlm.nih.gov/newtoxnet/lactmed.htm>). La consultation du Vidal® n'est pas optimale (médicaments non étudiés pendant la grossesse et l'allaitement), et les médecins spécialistes n'ont pas toujours l'expertise des produits qu'ils prescrivent en préférant déconseiller l'AM par principe.

Recommandations pendant le travail et l'accouchement

I. Début du travail

Certaines pratiques obstétricales, en cas d'accouchement normal, représentent des risques pour la mise en route et la durée de l'allaitement maternel. Voir HAS [34].

A. Césarienne (CS)

Dans les enquêtes françaises, et en analyse univariée, la pratique d'une césarienne est associée à un taux d'initiation plus bas qu'après un accouchement par voie basse. Dans l'étude ELFE [33], le taux d'initiation est de 71.1 % en cas de VB et de 68.2 % en cas de césarienne ($p < 0.05$ avec une différence de 2.9 %). Dans EPIFANE [9], les taux sont respectivement de 69.9 % versus 65.4 % ($p < 0.05$ avec une différence de 4.5 %). Il n'y a pas d'explication simple à ce lien dans la mesure où la décision d'allaiter est bien antérieure à la pratique d'une césarienne; l'existence de facteurs de confusion, non recherchés ou difficiles à mettre en évidence, n'est pas exclue.

Pour la durée de l'allaitement, selon ELFE [35], la césarienne est, en analyse multivariée, associée à une durée totale d'allaitement prédominant ou exclusif plus courte ($p < 0.0001$). EPIFANE [4] met en évidence une durée médiane de 105 j en cas de VB et de 98 j en cas de CS (NS), avec à 3 mois des taux d'AM total de 52.5 % et 50.0 % (NS), et à 6 mois de 23.2 % versus 19.2 % (NS).

Dans les Pays de la Loire [7], la CS apparaît comme un facteur limitant de la durée en ajustant sur les données significatives à la maternité, mais disparaît lorsque les variables après la sortie de maternité sont introduites. On peut donc dire que les liens entre césarienne et durée d'allaitement peuvent présenter de nombreux facteurs de confusion.

Une revue de littérature en 2017 et une méta-analyse de 13 études pour la maternité (440 000 femmes) [36] et de 14 études de 1 à 4 mois (études surtout chinoises) montrent que la césarienne est associée à un taux d'initiation plus bas d'AME (OR = 0.79 (0.41 - 0.68)), et un taux à 4 mois plus bas en cas de césarienne (OR = 0.61 (0.53 - 0.71)). Il n'est pas fait état de distinction entre les CS programmées ou en urgence, ni selon les modalités de début de l'allaitement.

B. Déclenchement

- **Déclenchement "électif" (programmé)**

L'induction du travail a été associée à une diminution des taux d'allaitement par rapport au travail spontané. [37, 38]

- **Déclenchement par oxytocine**

En Espagne [39], il a été établi un lien entre utilisation de l'oxytocine et la diminution du taux d'initiation et le taux d'AM à 3 mois.

Figure 1 : Méta-analyse du taux d'initiation d'allaitement en cas de césarienne/ voie basse.

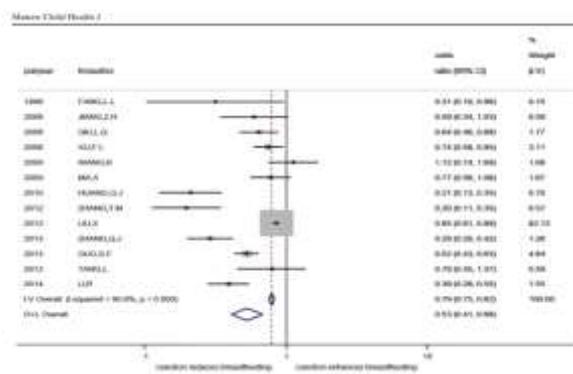


Fig. 1 Forest plot showing the forest effect and random effect sizes estimates for the cesarean/ breastfeeding during the early postpartum period.

- **Prostaglandines**

Une étude [40] a montré que le déclenchement du travail par prostaglandines seules (maturation) était associée à un taux d'AM à 48 heures plus faible (ORa = 0.89 (0.83 - 0.96;p=0.001)), en tenant compte des autres facteurs liés à l'AM.

II. Anesthésie et analgésie

- **Analgésie pendant le travail (loco-régionale (péridurale, rachianesthésie = "neuraxiale") [41, 42]**

" L'effet de l'analgésie locorégionale sur l'allaitement est controversé. La plupart des études sont observationnelles et les résultats sont contradictoires; certains ont identifié une association négative, certains n'ont trouvé aucune relation, et certains ont trouvé une relation positive. Les études manquent de contrôle des facteurs de confusion (ex. dosage et type d'analgésie, interventions intrapartum, calendrier et méthode de mesure de l'allaitement maternel, soutien, maternel retour au travail) connus pour influencer le succès de l'allaitement maternel.

(..). Les conséquences sur l'allaitement après anesthésie générale versus anesthésie locorégionale pour l'accouchement par césarienne sont également peu claires. Dans une étude, les femmes recevant une anesthésie générale pour une césarienne ont allaité dans le période post-partum immédiate à 96% versus 89% avec une anesthésie locorégionale. Cependant, à six mois, moins de femmes ayant reçu anesthésie générale allaitaient (39% contre 71%). (...) Le contrôle de la douleur postopératoire est sans doute aussi important; l'analgésie péridurale postopératoire est liée au succès de l'allaitement maternel et du gain de poids du nourrisson."

Dans une étude de 2012, l'anesthésie péridurale raccourcissait la durée de la 1^{ère} tétée (< 30 minutes : 62.2 % dans le groupe avec péridurale, 29.3 % dans le groupe sans péridurale) [41]. De même, dans une étude en Italie de 2019, les femmes qui demandaient a priori une anesthésie péridurale avaient moins de "succès" pour allaiter (49.2 % versus 64.3 % pour les naissances par voie basse; p<0.001) par rapport aux femmes qui contrôlaient leur douleur sans anesthésie ou qui demandaient une anesthésie au cours du travail. En analyse multivariée, la différence restait significative avec les facteurs de confusion prénatals, mais perdait sa significativité avec les autres facteurs de confusion péripartum [43].

Par ailleurs, les opiacés administrés pendant le travail passent la barrière placentaire, et augmentent les difficultés d'adaptation du nouveau-né, et probablement la mise en route de l'AM [42]. Pour les AINS et autres antalgiques, ou les sédatifs, il n'y a pas d'études des liens entre administration et l'AM [42]. Pour les curarisants, les anesthésiques locaux, les vaso-constricteurs, voir [44].

- **Protoxyde d'azote (N₂O) dans un mélange avec l'oxygène (MEOPA)**

Il existe peu de données [42, 45]. Une étude semble avoir un effet positif et une méta-analyse n'a montré aucun impact négatif.

- **Autres traitements non pharmacologiques (soutien pendant le travail, hypnose, acupuncture...) pendant le travail.** Pas d'études répertoriées sur l'AM [42].

III. Conduite du travail

A. Ocytocine

Une analyse de 34 études [46] a montré que, dans la moitié des cas (17 sur 34), une association était observée entre l'ocytocine exogène et un allaitement maternel moins optimal, tandis que 8 sur 34 (23%) n'ont signalé aucune association. Les 9 autres études (26%) avaient des résultats variables. Les intentions d'allaitement, la parité, l'établissement de la naissance, le risque obstétrical et les indications pour l'utilisation de l'ocytocine ont été contrôlés de manière variable

selon les études. Les explications physiologiques sont basées sur la saturation des récepteurs de l'ocytocine par l'ocytocine synthétique.

Dans la même étude que pour les prostaglandines [40], l'utilisation de l'ocytocine intra-veineuse était associé (en multivarié) avec un taux d'allaitement à 48 heures plus faible (ORa = 0.68 (0.57 - 0.82); p<0.001). Il en était de même pour l'ocytocine IM ou l'ergométrine (non utilisés en France). Voir aussi [47] : *"Cette étude corrobore l'association précédemment rapportée des taux d'allaitement maternel inférieurs à la première heure avec utilisation d'ocytocine. Cependant, une nouvelle association a été détectée avec l'indice de masse corporelle qui était un prédicteur du taux d'allaitement à trois mois, pouvant un facteur de confusion avec l'effet de l'ocytocine. Par conséquent, les professionnels de la santé devraient aider les femmes obèses, à partir de la conception, pour maximiser les résultats de l'allaitement maternel autant que possible"*.

B. Perfusion de liquides

Un volume de perfusion IV au-delà de 100 mL/heure chez la mère pendant l'accouchement (surtout dans les 2 heures précédant l'accouchement) est lié, en analyse multivariée, à une perte excessive de poids chez le nouveau-né [48], ainsi qu'à un allongement du délai de la montée de lait [49], et une administration plus fréquente de compléments [50]. Il est possible que la perfusion importante de la mère augmente le poids de naissance de l'enfant, et que sa perte de poids soit plus importante du fait de l'élimination urinaire [50].

Il n'a pas été retrouvé sur le lien entre perfusion de la mère et apparition de crevasses (étude non publiée. B. Branger)

C. Autres situations

En cas d'hémorragie du post-partum (décalage montée laiteuse), épisiotomies (confort), forceps (douleur)... il n'a pas été trouvé de références.

