

## L'initiative Pharmacies "Amies des Bébés"

Selon l'OMS et la Fédération pharmaceutique internationale, « avec les ressources dont ils disposent, les pharmaciens ont la possibilité d'améliorer les résultats thérapeutiques et la qualité de vie des patients et doivent se placer en première ligne du système de santé »<sup>1</sup>. On pourrait aller plus loin et ajouter que les pharmacies ont un rôle important à jouer dans la promotion de la santé, y compris en ce qui concerne l'alimentation. Au lieu de seulement distribuer et vendre des aliments à visée médicale, les pharmacies pourraient devenir des lieux de protection, de promotion et de soutien à l'alimentation optimale des nourrissons et des jeunes enfants, en application des politiques nationales<sup>2</sup>. Partant de ces principes, une association italienne à but non lucratif, Il Melograno<sup>3</sup>, qui œuvre depuis 1981 à placer la famille au centre des pratiques liées à la naissance, a lancé récemment l'Initiative Pharmacies Amies des Bébés (IPAB).

Conçue au début de 2007, l'IPAB a été présentée cette même année-là lors d'une réunion organisée à Vérone par l'Association pharmaceutique en collaboration avec l'autorité sanitaire locale. Toujours en 2007, le projet IPAB a fait l'objet de discussions pendant le congrès organisé à Milan par UNICEF-Italie sur les initiatives communautaires amies des bébés. Les deux premières pharmacies amies des bébés ont reçu leur accréditation à Vérone en 2007 et à Bassano en 2008. En 2008 et 2009, 17 autres pharmacies ont déposé une demande de label « amie des bébés » et 63 pharmaciens ont suivi une formation spécifique basée sur les documents OMS/UNICEF. De nombreux autres professionnels de la santé, ainsi que des membres de groupes de soutien (conseillers communautaires ou membres de groupes de mères allaitantes) ont également été impliqués dans diverses activités.

L'IPAB est en train de gagner rapidement de nouvelles villes et régions italiennes. Le 25 mars 2010, une pharmacie de Vérone a reçu son accréditation lors d'une cérémonie en présence du Ministre de la santé italien qui a ainsi apporté son soutien officiel à l'initiative. L'IPAB a également reçu le soutien du comité italien de l'UNICEF, de l'Association culturelle des pédiatres et d'IBFAN Italie.

Pour devenir amie des bébés chaque pharmacie doit remplir les 9 conditions suivantes :

1. Être dotée d'un protocole écrit sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, lequel doit être conforme à la politique nationale du pays et au Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et aux résolutions ultérieures pertinentes de l'Assemblée mondiale de la Santé sur le sujet.
2. Former tous les membres de son personnel à l'application du protocole.
3. Informer toutes les mères sur les avantages de l'allaitement maternel et sur les risques de l'alimentation artificielle.
4. Apporter soutien et encouragement à toutes les mères pour qu'elles mettent en route et poursuivent l'allaitement maternel.
5. Créer un espace d'accueil pour les mères et leurs nourrissons et autres enfants.
6. Favoriser la représentation de l'allaitement maternel comme étant la norme et éviter celle de l'alimentation au biberon.
7. Ne vendre de substituts du lait maternel que sur demande spécifique et éviter toute pratique promotionnelle.
8. Acheter et vendre les substituts du lait maternel au prix du marché, éviter les campagnes de promotion et refuser de distribuer des cadeaux publicitaires aux mères.
9. Soutenir activement les initiatives et projets communautaires et créer des réseaux comprenant l'ensemble des acteurs oeuvrant à protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel.

Des critères d'évaluation – variant de un à quatre pour chaque condition – permettent de contrôler le respect de ces 9 conditions. Conditions et critères d'évaluation sont pour beaucoup inspirés de ceux des initiatives « Hôpitaux amis des bébés » et « Communautés amies des bébés » que les lecteurs d'*Allaitement actualités* connaissent bien. Il est intéressant cependant de noter que les conditions 7 et 8 sont nouvelles et spécifiques aux pharmacies.

La condition 7 implique que les pharmacies retirent des étagères tous les produits compris dans le champ du Code international et qu'elles les placent derrière le comptoir ou dans un espace à part, en dehors de la zone de libre-service. Les clients doivent ainsi demander ces produits spécifiquement ; un pharmacien formé peut alors essayer de mieux comprendre ce qui motive la demande et aider la mère à trouver une solution à d'éventuels problèmes d'allaitement.

La condition 8 signifie que les pharmacies refusent de relayer les campagnes des fabricants dans le but de faire progresser leurs ventes. Elles refusent donc les publicités, cadeaux, supports imprimés et vidéos, les promotions, les bons de réduction, les primes, les lots et autres formes de promotion ; elles ne les proposent pas à leurs clients et n'acceptent pas d'exposer des produits entrant dans le champ du Code.

Une fois qu'elle a reçu l'accréditation « amie des bébés », la pharmacie est soumise à une évaluation externe périodique qui vérifie qu'elle continue à se conformer aux 9 conditions et qu'elle remplit l'ensemble des critères.

Sans aucun doute, si l'IPAB s'étend aux 17'000 pharmacies et aux 70'000 pharmaciens d'Italie, les taux d'allaitement maternel exclusif et la durée de l'allaitement maternel progresseront et se rapprocheront des niveaux recommandés.

Pour plus d'informations sur cette initiative, prendre contact avec Adriano Cattaneo : [cattaneo@burlo.trieste.it](mailto:cattaneo@burlo.trieste.it)

<sup>1</sup> Wiedenmayer K, Summers RS, Mackie CA, Gous AGS, Everard M, Tromp D. Developing pharmacy practice: a focus on patient care. *WHO and International Pharmaceutical Federation*, Geneva, 2006

<sup>2</sup> Delaini P, Cattaneo A, Fusaro N, Relaini C. Farmacie e sostegno dell'allattamento materno: un approccio di rete tra operatori sanitari. *Dialogo sui farmaci* 2009;2:79-80

<sup>3</sup> [www.melograno.org](http://www.melograno.org) and <http://progettofaam.org>

## Initiative hôpitaux amis des bébés

Abrahams SW, Labbok MH. Exploring the impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on trends in exclusive breastfeeding. *International Breastfeeding Journal* 2009;4:11

Cette étude a utilisé les données nationales de l'UNICEF et celles d'enquêtes démographiques et de santé pour explorer la relation entre l'Initiative hôpitaux amis des bébés (IHAB) et les tendances en matière d'allaitement maternel exclusif dans 14 pays en développement. C'est seulement dans la période suivant l'application de l'IHAB, et non pas dans celle qui l'a précédée, que l'on a pu observer des tendances à la hausse statistiquement significatives de l'allaitement exclusif chez les nourrissons âgés de moins de 2 et de 6 mois. Ainsi, on a pu associer l'IHAB à une augmentation moyenne annuelle de l'allaitement exclusif de 1,54% à moins de 2 mois et de 1,11% à moins de 6 mois ; toutefois, ces taux n'étaient pas statistiquement différents des taux et tendances pré-IHAB. Il se peut que la petite taille des échantillons ait contribué à cette absence de différence significative entre tendances pré- et post-IHAB. Les auteurs en concluent qu'il est difficile de démontrer un effet positif de l'IHAB sur l'allaitement maternel exclusif à partir d'enquêtes par observation. Cependant, un tel effet est attesté par plusieurs études avec groupe de contrôle.