Recommandations à la maternité au cours des 1ères heures et au cours des 1^{ers} jours

I. Les principes de l'allaitement au sein dans les premiers jours

Protection, promotion et soutien à l'allaitement maternel [51]⁴

Soutien immédiat pour initier et établir l'allaitement maternel

1. Le contact peau-à-peau précoce et sans interruption entre les mères et les nourrissons devrait être facilité et encouragé le plus tôt possible après l'accouchement (*preuves de qualité moyenne*).
2. Toutes les mères devraient être soutenues pour commencer l'allaitement dès que possible après la naissance, dans la première heure après l'accouchement (*preuves de haute qualité*).
3. Les mères devraient recevoir un soutien pratique pour leur permettre d'initier et de mettre en route l'allaitement maternel et de gérer les difficultés courantes d'allaitement (*preuves de qualité moyenne*).
4. Les mères devraient être informées sur la façon d'exprimer le lait maternel comme un moyen de maintenir la lactation en cas de séparation temporaire avec leurs enfants (*preuves de très faible qualité*).
5. Les services de maternité et de néonatalogie devraient permettre aux mères et à leurs nourrissons de rester ensemble dans la même chambre, la journée et la nuit, sauf en cas de déplacements nécessaires pour des soins médicaux spécialisés (*preuves de qualité moyenne*).
6. Les mères devraient être aidées à pratiquer une alimentation adaptée dans le cadre de nurturing care (soins attentifs aux bébés) (*preuves de très faible qualité*).

Pratiques alimentaires et besoins supplémentaires des nourrissons

7. Il est déconseillé aux mères et aux professionnels de donner de la nourriture ou des liquides autres que le lait maternel, sauf indication médicale (*preuves de qualité moyenne*).
8. Les mères devraient être encouragées à reconnaître les signes émis par leur nourrisson pour leur alimentation, leur proximité et leur confort, et leur permettre d'y répondre de différentes façons, pendant leur séjour en maternité et en néonatalogie (*preuves de haute qualité*).
9. Pour les prématurés qu'il est difficile d'allaiter directement, la succion non nutritive et la stimulation orale peuvent être bénéfiques jusqu'à ce que l'allaitement maternel soit établi (*preuves de faible qualité*).
10. Si du lait maternel ou d'autres aliments sont indiqués médicalement pour les bébés nés à terme, des méthodes d'alimentation telles que tasses, cuillères... peuvent être utilisées pendant leur séjour (*preuves de qualité moyenne*).
11. Si le lait maternel tiré ou d'autres aliments sont indiqués médicalement pour les nourrissons prématurés, les méthodes d'alimentation telles que les tasses ou les cuillères sont préférables aux biberons et aux tétines (*preuves de qualité moyenne*).

⁴ L'approche GRADE (<http://www.cerqual.org/>) définit (..) une cote de confiance basée sur la qualité des preuves - élevée, moyenne, faible ou très faible. Des preuves de haute qualité indiquent la confiance que le véritable effet est proche de celui de l'estimation de l'effet. Des preuves de qualité moyenne indiquent qu'une confiance modérée dans l'estimation de l'effet et que l'estimation vraie est susceptible d'être proche de l'estimation de l'effet, mais il est possible qu'elle soit différente. Des preuves de faible qualité indiquent que la confiance dans l'estimation de l'effet est limitée et que l'effet réel peut être sensiblement différent de l'estimation de l'effet. Des preuves de très faible qualité indiquent une très faible confiance dans l'estimation de l'effet et l'effet réel est probable être sensiblement différent de l'estimation de l'effet.

Créer un environnement favorable

12. Les services de maternité et de néonatalogie devraient avoir une politique d'allaitement maternel clairement écrite communiquée régulièrement au personnel et aux parents (*preuves de très faible qualité*).

13. Le personnel des établissements de santé qui fournit des services d'alimentation des nourrissons, y compris le soutien à l'allaitement maternel, devrait avoir les connaissances, les compétences suffisantes pour aider les femmes à allaiter (*preuves de très faible qualité*).

14. Lorsque les établissements fournissent des soins prénatals, les femmes enceintes et leurs familles devraient être conseillées sur les avantages et la gestion de l'allaitement maternel (*preuves de qualité moyenne*).

15. Dans le cadre de la protection, de la promotion et du soutien de l'allaitement maternel, les sorties des maternités doivent être planifiées et coordonnées afin que les parents et leurs enfants aient accès à un soutien continu (*preuves de faible qualité*).

Les maternités peuvent établir une charte (ou un règlement ou des recommandations) connue de tous les professionnels (et des mères). Voir un modèle publié aux USA en référence aux textes internationaux [52].

II. Recommandations "Initiative Hôpital Ami des bébés" (IHAB)

Les recommandations IHAB ont été ré-actualisées en 2018 (*revised Baby-friendly Hospital Initiative - BFHI - 2018*) sous le titre "*Protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services*" [53]. Nous reproduisons la version antérieure en attendant la traduction du texte de 2018 [54]. Une comparaison des recommandations de 1989, 2017 et 2018 est en référence [53]. Les preuves scientifiques de leur rôle sur l'allaitement maternel ont été publiées [55].

10 (+ 2) recommandations IHAB 2017 [54, 55]

1. Adopter une **politique d'accueil et d'accompagnement** des nouveau-nés et de leur famille, formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.

2. Donner à tous les personnels soignants les **compétences** nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.

3. **Inform**er toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique, qu'elles soient suivies ou non dans l'établissement. Informer les femmes enceintes hospitalisées à risque d'accouchement prématuré ou de naissance d'un enfant malade des bénéfices de l'allaitement et de la conduite de la lactation et de l'allaitement.

4. Placer le nouveau-né en **peau à peau** avec sa mère immédiatement à la naissance pendant au moins une heure et encourager la mère à reconnaître quand son bébé est prêt à téter, en proposant de l'aide si besoin. Pour le nouveau-né né avant 37 SA, il s'agit de maintenir une proximité maximale entre la mère et le nouveau-né, quand leur état médical le permet.

5. **Indiquer aux mères** qui allaitent comment pratiquer l'allaitement au sein et comment mettre en route et entretenir la lactation, même si elles se trouvent séparées de leur nouveau-né ou s'il ne peut pas téter. Donner aux mères qui n'allaitent pas des informations adaptées sur l'alimentation de leur nouveau-né.

6. Privilégier l'**allaitement maternel exclusif** en ne donnant aux nouveau-nés allaités aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale. Privilégier le lait de la mère, donné cru chaque fois que possible, et privilégier le lait de lactarium si un complément est nécessaire.

7. *Laisser le nouveau-né avec sa mère 24 heures sur 24. Favoriser la proximité de la mère et du bébé, privilégier le contact peau à peau et le considérer comme un soin.*
8. *Encourager l'alimentation « à la demande » de l'enfant. Observer le comportement de l'enfant prématuré et/ou malade pour déterminer sa capacité à téter. Proposer des stratégies permettant de progresser vers l'alimentation autonome.*
9. *Pour les bébés allaités, réserver l'usage des biberons et des sucettes aux situations particulières.*
10. *Identifier les associations de soutien à l'allaitement maternel et autres soutiens adaptés et leur adresser les mères dès leur sortie de l'établissement. Travailler en réseau.*
11. *Protéger les familles des pressions commerciales en respectant le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.*
12. *Pendant le travail et l'accouchement, adopter des pratiques susceptibles de favoriser le lien mère-enfant et un bon démarrage de l'allaitement.*

III. Actions de promotion en post-partum immédiat

A. Limiter les gestes agressifs auprès du nouveau-né

Le groupe de travail recommande de limiter les gestes invasifs chez un nouveau-né sain ayant une adaptation normale. Les "effractions orificielles" sont à bannir [34].

B. Gestion de la douleur de la femme allaitante en post-partum [42, 56-58]

La douleur en post-partum peut être un facteur limitant pour l'AM et peut compliquer la mise en place des tétées des premiers jours. Elle peut se situer au niveau périnéal, abdominal, rachidien ou mammaire (crevasses..). Elles peuvent participer à l'apparition de la dépression du post-partum.

La gestion de la douleur du post-partum chez la mère fait appel à de nombreux traitements : médicaments per os (opiacés, paracétamol, aspirine, AINS...), médicaments par voie dermique ou sous-cutanées locales (cicatrice de césarienne), médicaments en cas de maintien de la voie péridurale, médecines complémentaires (hypnose, acupuncture, homéopathie... assez peu documentées), moyens physiques (massages..), et relationnels. Toutes les études insistent sur l'utilisation conjointe des différentes méthodes, qui, pour la plupart, sont sans danger même si elles n'ont pas été toutes étudiées. Il faut également insister sur l'importance du respect des conditions générales favorables à l'AM (peau-à-peau, tétées précoces...).

Le passage dans le lait maternel des médicaments est surtout délétère pour les opiacés, en principe non indiqués. Les médicaments par voie IV doivent être utilisés avec prudence. Pour le détail, voir la mise au point de 2017 [58].

C. Actions possibles

Les actions de promotion à la maternité reposent sur des interventions auprès des femmes à titre individuel ou en groupe [24]. A noter que les interventions profitent en premier lieu aux femmes dont le niveau d'éducation est "le plus élevé". Il est nécessaire de cibler les populations dont les taux d'allaitement sont les plus bas. Les différentes formes d'intervention étudiées sont les suivantes :

1. Information et éducation en groupe

Les interventions au format "magistral" sont surtout "efficaces sur les populations bien dotées scolairement" (cf. PNP)). Les interventions post-natales ont montré leur efficacité sur la durée [59]. Les informations sont plus efficaces en traitant des besoins avec des méthodes interactives et participatives, plutôt que d'interventions d'experts délivrant des messages aux femmes et aux

couples. Les accents doivent être mis sur les bienfaits de l'allaitement, sur les mythes autour de l'AM, et les difficultés courantes.

2. Soutien individuel

Le soutien individuel par les professionnels de la maternité et par des consultantes en lactation est efficace sur la durée et le confort de l'AM.

3. Distribution seule de matériaux écrits et web

Les dons de brochure ou les conseils pour se connecter à Internet sont considérés comme inefficaces quand ils sont distribués seuls.

IV. Groupes à risques d'arrêts précoces

A. Femmes en situation de précarité et de vulnérabilité

1. Les enquêtes

Dans les pays à bas revenus et à revenus intermédiaires (*middle- and low-income*), une revue et une méta-analyse de 2017 sur 61 études [60] ont montré que "*des améliorations dans les pratiques d'allaitement au sein sont possibles dans les pays à revenus faibles et intermédiaires, grâce à l'utilisation d'interventions ciblées, en particulier lorsqu'elles sont administrées simultanément dans une combinaison d'informations.*"

Pour les femmes à bas revenus dans les pays développés, une étude dans le Michigan en 2017 [61] a montré qu'une intervention prénatale (10 visites prénatales en face-à-face) augmentait le taux d'initiation à 71.9 % alors que les femmes qui n'en bénéficiaient pas allaitaient à 51.5 % ($p < 0.0001$) (OR ajusté = 1.7; $p = 0.027$) ($p < 0.0001$). Pour la durée, il n'y a pas de différence entre les groupes avec ou sans intervention prénatale (durée de 4.3 ± 4.9 mois versus 4.0 ± 4.2 mois), mais les femmes qui avaient suivi l'intervention prénatale ET l'aide en post-natal allaitaient à 6 mois à 55 %, alors que les autres qui n'avaient suivi que l'intervention prénatale allaitaient à 28 % ($p < 0.002$). Il semblerait, dans cette étude, que, pour les femmes à bas revenus, l'intervention prénatale n'ait été efficace qu'avec une aide post-natale.

A contrario, une enquête en Irlande de 2018 a montré que les interventions - pré et post-natales - étaient moins efficaces chez les mères irlandaises et à faible niveau d'études que pour les mères non-Irlandaises et de niveau supérieur d'éducation pour l'AM exclusif [62].

Au total, les études semblent contradictoires, mais les résultats peuvent dépendre des actions et des pays, et qu'en première analyse en attendant d'autres études, les interventions vers les femmes les plus précaires ayant un niveau d'éducation scolaire bas puissent être indiquées en multipliant les types d'actions, surtout en période post-natale.

2. Remarques des membres du groupe de travail

Les notions de précarité et de vulnérabilité regroupent plusieurs situations très différentes :

- ✓ La précarité en situation d'urgence comme celle des femmes dans la rue ou des femmes migrantes arrivées dans l'urgence. Les obstacles à la mise en place et aux conseils sont nombreux, avec la barrière de la langue éventuellement. L'absence d'aide médicale d'Etat (pour motif humanitaire) est un facteur supplémentaire de difficultés pour la prise en charge des soins.

L'initiation et le maintien de l'AM sont particulièrement nécessaires. Les dons de lait en boîte (PPN) par des associations caritatives sont délétères en raison des conséquences néfastes sur la santé de l'enfant (mauvaise hygiène...), et la disqualification des compétences des mères. De plus, ultérieurement, le coût des biberons et des PPN peuvent devenir vite un problème. Les bénévoles de ces associations devraient suivre des formations spécifiques en AM.

- ✓ La précarité chronique de femmes françaises ou étrangères qui peut concerner l'habitat, les revenus, l'accès à la nourriture, et l'environnement social. Des problèmes de consommation de produits à risques ou des conduites addictives peuvent aggraver la situation. Le dépistage de la précarité doit s'effectuer pendant la grossesse, et la sortie de maternité doit être anticipée. Les sorties précoces de maternité ne sont pas adaptées. Les efforts conjugués de tous les professionnels concernés et leurs concertations sont nécessaires et mis en place de manière régulière en France; le rôle de la PMI est primordial. Des visites au domicile sont nécessaires en prénatal et dans le post-partum. Au total, le groupe de travail insiste sur les axes suivants : (1) Utiliser tous les supports possibles (visites systématiques, appels téléphoniques...), (2) Faire appel à tous les professionnels en coordination, (3) S'appuyer sur les "pairs", c'est-à-dire des femmes en situation de vulnérabilité allaitant ou ayant allaité (exemple le programme *peer to peer* PRALL avec ARPAL (voir www.programmerelaisallaitement.fr)).
- ✓ Les principes des aides auprès de ces femmes ont été formalisés, et le terme de "Universalisme proportionné" est désormais utilisé [63] : les actions de santé doivent concerner toutes les populations (universalisme), mais les populations les plus vulnérables doivent bénéficier d'actions spécifiques.

B. Femmes nées à l'étranger

Les femmes nées à l'étranger allaitent plus souvent et plus longtemps que les femmes nées en France. Dans l'étude Epifane [9], les femmes nées à l'étranger allaitent à 92.2 % versus 66.5 % pour les femmes nées en France ($p < 10^{-3}$). De même, pour ELFE [33], le taux est respectivement de 89.2 % versus 66.32 % ($p < 0.01$). Pour la durée, l'étude Epifane [4] montre que les femmes nées à l'étranger allaitent plus longtemps à 3, 6 et 12 mois par rapport aux femmes nées en France (68.2 %, 50.1 % et 21.8 % versus respectivement 34.7 %, 18.0 % et 5.8 %). Dans l'étude ELFE [35], la durée totale d'allaitement est plus longue pour les femmes nées à l'étranger pour l'allaitement total, mais identique pour l'allaitement prédominant (rôle des allaitements partiels).

Dans une étude aux USA [64], les femmes parlant leur langue d'origine allaitaient plus que les femmes parlant la langue du pays d'accueil : une acculturation (perte de sa culture d'origine) semble associée avec la baisse des taux d'AM [65]. Les actions d'intervention sont, en Irlande, plus efficace pour les non-Irlandaises que pour les Irlandaises [62].

La promotion de l'AM n'est peut-être donc pas prioritaire pour ces femmes nées à l'étranger avec deux remarques : (i) l'allaitement est surtout partiel et aurait donc moins de bénéfices pour la santé du nourrisson; (ii) il semble que les filles de ces femmes-ci, nées dans le pays de vie, rejoignent le statut des femmes de niveau social équivalents. La promotion pourrait donc avoir un rôle transgénérationnel.

Une action plus spécifique sur les compléments de PPN pourrait être ciblée spécifiquement, tout en restant vigilant sur le respect des habitudes familiales et culturelles.

C. Femmes avec surpoids ou obésité

Les femmes en surpoids ou avec une obésité pendant la grossesse allaitent moins souvent et moins longtemps que les autres femmes. Les raisons sont biologiques et physiologiques, mais s'ajoutent des facteurs culturels et sociaux [66]. Parmi elles, certaines ont eu des interventions chirurgicales de réduction mammaire ou à visée bariatrique.

Il n'existe pas d'études sur les actions spécifiques de promotion de l'AM. Les interventions de soutien visent à agir sur les représentations du corps, à favoriser les positions d'AM favorisant le transfert de lait. Les interventions peuvent avoir un effet négatif avec un effet stigmatisant [67]. Des propositions de visites au domicile, de supports téléphoniques et de supports écrits ont été faites dans plusieurs études [68-72]. Une étude montre un allongement de la durée, mais les autres ne montrent pas de différences (une, même un raccourcissement). En Irlande, les femmes en surpoids et obèses étaient moins sensibles aux actions de promotion et d'aide que les femmes avec

IMC normal [62]. L'utilisation de supports actuels avec SMS ou applications sur smartphones pourrait être envisagée auprès de certaines femmes [71].

D. Femmes mineures ou adolescentes

Les taux d'initiation de l'AM sont plus bas chez les femmes mineures et adolescentes. Dans l'enquête EpiFane [9], le taux est de 63.7 % pour l'AM total pour les femmes âgées de 18 - 24 ans contre 67.7 % pour les 25 - 30 ans. Dans l'enquête ELFE [33], ces taux étaient respectivement de 64.5 % versus 69.5 % (les taux des moins de 18 ans ne sont pas connus).

Les actions de promotion de l'AM auprès de ces populations sont rares. En Espagne, une amélioration des connaissances a été constatée après une intervention auprès d'adolescentes non enceintes [73]. Au Texas, après une intervention auprès d'adolescentes enceintes, une amélioration des tétées précoces a été mise en évidence, mais il n'y avait pas de résultats sur le taux d'initiation ou la durée [74].

Les femmes mineures ou adolescentes, en raison des taux plus bas d'initiation, doivent être informées de manière spécifique sur les bienfaits de l'AM.