Bartick M, Stuebe A, Shealy KR, Walker M, Grummer-Strawn LM. Closing the quality gap: promoting evidence-based breastfeeding care in the hospital. *Pediatrics* 2009;124:e793-e802

Une enquête menée en 2007 par le Center for Disease Control (CDC) dans les maternités aux Etats-Unis a montré que la pratique basée sur les faits (evidence-based practice) était peu suivie. Sur un total possible de 100 points, le score hospitalier moyen s'est établi à 63, avec de fortes disparités régionales. Ainsi, les auteurs ont constaté que la distribution indue et la promotion de lait artificiel étaient fréquentes, alors qu'il est prouvé que ces pratiques influent négativement sur la réussite de l'allaitement maternel. Environ 24% des maternités ont déclaré donner de façon régulière des suppléments autres que du lait maternel à plus de la moitié des nourrissons en bonne santé et nés à terme. La qualité des services s'est aussi avérée inégale - maximale dans les cas où l'ensemble des conditions IHAB étaient couvertes, et minimales lorsque peu d'entre elles l'étaient. L'article enfin, propose certaines approches autres pour améliorer les services relatifs à l'allaitement maternel : (1) la sensibilisation des responsables des hôpitaux, (2) la reconnaissance de l'excellence, (3) la supervision des organismes d'accréditation, (4) la rédaction et la publication de rapports sur les indicateurs de qualité concernant l'allaitement maternel, (5) des incitations financières pour les hôpitaux remplissant les critères de qualité, et (6) la mise en place de collaborations régionales permettant au personnel des différents hôpitaux de travailler ensemble pour s'enrichir mutuellement et atteindre les objectifs de qualité dans les institutions où ils travaillent.

García-de-León-González R, Oliver-Roig A, Hernández-Martínez M, Mercader-Rodríguez B, Muñoz-Soler V, Maestre-Martínez MI, Monreal-Tomás AB. Becoming baby-friendly in Spain: a quality-improvement process. *Acta Paediatr* 2010 (E-publication avant publication papier)

Cet article décrit en détail le long processus d'amélioration de la qualité que le personnel d'un petit hôpital de district à Yecla, Espagne, a entrepris pour devenir « ami

des bébés » ; il décrit également les effets de cette intervention sur les taux d'allaitement. L'intervention a compris des cycles de sensibilisation/formation, d'évaluation et de compte-rendus qui visaient à améliorer progressivement la qualité du soutien à l'allaitement maternel, tant à l'hôpital qu'au niveau communautaire. Peu à peu, les critères de l'IHAB ont été mieux respectés et en 2004 ils ont tous été atteints. Des échantillons aléatoires représentant au total 1'273 nourrissons nés à l'hôpital ont été suivis dans des centres de soins primaires entre 1997 et 2005. La durée médiane d'allaitement s'est progressivement allongée à partir du début de l'intervention. Le taux d'allaitement à la sortie de la maternité est passé de 78% en 1997 à 95% en 2005 ; le taux à 7 mois est passé de 12% à 50% pendant la même période. Globalement, la probabilité d'être allaité à différents âges était de 45% à 86% plus élevée pour les bébés nés en 2005 que pour ceux nés en 1997.

Bramson L, Lee JW, Moore E, Montgomery S, Neish C, Bahjri K, Lopez Melcher C. Effect of early skin-to-skin mother-infant contact during the first 3 hours following birth on exclusive breastfeeding during the maternity hospital stay. *J Hum Lact* 2010;26:130-7

Menée par des infirmières en milieu hospitalier entre juillet 2005 et juin 2006, cette étude prospective d'une cohorte a utilisé les données recueillies auprès de toutes les mères (n=21'842) ayant donné naissance à des bébés unipares (37 à 40 semaines de gestation) dans 19 hôpitaux des comtés de San Bernardino et de Riverside en Californie. L'analyse des données a montré une association entre l'allaitement maternel exclusif pendant le séjour à la maternité et les intentions en matière de mode d'alimentation relevées avant la naissance, les caractéristiques socio-démographiques, les variables intra-partum, et enfin le contact peau à peau entre mère et nourrisson dans les 3 heures suivant la naissance. Comparées aux mères qui n'avaient pas eu de contact peau à peau précoce, celles qui en ont bénéficié présentaient un taux d'allaitement exclusif 40% plus élevé pour une durée de contact de 1-15 minutes, presque 70% plus élevé pour une durée de 16-30 minutes, plus que doublé pour une durée de 31-59 minutes, et triplé au-delà d'une heure.

Ces résultats démontrent que l'élément temps est important dans la relation entre le contact peau à peau précoce et l'allaitement exclusif.

Zakarija-Grkovifi I, Burmaz T. Effectiveness of the UNICEF/WHO 20-hour course in improving health professionals knowledge, practices, and attitudes to breastfeeding: before/after study of 5 maternity facilities in Croatia. *Croat Med J* 2010;51:396-405

Cet article examine les différences entre les connaissances, attitudes et pratiques concernant l'allaitement maternel chez des professionnels de la santé avant et après avoir suivi le nouveau cours UNICEF/OMS (20 heures). La formation a eu lieu dans cinq des neuf maternités du sud de la Croatie entre décembre 2007 et février 2009 ; parmi les professionnels, 424 ont été testés avant et 308 après avoir pris le cours. Avant le cours, seul 1/5 d'entre eux savait que préparer les seins pendant la grossesse n'était pas nécessaire alors que cette proportion atteignait 57% après la formation ; la proportion des professionnels connaissant les pratiques hospitalières favorables à l'allaitement et les signes d'un mauvais positionnement du bébé avait presque doublé. En revanche, la proportion des professionnels faisant des recommandations correctes relatives au contact peau à peau immédiat après une césarienne sous anes-

thésie locale n'a pas augmenté de façon significative, même si, parmi les personnes interrogées, les plus jeunes (moins de 36 ans) ont montré une plus forte probabilité de soutenir cette pratique. Malgré une augmentation significative de la proportion des professionnels effectuant une bonne prise en charge des mastites, la proportion de ceux qui recommandaient à tort un arrêt partiel ou total de l'allaitement restait élevée (47%). Enfin, le nombre de personnes ayant des attitudes positives envers l'allaitement maternel avait progressé de 65% à 79% tandis que le nombre de personnes neutres avait reculé de 27% à 10%.