Les facteurs d'arrêt d'allaitement sont les mêmes chez les mères adolescentes que pour les femmes adultes, mais les facteurs en cause sont plus nombreux chez les mères adolescentes (précarité, tabagisme..), et les durées d'AM sont en général écourtées. Les études publiées dont une méta-analyse de 6 études [75] font état du peu d'efficacité des interventions sur cette population, mais des actions spécifiques devraient être menées en incluant les parents et l'entourage, en particulier la mère de l'adolescente, et en insistant sur la nécessité d'entretien individualisé, pratique, et en "prenant du temps". Une étude montre, au Brésil, l'efficacité d'une intervention sur la durée, avec un effet négatif de la mère de l'adolescente [76].

E. Femmes fumeuses

Toutes les études, en France et à l'étranger, montrent que les femmes fumeuses pendant la grossesse et en post-partum allaitent moins souvent et moins longtemps que les femmes non-fumeuses (pour la France : [9, 33]). Il peut s'agir, pour partie, d'un facteur confondant en raison du caractère social du tabagisme. Le lien entre ces deux facteurs (tabagisme et allaitement) est complexe et n'a pas de solution toute faite, hormis la situation où la mise en route de l'AM est associée avec le sevrage tabagique (possible, mais rare). Le rôle nocif des produits (nombreux) de la combustion de cigarettes est mal évalué, mais des liens avec les problèmes respiratoires et la mort subite du nourrisson ont été publiés [77].

La plupart des études ne contre-indiquent pas l'allaitement en cas de tabagisme, ni en cas d'utilisation de produits nicotiques de substitution (patchs, gommes, cigarettes électroniques) [78]. Les tétées peuvent être proposées au moins deux heures après une consommation, et la nuit où la consommation de tabac est moindre [79].

A la question de savoir si une intervention sur l'un est bénéfique sur l'autre; une étude aux USA conclue que *"Les femmes à faible revenu qui avaient l'intention d'allaiter étaient plus susceptibles d'arrêter de fumer pendant la grossesse, et celles qui ont cessé de fumer au début de l'étude et en prénatal étaient plus susceptibles d'allaiter. L'appui simultané à l'allaitement et au renoncement au tabac peut être très utile pour changer ces comportements importants en matière de santé parmi cette population à haut risque."* [80].

F. Femmes consommant des drogues licites et illicites pendant la grossesse

La consommation de drogues illicites pendant la grossesse et en cas d'AM est souvent associée à d'autres facteurs de risques comme les problèmes de précarité ou le tabagisme [77]. A noter que les nouveau-nés ont un risque de présenter un syndrome de sevrage.

- ✓ Cannabis : les produits cannabinoïdes passent dans le lait maternel, et peuvent rester plusieurs semaines dans le corps de l'enfant [81]. Les conséquences sur l'enfant ne sont pas connues ni

à court terme, ni à long terme même s'il est admis que le développement cérébral puisse être affecté par des absorptions prolongées. En pesant les avantages du lait maternel et les inconvénients du cannabis [78], on peut dire que le sevrage est conseillé, que la femme doit être soutenue si elle veut se sevrer.

- ✓ Produits opiacés et produits de substitution : les usages des opiacés concernent la toxicomanie illicite ou prescrite (soit avec des produits de substitution, soit avec des produits anti-douleurs avec une utilisation détournée). Les prises peuvent être anciennes (et les produits de substitutions seront privilégiés), ou récentes (sans danger immédiat si l'enfant est allaité). Il n'y a pas de consensus sur le maintien ou non de l'AM en cas de prises continues, ou sur les modalités de passage aux produits de substitution. La codéine semble la plus délétère avec un cas de décès chez un enfant allaité. L'ABM déconseille en général d'allaiter en cas de prises d'opiacés au long cours [77]. La méthadone et la buprénorphine (Subutex® et Suboxone®) passent dans le lait maternel, mais à de faibles concentrations; l'ABM ne contre-indique pas l'AM dans ce cas [77].
- ✓ Cocaïne : le produit passe dans le lait maternel et peut y rester plusieurs jours; il est généralement déconseillé d'allaiter [82-84].
- ✓ Alcool : l'alcool passe dans le lait maternel et sa toxicité cérébrale est connue. Il est déconseillé d'absorber de l'alcool pendant l'allaitement. En cas d'impossibilité, on pourra choisir de donner une tétée au moins 2 heures après une ingestion (limitée au maximum à un verre ou deux bières....) [83].

V. Les actions spécifiques des professionnels

A. Le respect nécessaire du code international de commercialisation des substituts du lait maternel

Selon la dernière version (2018) du Code (1^{ère} publication en 1981), publié par l'OMS, l'UNICEF et l'IBFAN (*Marketing of breast-milk substitutes: National implementation of the international code*) [85], toute tentative des professionnels ou des fabricants de produits de substitution au lait maternel (PPN) de vendre, de donner ou de faire la promotion de ces produits a un rôle néfaste pour toute femme venant d'accoucher et sur l'ensemble du corps social vis-à-vis de l'allaitement maternel. Le code est largement méconnu des professionnels de la santé périnatale. La diffusion dans les établissements de santé, au quotidien et à l'occasion de formations, est impérative.

Quelques rappels :

- Les supports commerciaux donnés dans les maternités (boîtes roses....) sont interdites par le Code. Les suppléments alimentaires pour bébé (ex. Calmosine®) n'apportent rien à l'enfant par rapport au lait maternel.
- Les ordonnances de sortie doivent respecter le désir des mères d'allaiter. Sont permises les prescriptions concernant la vitamine D, et la vitamine K à 1 mois pour le bébé. Les mentions suivantes sont inutiles et interdites par le Code : marque d'une PPN ("au cas où..."), prescription d'un biberon sans indication médicale.
- Le Code doit pouvoir être expliqué à toutes les femmes.
- LLL [86] : *"Le droit des mères à être protégées contre les pratiques de marketing des fabricants de lait industriel n'est pas assuré comme il devrait l'être. Dans certains pays, les mères sont toujours contactées par ces fabricants. Les pratiques de distribution d'échantillons gratuits de lait industriel via les maternités n'ont pas disparu. Les fabricants ont également mis au point de nouvelles techniques de marketing, tels que les «clubs de bébés".*
- LLL [87] : *"Qu'est-ce qu'il n'est pas permis ? (1) La promotion auprès des parents des laits industriels : la publicité et les échantillons gratuits, (2) la promotion auprès des professionnels*

de santé avec des cadeaux et des échantillons gratuits,(3) la promotion des établissements de santé avec des affiches, du lait artificiel gratuit, des cadeaux publicitaires, (4) la promotion de produits non adaptés aux bébés".

- WHO [88] : "Le Code international protège l'allaitement maternel contre les techniques inappropriées de commercialisation des substituts du lait maternel. (...) Les techniques agressives et inappropriées de commercialisation de substituts du lait maternel et d'autres produits alimentaires qui font concurrence à l'allaitement au sein continuent de réduire l'efficacité des actions visant à améliorer les taux d'allaitement maternel. Ces pratiques de commercialisation ont souvent un effet négatif sur le choix des mères concernant l'allaitement maternel et sur leur capacité à allaiter leurs nourrissons de façon optimale".

B. Formation des professionnels et actualisation continue des connaissances

Les professionnels doivent être formés de manière spécifique à l'AM, selon des arguments basés sur les preuves [89].

1. Formation initiale

"Tous les médecins, quelle que soit leur spécialité, et tous les professionnels concernés par l'AM, doivent avoir des connaissances et des compétences de base en matière d'allaitement, de prévention, de diagnostic et de traitement des problèmes" [89].

2. Formation continue

"Les médecins en exercice (..), ont besoin d'une formation médicale continue dans le domaine de l'allaitement, afin de maintenir et d'améliorer leurs connaissances et leurs compétences cliniques. Les domaines clés de cette formation continue devraient inclure l'importance de l'allaitement, et en particulier les risques du non-allaitement, la gestion de la lactation, et les compétences en matière de conseils" [89]. Les médecins en exercice reconnaissent qu'ils ne comprennent pas clairement les conséquences de l'allaitement sur le plan de la santé publique, ou, du moins, font état d'avantages pour les pays en voie de développement, en ignorant ceux des pays développés : les avantages en Europe de l'AM sur la prévention et la gravité des bronchiolites, des diarrhées et des infections ORL sont documentés [90-93].

3. Principes d'indépendance des formations et des formateurs

Il y a lieu de vérifier que les sources et les références disponibles pour des formations sont indépendantes des structures vendant des PPN. De même, les formateurs doivent faire état de leurs liens d'intérêt, et d'éventuels conflits pouvant exister vis-à-vis de l'allaitement maternel.

4. Le financement des associations de professionnels et les avantages en nature

Le code de commercialisation interdit le financement des associations et des formations par les fabricants de PPN.

C. L'administration de suppléments/ compléments de PPN [94, 95]

Les suppléments à l'AM (ou "compléments" dans les maternités françaises) consistent en des produits PPN, de l'eau, de l'eau sucrée donnés à l'enfant alors qu'il est allaité. De manière générale, l'administration de compléments est un facteur de remise en cause de la poursuite de l'AM, mais des facteurs de confusion existent, et cette association n'est pas toujours retrouvée [96].

Certaines indications reposent sur les raisons liées à l'enfant, ou à la mère, alors que d'autres ne sont pas justifiées. Ce présent document ne peut aborder dans le détail ce problème difficile.