---

Feldman-Winter L, Barone L, Milcarek B, Hunter K, Meek J, Morton J, Williams T, Naylor A, Lawrence RA. Residency curriculum improves breastfeeding care. *Pediatrics* 2010;126:289-297

Cette étude américaine a cherché à savoir si un programme spécifique proposé aux médecins pendant leur période de résidence améliorerait leurs connaissances pratiques ainsi que leur confiance personnelle face aux soins relatifs à l'allaitement maternel, et s'il y avait un lien entre la mise en œuvre de ce programme et une progression des taux d'allaitement chez les patientes. Une cohorte constituée de 417 résidents a bénéficié d'un nouveau programme de formation développé par l'Association américaine de pédiatrie en collaboration avec des experts d'autres associations professionnelles. Six groupes de médecins résidents ont suivi ce cours alors que sept groupes de contrôle ne l'ont pas suivi. Les résidents ont tous répondu à des tests avant et après le cours. Les taux d'allaitement maternel ont été extraits de dossiers médicaux sélectionnés aléatoirement dans les hôpitaux et les cliniques où les résidents avaient suivi le cours. Comparés aux résidents des groupes de contrôle, les résidents formés ont montré des probabilités respectivement 2,8 ; 2,2 ; et 2,4 plus élevées d'avoir de meilleures connaissances et pratiques et une plus grande confiance. Dans les institutions où l'intervention avait eu lieu, les nourrissons avaient une probabilité 4,1 plus élevée d'être allaités exclusivement 6 mois pendant.

---

## Allaiter pourquoi ?

### Coûts

Bartick M, Reinhold A. The burden of suboptimal breastfeeding in the United States: a pediatric cost analysis. *Pediatrics*, publié en ligne le 5 avril 2010

Les auteurs de cette analyse ont calculé les coûts actuels des soins relatifs aux entérocolites nécrosantes, otites moyennes, gastroentérites, hospitalisations pour infection de l'appareil respiratoire inférieur, les dermatites atopiques, le syndrome de mort subite du nourrisson, les asthmes infantiles, leucémies infantiles, diabètes sucrés de type 1 et obésités infantiles. Ils ont ensuite comparé ces coûts avec les projections de coûts calculées si 80% et 90% des familles américaines suivaient les recommandations concernant l'allaitement exclusif pendant 6 mois. L'analyse des coûts a utilisé les ratios de risque rapportés par l'Agency for Healthcare Research and Quality – en excluant le diabète de type 2 pour manque de données –, les taux d'allaitement de 2005 rapportés par le Center for Disease Control and Prevention, et la valeur du dollar en 2007. Si 90% des familles suivaient les recommandations en faveur de l'allaitement maternel exclusif pendant 6 mois,

les dépenses diminueraient de 13 milliards de dollars par an aux Etats-Unis, et 911 décès, presque tous de nourrissons, seraient évités. Si 80% des familles suivaient les normes recommandées, la baisse des dépenses serait de 10,5 milliards de dollars et 741 décès seraient évités. Il s'en suit que les investissements dans les stratégies visant à promouvoir l'allaitement exclusif et une prolongation de la durée de l'allaitement exclusif sont rentables.

---

## Lait artificiel avec pré- ou pro-biotiques

Thomas DW, Greer FR & Committee on Nutrition; Section on Gastroenterology, Hepatology and Nutrition. *Pediatrics*, publié en ligne le 29 novembre 2010

Ce rapport clinique passe en revue l'état actuel des connaissances sur les bienfaits pour la santé des pré-biotiques et des pro-biotiques, y compris ceux, disponibles dans le commerce, ajoutés aux laits artificiels et autres aliments pour bébés et jeunes enfants.

Les pro-biotiques sont des aliments ou des suppléments contenant des micro-organismes vivants qui entraînent des modifications de la microflore. Des essais aléatoires ont montré que l'utilisation des pro-biotiques avait une efficacité modeste dans : (1) le traitement de la gastroentérite virale aiguë chez les enfants en bonne santé ; et (2) la prévention des diarrhées associées aux antibiotiques chez les enfants en bonne santé. Quelques données montrent que les pro-biotiques préviennent l'entérocolite nécrosante chez les bébés ayant un très faible poids de naissance (entre 1'000 et 1'500 g) mais d'autres études sont nécessaires pour confirmer cet effet.

Les pré-biotiques sont des suppléments ou des aliments qui contiennent un ingrédient alimentaire non digestible opérant une stimulation sélective qui va déclencher la croissance et/ou l'activité favorable des bactéries probiotiques indigènes. Le lait humain contient des quantités importantes de pré-biotiques, les plus abondants étant les oligosaccharides. Les pré-biotiques oligosaccharides sont également ajoutés dans de nombreux suppléments alimentaires disponibles dans le commerce.

Jusqu'à présent, on n'a pas démontré d'effets néfastes de l'addition de pro-biotiques aux laits artificiels en poudre pour bébés nés à terme et en bonne santé. En revanche, pour pouvoir recommander l'utilisation courante de ces laits artificiels il manque des données quant à l'efficacité clinique de l'ajout de ces pro-biotiques.