L'ABM recommande 3 étapes générales : (1) Interdire de principe les compléments, (2) Établir les indications précoces (médicales) d'administration de compléments, (3) Déterminer si un complément est nécessaire, et revoir les indications régulièrement.

Une autre approche concerne le calcul de la perte du poids du nouveau-né par rapport à son poids de naissance. Dans beaucoup de maternités, une perte calculée au-delà de 8 % (par exemple) par rapport au poids de naissance entraîne, de facto, une indication médicale d'un complément. Des auteurs ont proposé de prendre, comme référence du calcul de la perte de poids, le poids à 24 heures et non pas le poids de naissance, permettant ainsi l'élimination des liquides en trop dus aux perfusions au cours des césariennes et à des rétentions d'eau, ainsi que les grandes quantités de méconium, diminuant ainsi l'incidence de la perte de poids (et par conséquence les compléments) [50].

D. La sucette

De nombreux débats et de nombreuses publications ont traité des liens entre sucette (tétine, pacifier) et durée de l'allaitement maternel. On trouvera une analyse des études publiées [97]. De plus, la protection de la sucette vis-à-vis de la mort subite du nourrisson a ravivé les débats entre les avantages et les risques de la sucette. Enfin, le rôle de la sucette vis-à-vis du contrôle de la douleur, lors de procédures médicales, a été étudié.

Le groupe de travail rappelle que l'allaitement maternel a un rôle protecteur vis-à-vis de la mort subite, et a un rôle antalgique en cas de gestes médicaux. Par ailleurs, la sucette a des conséquences en termes de malocclusion dentaire et d'otite moyenne aiguë (controverté cependant).

C. Fonction de référent dans les maternités ou dans les réseaux

Les recommandations IHAB font état de la nomination d'un professionnel référent de l'allaitement maternel dans les maternités. Ce référent sera formé, et son temps de travail dédié à l'AM sera inclus dans son temps de travail.

D. Organisation des soins en fonction des rythmes des nouveau-nés

Les recommandations de l'OMS et de l'IHAB insistent sur le respect des rythmes des nouveau-nés lorsque des soins sont envisagés au nouveau-né : visite post-natale, tests de dépistage.....

VI. Place des partenaires de la famille et de l'entourage

On entend par partenaire toutes les personnes qui vivent avec la mère (père, conjoint, compagnon; féminin ou masculin.....). Leur rôle est majeur dans la durée d'allaitement, et les durées d'AM sont raccourcies lorsque les partenaires sont opposé(e)s à l'AM [98, 99].

Les actions de promotion doivent toujours s'appuyer sur les partenaires [100, 101]. La participation des partenaires aux séances de PNP, et aux séances d'alimentation en post-partum est recommandée.

Les réflexions négatives et autres récits personnels, quelquefois délétères, de l'entourage risquent de discréditer la femme allaitante ("pas de lait", "lait pas bon"...). Cependant, il faut prévoir de les écouter, et un moment peut être consacré à l'écoute de ces avis et remarques. Il sera judicieux de :

- Les accueillir avec empathie s'il s'agit des souffrances personnelles,
- Confirmer que ces faits sont connus des professionnels
- Proposer des sources d'information actualisées pour permettre à la personne de prendre du recul.

A l'accouchement, la présence du partenaire, y compris en cas de césarienne, est toujours conseillée avec l'accord de la femme. La pratique du peau-à-peau avec le partenaire est possible si la mère n'est pas disponible. Une chambre "familiale" est proposée dans certaines maternités. Les messages d'information sont basés sur le message "*Être parent sans nourrir*". Une intervention auprès des pères est associée à une durée d'AM exclusif plus longue dans un essai randomisé [102].

La connaissance de discordance des avis sur l'AM entre la femme et le partenaire doit être connue des professionnels en raison des risques de raccourcissement de la durée [103].

VII. Organisation de la sortie de maternité

Les conseils et les informations que l'on peut délivrer à la femme allaitante à la sortie de maternité sont nombreux et nécessitent du temps. Il n'y a pas dans la littérature d'articles étudiant les méthodes et les résultats des entretiens entre la femme et un professionnel au moment de la sortie. A l'heure des durées de séjour en maternité de plus en plus courtes, il faut insister sur les nécessaires coordinations entre les maternités et les soins "de ville" pour permettre un suivi précoce, et une similitude des discours professionnels auprès des femmes allaitantes.

Recommandations des membres du groupe de travail pour organiser la sortie de maternité

1. Les conseils de sortie doivent être dispensés **en tête-à-tête par un professionnel** formé à l'allaitement (auxiliaires de puéricultrice, sage-femme, pédiatre, puéricultrice). Le professionnel ne doit pas être un étudiant qui serait non formé ou qui serait seul en présence de la femme ou du couple.
2. Les conseils peuvent être dispensés aussi **en petits groupes** de quelques personnes à une dizaine. L'OMS recommande de ne pas réunir les femmes qui allaitent et celles qui n'allaitent pas.
3. Les **informations doivent être priorisées** selon un ordre à organiser dans la maternité et en fonction des besoins et des demandes des femmes et des couples.
4. Dans les maternités avec une organisation de **soins "globalisés"** (personnel dédié à la femme ET l'enfant, et limitation des intervenants), un professionnel formé à l'allaitement maternel doit pouvoir répondre à la demande pour les allaitements difficiles.
5. L'allaitement fait partie des **innombrables sujets** à traiter avant la sortie, mais peut représenter **une partie importante** du temps consacré à cette tâche :
 - a. Mise en route de l'allaitement maternel, en particulier chez les primipares, les jeunes femmes ou les femmes en situation de vulnérabilité, ou avec un début difficile. Courbe de poids au cours de l'allaitement; reprise de croissance... Signes de transfert de lait; rythmes des tétées, jours de pointe (anciens "pics de croissance"). Conseils en cas d'utilisation de tire-laits.
 - b. Réponses à apporter à la demande du nourrisson, ou aux pleurs. Besoins de proximité et de portage. Exposer les modalités de sommeil (chambre des parents, lit...). Prévention de la mort subite (sommeil sur le dos +++), et du bébé secoué. Attitude en cas de fièvre.
 - c. Soins du cordon.
 - d. Sécurité en automobile, limites des écrans (télévision, tablettes...), conseils en cas de sortie du domicile (voir Carnet de Santé récent).
 - e. Suivi médical de la femme et du nourrisson : modalités, lieux, personnes. Douleur et problèmes gynécologiques chez la femme. Rendez-vous médicaux pour la mère (VPN à 6 semaines) et le bébé. Relais auprès des associations d'aide à l'AM (numéro de téléphone des professionnels et des associations d'aide à l'allaitement ("relais").)
 - f. Vaccinations de la femme et de l'enfant dont la vaccination anti-coquelucheuse ou anti-grippale.
 - g. Contraception et reprise de la sexualité après l'accouchement : fiche avec reprise contraception, consultation post-natale

Quelques remarques sur les conseils de sortie :

- La participation des femmes à des réunions de groupe de femmes allaitantes est un facteur facilitant de l'initiation et de la durée de l'AM : partager le quotidien des têtées, obtenir des encouragements, avec l'aide d'une animatrice, sont des facteurs positifs. En effet, l'observation et l'imitation d'autres femmes, le vécu d'une expérience collective favorisent la construction de la confiance chez l'individu. Ces réunions peuvent avoir lieu au cours d'une visite au domicile ou en consultation [104-106]. La fréquence optimale de ces visites n'est pas déterminée avec précision : toutes les semaines au début, puis tous les 15 jours [106]. Les relations ont été décrites comme plus faciles et plus empathiques qu'avec les professionnels. Ces actions sont surtout indiquées pour les populations défavorisées et en particulier si les bénévoles sont du même milieu social.
- Le soutien individuel par des consultantes en lactation est efficace sur la durée et le confort de l'AM. Il a également un rôle également sur le fait de retarder l'introduction des aliments solides [107]. Les actions spécifiques sur les populations précaires sont efficaces [59]. Les interventions sont multiples et systématiques, sans attendre la demande qui est inefficace [99, 105]. Enfin, les aides systématiques par téléphone sont efficaces.
- Les limites de ces interventions sont constituées par le manque de disponibilité des professionnels, l'absence de rémunération des consultantes en lactation et l'absence de reconnaissance des consultations d'allaitement (par des professionnels formés qui peuvent ne pas être médecins ou sages-femmes) en établissement de soins ou en ville.

Pour une politique nationale de santé et de suivis d'indicateurs

On trouvera dans le Rapport *World Breastfeeding Trends Initiative (WBTi) France* [108] publié en décembre 2017 les recommandations auprès des décideurs pour mettre en place un programme de promotion et de soutien de l'allaitement maternel.