---

## Sclérose en plaques

Langer-Gould A, Huang S, Gupta R, Leimpet AD, Greenwood E, Albers K B, Van Den Eeden SK, Nelson L M. Exclusive Breastfeeding and the Risk of Postpartum Relapses in Women with Multiple Sclerosis. *Arch Neurol*. 2009;66(8):958-963

Cette étude visait à déterminer si l'allaitement maternel exclusif protégeait les mères de poussées de sclérose en plaques (SeP) postpartum et, dans l'affirmative, si cette protection avait un lien avec l'aménorrhée lactationnelle prolongée. Les auteurs ont fait des entretiens structurés pour retracer l'histoire clinique, menstruelle et relative à l'allaitement maternel à chaque semestre de la grossesse et à 2, 4, 6, 9 et 12 mois postpartum. L'étude a permis de recueillir les résultats d'examens neurologiques effectués par les médecins traitant les femmes atteintes de SeP. L'étude a compris 32 femmes enceintes

tes atteintes de SeP pour lesquelles on a ajusté en fonction de la gravité de la maladie et de l'âge des malades ; et 29 femmes enceintes, du même âge, constituant le groupe de contrôle. Parmi le 52% de femmes atteintes de SeP qui n'avaient pas allaité ou qui avaient donné des suppléments de lait artificiel dans les 2 mois suivant l'accouchement, 87% ont eu une poussée postpartum contre seulement 36% chez les femmes, également atteintes de SeP, qui avaient allaité exclusivement pendant au moins 2 mois après leur accouchement. Soixante pour cent d'entre elles ont déclaré avoir renoncé à l'allaitement exclusif pour reprendre leur traitement de la SeP. Les femmes ayant allaité exclusivement avaient un retour de règles plus tardif ( $P=.001$ ) que celles n'ayant pas allaité exclusivement, et l'aménorrhée lactationnelle a été associée à un risque moindre de poussées de SeP postpartum ( $P=.01$ ). Ces résultats font penser que l'allaitement maternel exclusif et la disparition concomitante des règles font reculer notablement le risque de poussées de SeP postpartum et remettent donc en question l'arrêt de l'allaitement au bénéfice de la reprise de la thérapie de la SeP. Une étude plus approfondie est nécessaire pour confirmer ces résultats.

---

## Allaiter pourquoi ?

### Congé maternité

Guendelman S, Kosa JL, Pearl M, Graham S, Goodman J, Kharrazi M. Juggling work and breastfeeding: effects of maternity leave and occupational characteristics. *Pediatrics* 2009;123:e38-e46

Cette étude a exploré la relation entre l'allaitement maternel et le congé maternité avant et après l'accouchement chez les femmes ayant un emploi en Californie du Sud. La Californie est l'un des cinq États des États-Unis à proposer un congé maternité payé susceptible d'être prolongé pour permettre aux mères d'établir une bonne relation avec leur bébé. À partir d'une étude de cas-contrôle portant sur des naissances prématurées et des bébés de faible poids de naissance, les auteurs ont comparé 770 mères ayant un emploi à temps plein, selon qu'elles avaient commencé ou non à allaiter au cours du mois suivant la naissance de leur bébé. Ils ont également étudié la durée de l'allaitement maternel chez celles qui avaient démarré l'allaitement. Parmi les conditions d'éligibilité : la participation au California's Prenatal Screening Program (Programme de dépistage prénatal) ; une naissance vivante entre juillet 2002 et décembre 2003 ; une mère âgée d'au moins 18 ans ; un bébé unipare né sans anomalie congénitale ; et l'existence d'une adresse postale aux États-Unis. La comparaison entre les femmes qui n'avaient pas repris le travail et celles qui avaient un congé maternité de 6 semaines ou de 6-12 semaines après l'accouchement a montré une association respectivement quatre fois plus élevée de ne pas réussir à mettre en route l'allaitement maternel, et une probabilité deux fois plus forte d'abandonner l'allaitement après une mise en route réussie. L'impact d'un court congé sur l'arrêt de l'allaitement était plus fort chez les femmes non cadres, chez celles ayant un emploi non-flexible et celles souffrant d'une forte détresse psychosociale. On n'a pas trouvé d'association entre le congé prénatal au cours du dernier mois de grossesse et la mise en route ou la durée de l'allaitement.

Les résultats montrent que le congé maternité postpartum peut avoir un effet positif sur l'allaitement pour les femmes ayant un emploi à temps plein, en particulier quand ce n'est pas un emploi de niveau cadre, en cas de non-flexibilité du travail ou de détresse psychosociale. Les pédiatres devraient encourager leurs patientes à prendre un congé maternité et défendre la prolongation du congé maternité payé et la flexibilité des conditions de travail pour les femmes qui allaitent.

---

### Perte de poids du nourrisson après la naissance

Flaherman VJ, Bokser S, Newman TB. First-day newborn weight loss predicts in-hospital weight nadir for breast-feeding infants. *Breastfeeding Medicine* 2010;5:165-8

Portant sur 1'049 nouveau-nés de San Francisco en Californie, cette étude a évalué la relation entre la perte de poids dans les 24 heures suivant la naissance et les pertes de poids ultérieures, après contrôle de l'âge gestationnel, du sexe, du mode d'accouchement et du type d'alimentation. La moyenne de la perte de poids la plus faible enregistrée était de 6% ( $\pm 2,6\%$ ) à un âge moyen de 38,7 heures ( $\pm 18,5$ ). Pendant leur séjour à l'hôpital, 6,4% des bébés ont perdu 10% de leur poids de naissance. Les nourrissons perdant 4,5% de leur poids de naissance pendant les 24 premières heures de vie courraient un risque 3,57 fois (1,75-7,28) plus élevé d'enregistrer une perte de poids finale à l'hôpital de 10%. Les nourrissons présentant une forte perte de poids dans la journée suivant leur naissance devraient être ciblés pour des interventions visant à améliorer l'allaitement maternel.

---

### Soins kangourou

Gathwala G, Singh B, Singh J. Effect of kangaroo mother care on physical growth, breastfeeding and its acceptability. *Tropical Doctor* 2010;40:199-202

Cet essai aléatoire avec groupe de contrôle mené dans l'État d'Haryana en Inde visait à déterminer si les soins kangourou allaient améliorer la croissance et le taux d'allaitement maternel chez 110 nouveau-nés ayant un faible poids de naissance. Les nourrissons ont été répartis en deux groupes, suivis pendant plus de 16 mois : un groupe qui recevait des soins kangourou (pendant au moins 6 heures par jour, même après leur sortie de l'unité de soins intensifs) ; et un groupe de contrôle (couveuse standard, puis berceau ouvert). L'âge gestationnel moyen était de 35 semaines environ et le poids de naissance moyen s'élevait à 1,69 kg dans les deux groupes. Les soins kangourou ont commencé à un âge moyen de 1,7 jours et ont duré presque 10 jours en moyenne. La prise de poids moyenne était de 21,92 g/jour dans le groupe des soins kangourou contre 18,61 g/jour dans le groupe de contrôle ; la croissance moyenne en taille était respectivement de 1,03 et 0,74 cm/semaine ; la croissance moyenne en circonférence de la tête, de 0,59 et 0,47 cm/semaine. Ces différences se sont toutes montrées statistiquement significatives. Le taux d'allaitement exclusif à 3 mois était de 88% dans le groupe des soins kangourou contre 72% dans le groupe de contrôle. Les soins kangourou étaient bien acceptés, tant par les mères que par le personnel de santé.