15 recommandations du WBTi [108]

1. Créer le Comité national pour l'allaitement, conformément à la Déclaration d'Innocenti (1990) avec des fonds alloués pour une politique cohérente sur la durée.
2. Accorder le haut patronage du Ministère des solidarités et de la santé à la SMAM et aux congrès tels que les Journées régionales, nationales et internationales de l'allaitement (JIA, JNA, JRA).
3. Renforcer la formation initiale pour l'accompagnement à l'allaitement - théorique et pratique - pour tous les professionnels de santé intervenant en périnatalité.
4. Créer des postes dédiés à la consultation d'allaitement dans les maternités - ne pas se contenter de former les professionnels, mais aussi leur donner un temps dédié et les détacher pour les accompagnements à l'allaitement dans les services.
5. Formuler des objectifs clairs pour les taux et la durée d'allaitement, avec un suivi continu et une évaluation adéquate.
6. Adopter les indicateurs EuroPéristat et OMS pour le recueil des données statistiques françaises.
7. Etendre la législation en rapport avec la transparence sur les liens d'intérêt aux entreprises et produits agroalimentaires.
8. Allonger le congé maternité à 6 mois, pour toutes les femmes et dès le premier enfant.
9. Former toute personne en contact avec la mère et son bébé à l'allaitement pour pouvoir donner des informations utiles, pratiques et valorisantes.
10. Promouvoir la démarche IHAB qui est à la fois un projet d'équipe fédérateur et un label qualité pour bien accueillir la famille et son bébé, et l'étendre à toutes les maternités.
11. Créer une société « bienveillante » pour l'allaitement par des spots télévisés, des affiches, des coins confortables maman-bébé.
12. Valoriser l'implication des associations engagées dans le soutien à l'allaitement : c'est un pan dynamique de la société, avec des personnes motivées et souvent bénévoles.
13. Donner une information claire et non biaisée sur la qualité du lait maternel et les enjeux de santé pour la mère et l'enfant.
14. Protéger l'allaitement en situation d'urgence (catastrophes, crises, migration etc.) car c'est un atout pour la santé. De bons documents d'information et des modules de formation existent, les responsables des cellules de crise peuvent s'en inspirer.
15. Respecter le choix des femmes et des familles d'allaiter ou pas, et les accompagner dans leur décision avec un soutien de qualité.

=====

Références

1. De Launay C, Salanave B, Deschamps V, et al. Épifane - Etude pilote 2010. Epidémiologie en France de l'alimentation et de l'état nutritionnel des enfants pendant leur première année de vie. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire - Université Paris 13 2011: 16 pages - <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/Rapports-et-syntheses/Maladies-chroniques-et-traumatismes/2012/Epifane-Etude-pilote-2010>.
2. ELFE, de Lauzon-Guillain B, Projet SOFI, et al. Alimentation lactée dans la 1ère année : état des lieux. 15 pages - http://www.elfe-france.fr/images/documents/Alimentation-lactee-France_JS-ELFE_De-Lauzon-Guillain.pdf.
3. INSERM, EPOPé, DREES, et al. Enquête nationale périnatale - Rapport 2016 - Les naissances et les établissements - Situation et évolution depuis 2010 2017: 317 pages - http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf.
4. Salanave B, de Launay C, Boudet-Berquier J, et al. Durée de l'allaitement maternel en France (Epifane 2012-2013). Bull Epidemiol Hebd 2014; 27: http://invs.santepubliquefrance.fr/beh/2014/27/pdf/2014_27_2.pdf.
5. Salanave B, De Launay C, Boudet-Berquier J, et al. Alimentation des nourrissons pendant leur première année de vie Résultats de l'étude Epifane 2012-2013. Saint-Maurice : Institut de veille sanitaire 61 pages - http://opac.invs.sante.fr/doc_num.php?explnum_id=10631.
6. INSERM, EPOPé, DREES. Enquête nationale périnatale - Rapport 2016. 2017: 317 pages.
7. Branger B, Dinot-Mariau L, Lemoine N, et al. Durée d'allaitement maternel et facteurs de risques d'arrêt d'allaitement : évaluation dans 15 maternités du Réseau de santé en périnatalité des Pays de la Loire. Arch Pediatr 2012; 19: 1164-76.
8. César C, Déterminants sociaux de l'allaitement maternel, in *Inégalités sociales de santé en lien avec l'alimentation et l'activité physique. Expertise collective*, i. Inserm, Editor. 2014: Paris. p. 267-307. www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/6522/?sequence=16.
9. Salanave B, De Launay C, Guerrisi C, et al. Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. Résultats de l'étude Epifane, France, 2012. BEH 2012; 34.
10. WHO. Global strategy for infant and young child feeding. <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241562218/en/> 2003: 30 pages.
11. Leruth C, Goodman J, Bragg B, et al. A Multilevel Approach to Breastfeeding Promotion: Using Healthy Start to Deliver Individual Support and Drive Collective Impact. Matern Child Health J 2017; 21(Suppl 1): 4-10.
12. McInnes RJ, Love JG, Stone DH. Evaluation of a community-based intervention to increase breastfeeding prevalence. J Public Health Med 2000; 22(2): 138-45.
13. Sallam SA, Babrs GM, Sadek RR, et al. Knowledge, attitude, and practices regarding early start of breastfeeding among pregnant, lactating women and healthcare workers in El-Minia University Hospital. Breastfeed Med 2013; 8(3): 312-6.
14. Vural F, Vural B. The effect of prenatal and postnatal education on exclusive breastfeeding rates. Minerva Pediatr 2017; 69(1): 22-29.
15. Zhu Y, Zhang Z, Ling Y, et al. Impact of intervention on breastfeeding outcomes and determinants based on theory of planned behavior. Women Birth 2017; 30(2): 146-152.
16. Imdad A, Yakoob MY, Bhutta ZA. Effect of breastfeeding promotion interventions on breastfeeding rates, with special focus on developing countries. BMC Public Health 2011; 11 Suppl 3: S24.
17. Lumbiganon P, Martis R, Laopaiboon M, et al. Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. Cochrane Database Syst Rev 2016; 12: Cd006425.

18. Dyson L, McCormick F, Renfrew MJ. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2005; 18: 2.
19. Spiby H, McCormick F, Wallace L, et al. A systematic review of education and evidence-based practice interventions with health professionals and breast feeding counsellors on duration of breast feeding. *Midwifery* 2009; 25: 50-61.
20. Bhutta ZA, Das JK, Rizvi A, et al. Evidence-based interventions for improvement of maternal and child nutrition: what can be done and at what cost ? *Lancet* 2013; 382: 452-77.
21. Chapman DJ, Morel K, Anderson AK, et al. Breastfeeding peer counseling: from efficacy through scale-up. *J Hum Lact* 2010; 26: 314-26.
22. Flax VL, Negerie M, Ibrahim AU, et al. Integrating group counseling, cell phone messaging, and participant-generated songs and dramas into a microcredit program increases Nigerian women's adherence to international breastfeeding recommendations. *J Nutr* 2014; 144(7): 1120-4.
23. Mattar CN, Chong YS, Chan YS, et al. Simple antenatal preparation to improve breastfeeding practice: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2007; 109(1): 73-80.
24. César C. Actions de promotion de l'allaitement maternel. *ipubli-INSERM* 2014: 567-595 - www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/6522/?sequence=25.
25. Massé R. *Ethique et Santé publique. Enjeux, valeurs, et normativité*, ed. Presses universitaires de Laval (Canada). 2003.
26. Beauchamp TL, Childress JF. *Les principes de l'éthique biomédicale*. Les Belles Lettres - Paris 2008.
27. ACOG - Committee on Ethics 2007 (réaffirmé 2013). *Ethical Decision Making in Obstetrics and Gynecology*. ACOG 2013; 390: 9 pages - <http://www.acog.org/Resources-And-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Ethics/Ethical-Decision-Making-in-Obstetrics-and-Gynecology>.
28. Agence de la santé publique du Canada. *Protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel : un guide pratique pour les programmes communautaires - 2e édition*. 2014: 61 pages - <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/enfance-adolescence/publications/protoger-promouvoir-soutenir-allaitement-maternel.html>.
29. PNNS 2011-2015, Santé Mdl. *Programme National Nutrition Santé*. 2011: 66 pages - <http://www.mangerbouger.fr/pro/le-pnns/pnns-106/connaitre-le-pnns/le-pnns-2011-2015.html>.
30. Branger B. Prévalence et caractéristiques de l'entretien prénatal précoce : Résultats d'une enquête dans les réseaux de santé en périnatalité, France, 2012. *BEH* 2015; 6-7: 123-31.
31. Barandon S, Balès M, Melchior M. Entretien prénatal précoce et séances de préparation à la naissance et à la parentalité : caractéristiques psychosociales et obstétricales associées chez les femmes de la cohorte ELFE. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*; 45: 599-607.
32. HAS. *Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP)*. 2005: 56 pages - https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/.../pdf/preparation_naissance_recos.pdf.
33. Kersuzan C, Gojard S, Tichit C, et al. Prévalence de l'allaitement à la maternité selon les caractéristiques des parents et les conditions de l'accouchement. Résultats de l'enquête elfe maternité, France métropolitaine, 2011. *BEH* 2014; 27: 440-9.
34. HAS. *Accouchement normal : accompagnement de la physiologie et interventions médicales*. 2017: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2820336/fr/accouchement-normal-accompagnement-de-la-physiologie-et-interventions-medicales.
35. Wagner S, Kersuzan C, Gojard S, et al. Durée de l'allaitement en France selon les caractéristiques des parents et de la naissance. Résultats de l'étude longitudinale française ELFE, 2011. *BEH*; 29: 522-32.