## Odeur du lait maternel

Nishitani S, Miyamura T, Tagawa M, Sumi M, Takase R, Doi H, Moriuchi H, Shinohara K. The calming effect of a maternal breast milk odour on the human newborn infant. *Neuroscience Research* 2009;63:66–71

Cette étude a exploré les effets des odeurs du lait de leur mère, du lait d'autres mères et du lait artificiel sur les réactions à la douleur de nouveau-nés subissant un prélèvement sanguin de routine au talon. Quarante-huit nourrissons en bonne santé ont été répartis aléatoirement dans quatre groupes : un groupe où ils étaient exposés à l'odeur du lait de leur mère, un groupe où ils étaient exposés à l'odeur du lait d'une autre mère, un groupe exposé à l'odeur d'un lait artificiel et un groupe de contrôle. Pour évaluer la détresse des nourrissons face à la piqûre au talon, les pleurs, les grimaces et les activités motrices en cours de l'expérience ont été pris comme indices comportementaux de réaction à la douleur. Suite à la piqûre, les indices comportementaux ont été moins prononcés chez les nourrissons du groupe exposé à l'odeur du lait de leur mère que chez les nourrissons des autres groupes. En revanche, les groupes exposés au lait d'autres mères et au lait artificiel n'ont pas montré de différence significative avec le groupe de contrôle. Le cortisol salivaire a été mesuré comme indice biochimique avant et après la piqûre au talon dans le groupe de contrôle et dans le groupe de bébés exposés au lait de leur mère. Le niveau avait augmenté de façon notable chez les bébés du groupe de contrôle, mais pas chez ceux exposés à l'odeur du lait de leur mère. Ces résultats laissent penser qu'une exposition à l'odeur du lait de la mère soulage la douleur des nouveau-nés humains.

---

## Facteurs de risques

Thompson JF, Heal LJ, Roberts CL, Ellwood DA. Women's breastfeeding experiences following a significant primary partum haemorrhage: a multicentre cohort study. *International Breastfeeding Journal* 2010;5:5

Le but de cette étude était de mieux comprendre comment se déroulait l'allaitement maternel durant la première semaine et à 2 et à 4 mois, dans un groupe de 206 femmes ayant subi une importante hémorragie postpartum (perte de sang de 1'500 ml ou plus dans les 24 heures suivant la naissance et/ou chute importante de la concentration en hémoglobine). Soixante-trois pour cent de ces femmes pratiquaient l'allaitement maternel complet à la naissance (alors que 85% avaient espéré pouvoir le pratiquer). Seules 52% des mères ayant eu l'intention d'allaiter de façon complète ou partielle avaient pu mettre leur bébé au sein dans l'heure suivant sa naissance. Le délai de mise au sein avait été plus long chez les femmes ayant subi une perte plus importante de sang ; pour celles chez qui la mise au sein avait été plus tardive, la probabilité de démarrer un allaitement complet était plus faible. Globalement, 58% et 45% des femmes ayant subi une hémorragie postpartum importante pratiquaient l'allaitement maternel complet à 2 et à 4 mois, respectivement.

Les femmes ayant subi une hémorragie postpartum importante ont probablement besoin d'un soutien accru, ainsi que d'explications et d'assistance pour mettre en route et poursuivre l'allaitement maternel. On devrait notamment encourager la mise au sein dès que possible afin de permettre au nouveau-né de téter.

Khoo AKK, Dabbas N, Sudhakaran N, Ade-Ajayi N, Patel S. Nipple pain at presentation predicts success of tongue-tie division for breastfeeding problems. *Eur J Pediatr Surg* 2009; 19: 370–373

Dans une clinique spécialisée dans le diagnostic et le traitement des problèmes de frein lingual, un groupe de 62 nourrissons de moins de 90 jours a été suivi après avoir subi une frénotomie. Un questionnaire structuré standard portant sur les symptômes a été rempli avant l'intervention et 3 mois plus tard pour déterminer les facteurs préopératoires positifs de l'opération. À leur arrivée à la clinique, 52 mères (84%) avaient déclaré des douleurs au mamelon et 32 (52%) d'entre elles, des blessures au mamelon. Trois mois après la frénotomie, 78% des femmes ayant répondu allaitaient toujours. La durée des tétées (réduction moyenne : 17 minutes) et leur espacement (augmentation moyenne : 38 minutes) s'étaient significativement améliorés, tout comme les difficultés à s'alimenter (amélioration moyenne du score de difficulté auto-évalué : 42%). Chez les femmes qui allaitaient avec difficulté à cause des douleurs au mamelon, on a constaté que la frénotomie apportait un soulagement à long terme. Après analyse ajustée, les douleurs du mamelon ressenties avant la frénotomie ont été associées à une probabilité presque six fois supérieure d'allaiter à 3 mois.

---

Nommsen-Rivers LA, Chantry CJ, Peerson JM, Cohen RJ, Dewey KG. Delayed onset of lactogenesis among first-time mothers is related to maternal obesity and factors associated with ineffective breastfeeding. *Am J Clin Nutr* 2010;92:574–84

Lors de cette recherche, on a étudié les variables associées à un déclenchement tardif de la lactogénèse chez 431 mères primipares ayant accouché à terme et commencé à allaiter. Des entretiens ont eu lieu pendant la grossesse puis à 0, 3 et 7 jours après l'accouchement ; les éléments obstétricaux et les données sur les nouveau-nés ont été extraits des dossiers médicaux. La lactogénèse a été qualifiée de « tardive » si elle avait lieu après 72 heures. Le moment médian du déclenchement de la lactogénèse se situait à 68,9 heures après l'accouchement ; chez 44% des mères étudiées, le déclenchement de la lactogénèse était tardif. A partir d'un modèle à variables multiples ajusté en fonction des intentions concernant le mode d'alimentation exprimées par les mères avant l'accouchement, les auteurs ont trouvé plusieurs facteurs risquant de déclencher la lactogénèse tardivement : l'âge de la mère supérieur à 30 ans, l'indice de masse corporelle indiquant un surpoids ou une obésité, le poids de naissance supérieur à 3'600g, l'absence de douleur au niveau du mamelon dans les 3 jours suivant l'accouchement, et au moins deux échecs à allaiter le bébé dans les 24 heures après sa naissance.

Des interventions de santé publique, de soins obstétricaux et de soins maternels (Les 10 conditions de l'IHAB et Les 7 conditions de l'Initiative pour des communautés amies des bébés) sont nécessaires pour mieux adresser les problèmes de retard de la lactogénèse.