36. Zhao J, Zhao Y, Du M, et al. Does Caesarean Section Affect Breastfeeding Practices in China? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Matern Child Health J* 2017; 21: 2008-24.
37. Akter T, Dawson A, Sibbritt D. The determinants of essential newborn care for home births in Bangladesh. *Public Health* 2016; 141: 7-16.
38. Zanardo V, Bertin M, Sansone L. The adaptive psychological changes of elective induction of labor in breastfeeding women. *Early Hum Dev* 2017; 104: 13-6.
39. García-Forte P, González-Mesa E, Blasco M, et al. Oxytocin administered during labor and breast-feeding: a retrospective cohort study. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2014; 27: 1598-603.
40. Jordan S, Emery S, Watkins A, et al. Associations of drugs routinely given in labour with breastfeeding at 48 hours: analysis of the Cardiff Births Survey. 2009; 116: 1622-32.
41. Gizzo S, Di Gangi S, Saccardi C, et al. Epidural analgesia during labor: impact on delivery outcome, neonatal well-being, and early breastfeeding. *Breastfeed Med* 2012; 7: 262-8.
42. Martin E, Vickers B, Landau R, et al. ABM Clinical protocol #28. Peripartum analgesia and anesthesia for the breastfeeding mother. *Breastfeed Med* 2018; 13: 164-71.
43. Wetzl RG, Delfino E, Peano L, et al. A priori choice of neuraxial labour analgesia and breastfeeding initiation success: a community-based cohort study in an Italian baby-friendly hospital. *BMJ Open* 2019; 9: e025179.
44. LLL. Médicaments utilisés en anesthésiologie (1ère et 2ème partie). *Dossiers Allaitement* 2015; 103 et 104.
45. Klomp T, van Poppel M, Jones L, et al. Inhaled analgesia for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012; 9 :CD009351. doi: 10.1002/14651858.CD009351.pub2.
46. Erickson EN, Emeis CLJ. Breastfeeding Outcomes After Oxytocin Use During Childbirth: An Integrative Review. *Midwifery Womens Health* 2017; 62: 397-417.
47. Gomes M, Trocadero V1, Carlos-Alves M, et al. Intrapartum synthetic oxytocin and breastfeeding: a retrospective cohort study. *J Obstet Gynaecol.* 2018; 9: 1-5.
48. Chantry CJ, Nommsen-Rivers LA, Pearson JM, et al. Excess Weight Loss in First-Born Breastfed Newborns Relates to Maternal Intrapartum Fluid Balance. *Pediatrics* 2011; 127: e171-9.
49. Noel-Weiss J, Woodend AK, Peterson WE, et al. An observational study of associations among maternal fluids during parturition, neonatal output, and breastfed newborn weight loss. *Int Breastfeed J* 2011; 15: 6-9.
50. Deng X, McLaren M. Using 24-Hour Weight as Reference for Weight Loss Calculation Reduces Supplementation and Promotes Exclusive Breastfeeding in Infants Born by Cesarean Section. *Breastfeed Med* 2018; 13: 128-34.
51. WHO. Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services - Guideline. 2017: 120 pages - <http://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/breastfeeding-facilities-maternity-newborn/en/>.
52. ABM, Philipp BL. ABM Clinical Protocol #7 : Model Breastfeeding Policy. The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee. *Breastfeeding Med* 2010; 5: 173-77 - <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20590476>. Traduit en français LLL <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine/1018-7-modele-de-reglement-concernant-lallaitement>.
53. World Health Organization, UNICEF. Protecting, promoting, and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital Initiative 2018 - Implementation guidance. 2018: <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-implementation/en/>.
54. IHAB. Les 12 recommandations. 2016: <https://amis-des-bebes.fr/tout-sur-ihab.php>.

55. OMS. Données scientifiques relatives aux 10 conditions IHAB - Arguments et preuves servant de fondements à l'IHAB. 1999: 128 pages - <https://amis-des-bebes.fr/documents-reference.php>.
56. RSN. Prise en charge de la douleur en obstétrique par la sage-femme 2011: 12 pages - <https://www.reseau-naissance.fr/categorie-documents/referentiels/>.
57. Réseau Sécurité Naissance - Pays de la Loire. Prise en charge de la douleur en obstétrique par la sage-femme. 2011: <https://www.google.fr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKewjpxX2q8LeAhXPxIUKHXFBakQFjAAegQIABAC&url=https%3A%2F%2Fwww.reseau-naissance.fr%2Fmedias%2F2016%2F12%2F20111103-rsn-pec-douleur-sage-femme.pdf&usq=AOvVaw0XAEY410GUoDHbzITJjXd>.
58. ABM, Reece-Stremtan S, Noble L, et al. Analgesia and anesthesia for the breastfeeding mother. *Breastfeed Med* 2017; 12: <https://www.liebertpub.com/doi/abs/10.1089/bfm.2017.29054.srt?journalCode=bfm>.
59. Britton C, McCormick FM, Renfrew MJ, et al. Support for breast-feeding mothers. *Cochrane Database Syst Rev* 2009; CD001141.
60. Sinha B, Chowdhury R, Upadhyay RP, et al. Integrated Interventions Delivered in Health Systems, Home, and Community Have the Highest Impact on Breastfeeding Outcomes in Low- and Middle-Income Countries. *J Nutr* 2017; 147(11): 2179s-2187s.
61. Schreck PK, Solem K, Wright T, et al. Both Prenatal and Postnatal Interventions Are Needed to Improve Breastfeeding Outcomes in a Low-Income Population. *Breastfeed Med* 2017; 12: 142-8.
62. O'Sullivan EJ, Alberdi G, Scully H1 KN, et al. Antenatal breastfeeding self-efficacy and breastfeeding outcomes among mothers participating in a feasibility breastfeeding-support intervention. *Ir J Med Sci* 2018; doi: 10.1007/s11845-018-1884-0.
63. Bambra C, Smith KE, Garthwaite K, et al. A labour of Sisyphus? Public policy and health inequalities research from the Black and Acheson Reports to the Marmot Review. *J Epidemiol Community Health* 2011; 65: 399-406.
64. Sussner KM, Lindsay AC, Peterson KE. The influence of acculturation on breast-feeding initiation and duration in low-income women in the US. *J Biosoc Sci* 2008; 40: 673-96.
65. Singh GK, Kogan MD, Dee DL. Nativity/immigrant status, race/ethnicity, and socioeconomic determinants of breastfeeding initiation and duration in the United States, 2003. *Pediatrics* 2007; 119 Suppl: S38-46.
66. Boudet J. Obésité maternelle avant grossesse, allaitement du nourrisson et évolution du poids maternel en post partum. Thèse de Santé Publique - Paris Saclay 2018: Soutenue le 31 janvier 2018 - <https://www.theses.fr/2018SACL5022>.
67. LLL France. Impact négatif de l'obésité sur l'allaitement. *Dossiers Allaitement* 2016; 109: Traduit de : Kendall-Tackett K. Weighing in on obesity and breastfeeding: factors possibly related to lower breastfeeding rates in women with higher BMIs. *Breastfeed Rev.* 2015; 23:7-12.
68. Carlsen EM, Kyhnaeb A, Renault KM, et al. Telephone-based support prolongs breastfeeding duration in obese women: a randomized trial. *Am J Clin Nutr.* 2013; 98: 1226-32.
69. Chapman DJ, Morel K, Bermúdez-Millán A, et al. Breastfeeding education and support trial for overweight and obese women: a randomized trial. *Pediatrics* 2013; 131: e162-70.
70. Rasmussen KM, Dieterich CM, Zelek ST, et al. Interventions to increase the duration of breastfeeding in obese mothers: the Bassett Improving Breastfeeding Study. *Breastfeed Med* 2011; 6: 69-75.
71. Harari N, Rosenthal MS, Bozzi V, et al. Feasibility and acceptability of a text message intervention used as an adjunct tool by WIC breastfeeding peer counsellors: The LATCH pilot. *Matern Child Nutr* 2018; 14(1).