---

Pearce A, Li L, Abbas J, Ferguson B, Graham H, Law C and the Millennium Cohort Study Child Health Group. Childcare use and inequalities in breastfeeding: findings from the UK Millennium Cohort Study. *Arch Dis Child*, publié en ligne le 7 juin 2010

Au Royaume-Uni, les taux d'allaitement maternel sont bas et varient selon les classes socio-économiques. Le lieu de garde des enfants peut être un bon endroit pour promouvoir l'allaitement maternel. À partir de données

concernant une cohorte de 18'050 nourrissons, cette étude a examiné pendant au moins 4 mois l'allaitement maternel selon les différents modes de garde : 1) un mode informel (garde par des amis, grands-parents ou autres proches ; 2) un mode formel (crèche) : dans les deux cas, la garde était d'au moins 10 heures par semaine et avait débuté avant l'âge de 4 mois ; 3) une garde par l'un des parents – y compris avec une mise à la crèche pendant moins de 10 heures par semaine. Les comparaisons ont été faites pour l'ensemble des nourrissons, puis par groupe socio-économique. Comparée à la garde par l'un des parents, la garde informelle (à temps partiel comme à temps plein) et la garde formelle (seulement à temps plein) ont été associées à une probabilité d'allaiter plus faible, respectivement de 49% et 16%.

En ce qui concerne les groupes socio-économiques, et toujours en comparant à la garde par l'un des parents : tous les groupes socio-économiques avaient une même probabilité amoindrie d'allaiter lorsque l'enfant était en garde informelle ; en revanche, dans les cas de garde formelle, la probabilité d'allaiter n'était inférieure que chez les mères cadres, chez celles qui exerçaient une profession libérale, celles qui avaient un diplôme universitaire ou celles qui vivaient dans des foyers ayant deux chefs de famille. Enfin, les mères seules avaient une plus forte probabilité d'allaiter si la garde de leur bébé était de type informel.

---

## VIH

Couto de Oliveira MI, Silveira da Silva K, Gomes Junior SC, Matos Fonseca V. Delivering rapid HIV tests results after delivery: a threat to breastfeeding at birth. *Rev Saúde Pública* 2010;44:60-9

Cette étude a exploré une possible association entre le moment où sont communiqués les résultats du test rapide au VIH avant/au cours de l'accouchement et l'échec de l'allaitement pendant l'heure qui suit l'accouchement. Pour tester cette hypothèse, en 2006 on a suivi un groupe de 944 mères dans cinq hôpitaux amis des bébés faisant partie du « système de prise en charge des grossesses à risque » à Rio de Janeiro (Brésil) entre le moment où le test rapide au VIH avait été fait et celui où le bébé avait été allaité pour la première fois. Parmi les participantes, 15,6% avaient reçu le résultat du test avant leur accouchement, 30,8% l'avaient reçu après, et 53,6% ne l'avaient pas encore reçu au moment de l'entretien. La prévalence de l'échec de l'allaitement dans l'heure suivant l'accouchement était de 52,5%. Le fait d'avoir reçu le résultat du test rapide après l'accouchement avait doublé le risque de ne pas allaiter. Parmi les autres facteurs de risque : ne pas être de peau blanche, un faible revenu de la mère (inférieur au salaire minimum), un accouchement par césarienne, une non-intention de la mère d'allaiter à la naissance, un manque d'écoute de la part du personnel hospitalier tel que ressenti par la mère. En revanche, on a identifié le fait que la mère ignore qu'un test VIH avait été effectué comme facteur de protection.

Les tests au VIH devraient être disponibles aussi largement que possible dans le cadre des soins prénatals ; un test rapide devrait être effectué lors de l'admission à la maternité seulement sur indication, et les résultats devraient être rapidement communiqués aux mères.

---

WHO, UNAIDS, UNFPA, UNICEF. Guidelines on HIV and infant feeding. 2010. Principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence, (document de l'OMS en ligne)

Des études montrent que les interventions avec des anti-rétroviraux (ARV) sur les mères VIH-positives ou sur les nourrissons exposés au VIH peuvent réduire significativement le risque de transmission du VIH par l'allaitement maternel. Ces résultats ont d'importantes conséquences sur la manière dont les mères vivant avec le VIH peuvent alimenter leurs nourrissons et sur la manière dont les professionnels de la santé doivent conseiller ces mères. Aussi, en octobre 2009, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a-t-elle développé un Processus pour l'élaboration de directives (Guidelines Development Process) et nommé un Groupe pour leur élaboration (Guidelines Development Group) et leur rédaction. Ces récentes Directives énoncent de nouveaux principes et renvoient les recommandations antérieures sur l'alimentation des nourrissons en cas de VIH. Ces principes ont été établis à partir des éléments présentés dans les revues systématiques, des profils GRADE (Grade donné aux recommandations, examen, élaboration et évaluation) des données, des tableaux d'analyse des risques/avantages, ainsi que d'éléments recueillis au cours de discussions sur l'impact potentiel des recommandations, les questions relatives aux droits humains et les coûts.

Les Directives de l'OMS recommandent aux autorités nationales de chaque pays de décider, en cas de VIH, du type d'alimentation des nourrissons – allaitement maternel avec intervention avec ARV pour réduire le risque de transmission, ou abstention totale de l'allaitement – décision que les services nationaux de santé et les services maternels et infantiles devront préconiser et soutenir. Cette recommandation se démarque de celles prévalant jusqu'alors et qui incitaient plutôt les professionnels de la santé à conseiller individuellement et au cas par cas chaque mère VIH-positive en lui exposant les différentes options pour alimenter son bébé ; il revenait alors à la mère de « prendre une décision éclairée ».

Lorsque les ARV sont disponibles, il est désormais recommandé aux mères VIH-positives d'allaiter jusqu'à ce que leur bébé ait 12 mois. On continue à recommander d'éviter les aliments de remplacement à moins qu'ils ne soient abordables, possibles, acceptables, sûrs et durables (AFASS selon l'acronyme anglais), mais ces termes sont maintenant remplacés par d'autres, plus simples et compréhensibles. Sachant que les ARV ne seront pas disponibles partout immédiatement, les nouvelles directives indiquent aussi quoi faire en leur absence.

---

## Carence en iode

Mulrine HM, Skeaff SA, Ferguson EL, Gray AR, Valeix P. Breast-milk iodine concentration declines over the first 6 months postpartum in iodine-deficient women. *Am J Clin Nutr* 2010;92:849-56

On connaît mal le statut iodé des mères allaitantes et de leurs bébés et, en cas de carence, on connaît mal la dose de supplément nécessaire. Les carences en iode chez les femmes enceintes et les mères allaitantes et, par conséquent, chez leurs bébés, sont plus courantes qu'on ne le croit et de nombreux pays recommandent une prise de suppléments. Cet essai aléatoire avec groupe de contrôle mené en Nouvelle-Zélande a déterminé les statuts iodés de 109 mères allaitantes et leurs nourrissons et la concentration en iode de leur lait pendant les 6 premiers mois d'allaitement. Après la naissance du bébé et quotidiennement jusqu'à 24 semaines après l'accouchement, 56 femmes ont reçu un placebo, 27 ont reçu 75 µg d'iode et 26 autres ont reçu 150 µg

d'iode. Pendant cette période de 24 semaines, la concentration médiane en iode urinaire a montré une carence en iode chez les mères n'ayant pas reçu de supplément ainsi que chez leurs bébés (20-41 µg/L chez les femmes et 34-49 µg/L chez les bébés, la valeur normale minimale étant de 100 µg/L). La concentration en iode urinaire moyenne chez les mères était 2,1 à 2,4 fois plus élevée chez celles ayant reçu un supplément que chez celles qui n'en avaient pas reçu, mais on n'a pas trouvé de différence de concentration entre les deux groupes à supplément. Dans le groupe placebo, la concentration en iode dans le lait maternel a diminué de 40% au cours des 24 semaines ; elle était respectivement 1,3 et 1,7 fois plus élevée chez les femmes ayant reçu des suppléments de 75 µg et de 150 µg par jour que chez les femmes n'ayant pas reçu de supplément du tout.

Les auteurs en ont conclu que la concentration d'iode dans le lait maternel avait diminué au cours des 6 premiers mois chez ces mères allaitantes carencées en iode. Des suppléments de 75 µg ou de 150 µg d'iode par jour augmentaient la concentration iodée du lait maternel mais ne suffisaient ni aux mères ni aux bébés pour atteindre un niveau d'iode satisfaisant.

---

### Acceptation de l'allaitement artificiel

Nommsen-Rivers LA, Chantry CJ, Cohen RJ, Dewey KG. Comfort with the idea of formula feeding helps explain ethnic disparity in breastfeeding intentions among expectant first-time mothers. *Breastfeeding Med* 2010;5:25-33

Cette étude a exploré les rôles des facteurs psychosociaux relatifs à l'allaitement maternel et à l'alimentation artificielle pour expliquer les disparités dans les intentions et choix du mode d'alimentation. L'échantillon comprenait 532 femmes enceintes primipares à Sacramento en Californie. Au cours d'un entretien, on a demandé aux femmes : si elles avaient déjà vu d'autres mères allaiter ; si elles acceptaient l'idée d'allaiter ; si elles acceptaient l'idée d'alimenter leur bébé au lait artificiel ; et à combien elles évaluaient, subjectivement, leur degré de réussite à allaiter par rapport à leur intention d'allaiter exclusivement pendant 6 mois. L'échantillon comprenait 41% de femmes blanches non hispaniques, 27% de femmes hispaniques, 14% d'Afro-Américaines, 12% d'Asiatiques et 6% femmes de diverses origines métisses. Pour l'ensemble de l'échantillon, l'acceptation de l'alimentation artificielle, l'acceptation de l'allaitement maternel et l'évaluation de leur degré de réussite à allaiter prédisaient tous, de façon indépendante, l'intention d'allaiter. Mais l'acceptation de l'alimentation artificielle dépassait de loin les autres avec une hausse d'intention multipliée par trois pour chaque baisse de niveau (quatre niveaux en tout). Les chances de trouver une intention d'allaiter plus élevée étaient 63% plus faibles chez les mères afro-américaines que chez celles des autres origines. Les Afro-Américaines acceptaient mieux que les autres l'idée d'alimenter artificiellement leur bébé mais elles présentaient les mêmes résultats que les autres femmes lorsqu'il s'agissait de l'acceptation de l'allaitement maternel, de l'évaluation de leur degré de réussite à allaiter et de l'exposition à l'allaitement d'autres mères. A 37%, l'acceptation de l'alimentation artificielle se présentait comme une variable intermédiaire de la disparité des intentions d'allaiter entre les mères afro-américaines et les autres mères. On en a conclu que l'acceptation de l'alimentation artificielle semble prédire et agir comme intermédiaire dans les disparités ethniques relatives aux intentions d'allaiter

ou non. Les recherches et les projets de santé publique visant à améliorer les taux d'allaitement exclusif devraient tenir compte des attitudes des mères vis-à-vis de l'alimentation artificielle.

---

### Groupes de soutien

Cameron AJ, Hesketh K, Ball K, Crawford D, Campbell KJ. Influence of peers on breastfeeding discontinuation among new parents: the Melbourne INFANT program. *Pediatrics* 2010;126:e601-e607

On a utilisé les données recueillies auprès de 501 mères membres de groupes de parents primipares - groupes créés environ 6 semaines après la naissance de leur bébé -, pour déterminer si la proportion de mères qui allaitaient dans ces groupes influençait la probabilité d'arrêter d'allaiter, et ce, indépendamment de la situation socio-économique. Les groupes de parents ont été divisés en deux catégories : l'une où moins de 25% des mères avaient arrêté d'allaiter à 6 semaines (groupes à faible taux d'arrêt) ; l'autre où plus de 25% des mères avaient arrêté à 6 semaines (groupes à taux élevé d'arrêt). Après avoir exclu les mères ayant déjà arrêté d'allaiter à 6 semaines, la proportion des mères qui avaient cessé d'allaiter entre la création du groupe et 6 mois était plus élevée dans les groupes à taux élevé d'arrêt que dans les groupes à faible taux d'arrêt (respectivement 37,4% et 21,7%).

Après ajustement d'un certain nombre de variables, dont la situation socio-économique, l'appartenance à un groupe où un grand nombre de mères avait cessé d'allaiter à 6 semaines a montré une forte relation avec un arrêt avant 6 mois.