72. Boudet J. Obésité maternelle avant grossesse, allaitement du nourrisson et évolution du poids maternel en post partum. Paris-Saclay - Santé Publique France 2018: <http://www.theses.fr/2018SACL5022>.
73. Hernández Pérez MC, Díaz-Gómez NM, Romero Manzano AM, et al. Effectiveness of an intervention to improve breastfeeding knowledge and attitudes among adolescents. *Rev Esp Salud Publica* 2018; 92: e201806033.
74. Grassley JS, DJ. S. Evaluation of the supportive needs of adolescents during childbirth intrapartum nursing intervention on adolescents' childbirth satisfaction and breastfeeding rates. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2012; 41: 33-44.
75. Sipsma HL, Jones KL, H. C-L. Breastfeeding among adolescent mothers: a systematic review of interventions from high-income countries. *J Hum Lact* 2015; 31: 221-9.
76. Dias de Oliveira L, Justo Giugliani ER, Córdova do Espírito Santo L, et al. Counselling sessions increased duration of exclusive breastfeeding: a randomized clinical trial with adolescent mothers and grandmothers. *Nutr J* 2014: 1-7.
77. Academy of breastfeeding medicine. Guidelines for breastfeeding and substance use ou substance use disorder. *Breastfeed Med* 2015; 10: 135-41. Traduction : (Traduction LLL : <https://www.lllfrance.org/1606-21-recommandations-pour-lallaitement-chez-la-femme-toxicomane>). .
78. LLL. Tabagisme et produits de substitution - Cannabis. DA 2014; 101: <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/dossiers-de-l-allaitement/1357>
79. LLL. Allaitement et consommation de tabac. AA 2003; 56: <https://www.lllfrance.org/1168-56-allaitement-et-tabac>
80. Morgan H, Hoddinott P, Thomson G, et al. Benefits of Incentives for Breastfeeding and Smoking cessation in pregnancy (BIBS): a mixed-methods study to inform trial design. *Health Technol Assess*. 2015; 19: 1-522, vii-viii.
81. Ryan SA, and al. Marijuana use during pregnancy and breastfeeding : implications for neonatal and childhood outcomes. *Pediatrics* 2018 2018; 142: e20181889.
82. Jones W. Cocaine use and the breastfeeding mother. *Pract Midwife* 2015; 18: 19-22.
83. Marcellin L, Chantry AA. Allaitement maternel (partie IV) : usages des médicaments, diététique et addictions - recommandations pour la pratique clinique. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de La Reproduction* 2015; 44: 1091-1100.
84. Cressman AM, Koren G, Pupco A, et al. Maternal cocaine use during breastfeeding. *Can Fam Physician* 2012; 58: 1218-9.
85. WHO, UNICEF, IBFAN. Marketing of breast-milk substitutes: National implementation of the international code. 2018: 80 pages (en anglais) - http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/code_report2018/en/.
86. LLL. Le Code International de Commercialisation des substituts du lait maternel DA 72 2007: <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/dossiers-de-l-allaitement/1028-da-72-code-international-commercialisation>.
87. LLL. Guide Rapide sur le Code International (OMS). 2017: <https://www.llli.org/guide-rapide-sur-le-code-international-oms-2/>.
88. WHO, UNICEF, IBFAN. Commercialisation des substituts du lait maternel: mise en œuvre du code international à l'échelle nationale. 2016: http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/code_report2016/fr/.
89. Academy of breastfeeding medicine. Educational objectives and skills for the physician with respect to breastfeeding. *Breastfeed Med* 2011; 6: 99-105 - Traduit LLL; voir <https://www.lllfrance.org/1642-objectifs-de-formation-et-competences-necessaires-en-matiere-d-allaitement-pour-les-professionnels-de-sante>.
90. Ladomenou F, Moschandreass, J KA. Protective effect of exclusive breastfeeding against infections during infancy : a prospective study. *Arch Dis Child* 2010; 95: 1004-8.

91. Gorlanova O, Thalmann S, Proietti E, et al. Effects of breastfeeding on respiratory symptoms in infancy. *J Pediatr* 2016; 174: 111-7.
92. Ladomenou F, Moschandreas J, Kafatos A, et al. Protective effect of exclusive breastfeeding against infections during infancy : a prospective study. *Arch Dis Child* 2010; 95: 1004-8.
93. Nicolai A, Frassanito A, Nenna R, et al. *Pediatr Inf* risk factors for virus-induced acute respiratory tract infections in children younger than 3 years and recurrent wheezing at 36 months follow-up after discharge. *Ped Inf Disease* 2017; 36: 179-83.
94. Academy of breastfeeding medicine, Kellams A. Supplementary feeds in the healthy term breastfed neonate. *Breastfeed Med* 2017; 12: 188-98. Traduit LLL : <https://www.lllfrance.org/1020-3-recommandations-pour-le-don-de-complements-en-maternite>).
95. UNICEF/WHO. Baby Friendly Hospital Initiative, revised, updated and expanded for integrated care, Section 4, Hospital Self-Appraisal and Monitoring. 2006: www.who.int/nutrition/topics/BFHI_Revised_Section_4.pdf
96. Flaherman VJ, Narayan NR, O'Connor D, et al. The Effect of Early Limited Formula on Breastfeeding, Readmission, and Intestinal Microbiota: A Randomized Clinical Trial. *J Pediatr Nurs* 2018; 196: 84-90.
97. IBFAN, Di Mario S. Allaitement et sucettes. 2013: 1 - 9. <https://www.gifa.org/publications/allaitement-et-sucettes/>.
98. Didierjean-Jouveau CS. 10 mensonges les plus gros sur l'allaitement, ed. E. Langles. 2006.
99. Labarere J, Gelbert-Baudino N, Ayral AS, et al. Efficacy of Breastfeeding Support Provided by Trained Clinicians During an Early, Routine, Preventive Visit: A Prospective, Randomized, Open Trial of 226 Mother-Infant Pairs. *Pediatrics* 2005; 115: e139-e146.
100. Stremler J, Lovera D. Insight from a breastfeeding peer support pilot program for husbands and fathers of Texas WIC participants, 2004 ; 20(4) : 417-22. *Journal of Human Lactation* 2004; 20: 417-22.
101. Pisacane A. A controlled trial of the father's role in breastfeeding promotion. *Pediatrics* 2005; 116: e494-8.
102. Pisacane A, Continisio GI, Aldinucci M, et al. A controlled trial of the father's role in breastfeeding promotion. *Pediatrics* 2005; 116: e494-8.
103. Wallenborn JT, Chambers G, Lowery EP, et al. Discordance in Couples Pregnancy Intentions and Breastfeeding Duration: Results from the National Survey of Family Growth 2011-2013. *J Pregnancy* 2018; 24: 8 pages.
104. Chapman DJ, Damio G, Young S, et al. Effectiveness of breastfeeding peer counseling in a low-income, predominantly Latina population: a randomized controlled trial. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004; 158: 897-902.
105. Graffy J, Taylor J, Williams A, et al. Randomised controlled trial of support from volunteer counsellors for mothers considering breast feeding. *BMJ* 2004; 328: 26.
106. Martens PJ. Increasing breastfeeding initiation and duration at a community level : an evaluation of Sagkeeng First Nation's community health nurse and peer counselor programs. *J Hum Lact* 2002; 18: 236-46.
107. Wen LM, Baur LA, Simpson JM, et al. Effectiveness of an early intervention on infant feeding practices and "tummy time": a randomized controlled trial. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2011; 165: 701-7.
108. World Breastfeeding Trends Initiative (WBTI). Rapport France avec documentation. 2017: 139 pages - <https://info-allaitement.org/ressources-en-ligne/rapport-wbti-france/>.
109. The Academy of Breastfeeding Medicine - ABM Protocols, Holmes AV, A Yerdon McLeod, et al. Clinical Protocol Number 5 - Peripartum Breastfeeding Management For the Healthy Mother and Infant at Term. *Breastfeed Med* 2013; 8: 469-73 - Traduit LLL :

<https://www.llf.france.org/vous-informer/fonds-documentaire/textes-de-l-academy-of-breastfeeding-medicine/1022>.

Annexe : Quelques messages de promotion et de soutien

Les messages pratiques [109]

1. Les femmes enceintes doivent bénéficier **d'informations** sur les bénéfices de l'allaitement maternel et sur sa pratique. Elles doivent être informées de l'intérêt de débiter l'allaitement dans l'heure qui suit la naissance. Les informations transmises par les fabricants de PPN ne sont pas appropriées.
2. Les informations délivrées pendant la grossesse sont peu efficaces sur le taux d'initiation, mais **couplées avec les informations après la naissance**, elles sont associées à une durée plus longue. Des contacts pendant la grossesse auprès de consultant(e)s en lactation, pour des femmes ou des groupes de femmes à faible taux d'AM doivent être organisés.
3. Les femmes doivent pouvoir **bénéficier d'une aide** pendant l'accouchement et dans les heures suivantes pour démarrer leur allaitement maternel. L'accouchement devra être le plus naturel possible, sauf indication médicale et chirurgicale, pour favoriser le démarrage de l'AM. Une politique d'anesthésie et d'analgésie visant à limiter les gestes et les produits permettra d'améliorer la qualité des premières tétées.
4. Le nouveau-né à terme en bonne santé doit être mis **en peau-à-peau** pour favoriser le lien mère-enfant et la mise en route de l'AM. Les gestes non essentiels risquent de retarder le moment de la 1^{ère} tétée. La 1^{ère} tétée doit avoir lieu en salle de naissance ou en salle de réveil. La mère et le bébé doivent rester ensemble 24 h sur 24 en maternité.
5. Les **professionnels doivent être formés** à l'allaitement maternel. Du temps dédié à l'évaluation des tétées est nécessaire. Un référent "Allaitement maternel" avec du temps reconnu doit être nommé dans chaque maternité.
6. Le **nombre de tétées** des premiers jours est de 8 à 12. Il n'y a pas de raison de limiter le nombre des tétées. Les bébés allaités, sans problèmes médicaux, ne doivent pas recevoir de compléments. En cas de problème médical, une évaluation détaillée de l'allaitement doit être faite par un professionnel.
7. Dans l'ensemble, les infections aiguës, les fièvres chez la mère ou le nouveau-né ne sont **pas des contre-indications** à l'allaitement maternel. La liste des médicaments donnés à la mère compatibles avec un allaitement doit pouvoir être consultée en maternité.
8. Tous les enfants allaités doivent être **examinés dans les 3 jours** après la naissance. Les modalités et les conseils de sortie des maternités doivent être formalisés avec des liens organisés avec les structures "en ville", pour des visites au domicile dans les 2 - 3 jours après la sortie.
9. **Des consultant(e)s en lactation** doivent pouvoir être contactées pour les problèmes d'allaitement maternel, d'origine maternelle ou d'origine néonatale.

=====