---

Hoddinott P, Britten J, Prescott GJ, Tappin D, Ludbrook A, Godden DJ. Effectiveness of policy to provide breastfeeding groups (BIG) for pregnant and breastfeeding mothers in primary care: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2009;338:a3026

Hoddinott P, Britten J, Pill R. Why do interventions work in some places and not in others: a breastfeeding support group trial. *Soc Sci Med* 2010;70:769-78

Cette étude a évalué l'efficacité et la rentabilité d'élaborer une politique en faveur de groupes de soutien à l'allaitement maternel pour femmes enceintes et femmes allaitantes. L'échantillon a été pris dans 14 des 66 regroupements de cabinets généralistes en Écosse. Ces regroupements ont été répartis aléatoirement en deux grands groupes : un groupe d'intervention (où l'on a créé de nouveaux groupes de soutien à l'allaitement maternel) et un groupe de contrôle. Entre le 1er février 2005 et le 31 janvier 2007, on a enregistré 9'747 naissances dans les localités d'intervention et 9'111 naissances dans les localités de contrôle. Dans les localités d'intervention, le nombre de groupes d'allaitement maternel est passé de 10 à 27, avec 1'310 femmes membres ; dans les localités de contrôle leur nombre est resté à 10. On n'a pas relevé de différences importantes en ce qui concerne l'allaitement : l'allaitement maternel à 6-8 semaines, tous modes confondus, n'a reculé que de 27% à 26% dans les localités d'intervention et est passé de 29% à 30% dans les localités de contrôle. L'allaitement maternel à 6-8 semaines, tous modes confondus, a progressé de 38% à 39% dans les localités ne participant pas à l'essai. Les femmes participant à des groupes d'allaitement maternel étaient plus âgées que celles qui ne participaient pas à ces groupes ; elles disposaient de revenus plus élevés que les femmes

appartenant aux groupes de soutien des localités de contrôle. Les coûts relatifs aux groupes de soutien étaient semblables aux coûts des visites à domicile. Dans les trois localités où les taux d'allaitement maternel avaient reculé, on a trouvé davantage d'aspects négatifs (dénuement, locaux inadaptés et obstacles géographiques à la communication interprofessionnelle) ; moins de ressources en personnel (pénuries de personnel, charge de travail importante, moral bas) ; et des changements organisationnels plus nombreux. Les responsables cherchaient avant tout à régler ces problèmes et se préoccupaient moins de suivre les directives politiques. À l'opposé, là où les taux d'allaitement maternel avaient augmenté, la situation de départ était moins problématique : une direction plus présente, un accent sur la mise en œuvre de la politique, des partenariats multidisciplinaires et des cycles d'action réactifs.

Lorsque l'on veut mettre en œuvre des interventions de ce type, on devrait accorder davantage d'attention à la complexité des systèmes dans lesquels s'ancrent interventions et politiques afin d'identifier et de comprendre les conditions nécessaires à leur réussite.

---

## Revue Systématique

Ingram L, MacArthur C, Khan K, Deeks JJ, Jolly K. Effect of antenatal peer support on breastfeeding initiation: a systematic review. *CMAJ* 2010;182:1739-46

Cette revue systématique a sélectionné et analysé onze études (essais aléatoires avec groupes de contrôle, essais quasi-aléatoires et études de cohortes) pour explorer l'influence avant l'accouchement de groupes de soutien sur les taux de mise en route de l'allaitement maternel. Les études ont porté sur 5'445 femmes ; sept de ces études (4'416 femmes) évaluaient des groupes de soutien pré- et post-natals, alors que quatre (1'029 femmes) portaient plus spécifiquement sur les groupes de préparation à la naissance. Dans les trois études de bonne qualité portant sur l'ensemble des groupes de soutien, et qui incluaient des femmes à bas revenu, on n'a pas noté d'effet sur la mise en route de l'allaitement maternel.

Dans les trois études de bonne qualité portant sur les groupes de préparation à la naissance et ciblant plus précisément des femmes envisageant d'allaiter, le risque de ne pas démarrer l'allaitement diminuait de 36%. Les groupes de soutien pré- et post-natals ne semblent pas faire progresser les taux de mise en route de l'allai-

tement, mais les groupes de soutien ciblés avant l'accouchement semblent offrir des avantages.

Il se peut toutefois que cet effet soit lié au contexte ; les nouveaux programmes de groupes de soutien devraient donc tous être soumis à des évaluations de bonne qualité.

---

Wakefield MA, Loken B, Hornik RV. Use of mass media campaigns to change health behaviour. *Lancet* 2010;376:1261-71

Les campagnes médiatiques sont très souvent mises sur pied pour diffuser différents messages à de vastes populations, et cela par le biais des médias les plus courants tels que la télévision, la radio et les journaux. L'exposition à ces messages est en général passive. Par ailleurs, ces campagnes entrent souvent en concurrence avec d'autres facteurs tels que la publicité à outrance des produits, les normes sociales et les comportements induits par la dépendance ou par l'habitude. Cette revue a étudié les résultats de campagnes médiatiques portant sur différents comportements à risque pour la santé (entre autres, la consommation d'alcool et de tabac, les facteurs de risque pour les maladies cardiaques, les comportements sexuels, la sécurité routière, le dépistage et la prévention du cancer). En ce qui concerne l'allaitement maternel, des campagnes médiatiques de masse ont été mises sur pied dans le passé, mais à partir des années 1990 elles ont été peu ou pas évaluées. Cette revue inclut deux exemples de campagnes de promotion de l'allaitement maternel, l'une menée en Jordanie et l'autre en Arménie. C'étaient, dans les deux cas, des campagnes uniques (ou épisodiques), qui avaient été adaptées aux habitudes culturelles locales et qui ciblaient les pratiques hospitalières. Elles s'accompagnaient d'une sensibilisation du personnel de santé et/ou d'une limitation du marketing du lait artificiel. Dans les deux cas, on n'a recueilli que peu d'éléments laissant penser que ces campagnes avaient apporté des améliorations et, notamment, fait progresser les taux d'allaitement maternel.

Mais la revue conclut malgré tout que, d'une façon générale, les campagnes médiatiques peuvent stimuler des changements positifs ou prévenir des comportements négatifs influençant la santé de vastes populations. Si, en parallèle à ces campagnes, les services et produits nécessaires sont disponibles et des programmes communautaires et des politiques existent en faveur du changement des comportements, le succès est plus probable. Il faut investir dans des campagnes plus longues et mieux financées pour que la population soit exposée de façon adéquate aux messages des médias.

---

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

Rédaction : A. Cattaneo, M. Ferreira Rea. Relecture et rédaction : E. Petitot-Côté.

Traduction : E. Chauvet et E. Petitot-Côté. Mise en page : M. Lahode, L. Nyffenegger.

Des copies papier des numéros 1 à 45 peuvent être commandées à: GIFA, Av. de la Paix 11, 1202 Genève, Suisse; e-mail info@gifa.org. Tous les numéros suivants sont accessibles uniquement en ligne à l'adresse : www.ibfan.org

Allaitement Actualités est également disponible en anglais, arabe, espagnol et portugais.