

Une guerre de basse intensité¹

En 2002, lorsque l'Assemblée mondiale de la Santé adopte la *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant* affirmant que « pour avoir une croissance, un développement et une santé optimaux, le nourrisson doit être exclusivement nourri au sein pendant les six premiers mois de la vie : c'est là une recommandation générale de santé publique », chacun pouvait penser que prenait fin une guerre de 7 ans entre l'armée des « 4 à 6 mois » et celle des « 6 mois ». Cet excès d'optimisme a été alimenté pendant quelque temps par la publication de recommandations concordantes par des associations professionnelles de grande qualité, comme l'American Academy of Pediatrics² [Académie américaine de pédiatrie], et par l'adoption de politiques correspondantes dans un nombre croissant de gouvernements, dont ceux de 17 pays de l'Union européenne (UE)³.

Pourtant, l'affrontement n'était pas terminé ; il avait seulement changé de rythme et s'était mué en guerre de basse intensité. Des articles, trop nombreux pour être tous cités dans un bref éditorial, publiés dans de nombreux pays, revues et langues, ont commencé à semer le doute sur les données à la base de la recommandation des 6 mois en défendant l'introduction plus précoce de l'alimentation de complément – soit, un retour à la recommandation des 4 à 6 mois. L'article le plus récent et probablement le plus discuté s'inscrivant dans cette veine a été publié par le *British Medical Journal (BMJ)* en janvier 2011⁴. Et un autre article, l'avis de scientifiques sur l'âge approprié d'introduction de l'alimentation de complément émis par l'Autorité européenne de sécurité des aliments (EFSA)⁵, a des conséquences légales sur l'étiquetage des aliments pour bébés dans l'UE. Tous ces articles reprennent les mêmes arguments, ceux développés par le Comité sur la nutrition (CoN)⁶ de la European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition [Société européenne de gastroentérologie, hépatologie et nutrition pédiatrique] (ESPGHAN). Il est donc utile d'analyser ces arguments en détail.

Dans son commentaire, l'ESPGHAN recommande que « l'alimentation de complément ne soit introduite en aucun cas avant 17 semaines de vie, et que tous les nourrissons commencent à la recevoir avant 26 semaines ». Mais cette opinion n'est que l'émanation d'experts appartenant à une seule branche pédiatrique. Or en médecine, discipline qui s'appuie sur les faits, l'opinion d'experts constitue en fait le niveau de recommandation le plus bas. Et en effet, les auteurs de la recommandation de l'ESPGHAN se gardent bien de mentionner dans leur commentaire le niveau de faits ou la force de la recommandation. En outre, ils ne précisent pas leur méthode de recherche de la littérature, les critères de sélection des articles retenus (qui, au passage, portent tous sur des études par observation sujettes à des biais), les cotes de qualité des études auxquelles ils se réfèrent, pas plus qu'ils ne décrivent la façon dont ils ont recueilli et analysé des données qui étayaient leurs conclusions. Pour finir, ils fondent presque exclusivement leur recommandation sur les effets que l'introduction précoce des aliments de complément pourrait avoir sur les allergies, les maladies coeliaques et le diabète ; et ils n'évoquent pas les implications qu'elle pourrait avoir sur l'allaitement maternel, l'alimentation, la nutrition et la santé. Cela est inévitable quand un groupe restreint de spécialistes s'abstient de consulter les autres parties – en contradiction flagrante avec ce que recommande de nos jours la médecine basée sur les faits.

Le commentaire de l'ESPGHAN souffre par ailleurs de conflits d'intérêts importants. Sur la première page, une note en bas de page indique que « les déclarations de conflits d'intérêts concernant les membres du CoN sont soumises chaque année au secrétaire du CoN et peuvent être consultées sur demande ». Comme les lecteurs écrivent rarement pour demander les déclarations des auteurs, cela revient dans les faits à dissimuler les conflits d'intérêts. Et pourtant, dans ce cas-ci, ils sont nombreux. Par exemple, le premier auteur est membre depuis 2009 du panel de l'EFSA qui a émis l'avis des scientifiques mentionné précédemment. Qu'on ne s'étonne pas de la similitude entre les recommandations de l'EFSA et de l'ESPGHAN ! En tant que membre de ces panels, cet auteur a déclaré en mars 2010 avoir travaillé et écrit pour Ferrero, Danone, Dicofarm, Dietetic Metabolic Food, Heinz, Hipp, Humana, Martek, Mead Johnson, Mellin, Milupa, Nestlé, Noos, Ordesa, SHS/Nutricia et la Fédération des industries de l'alimentation infantile. La troisième auteure du commentaire de l'ESPGHAN est la première auteure de l'article du *BMJ* mentionné plus haut. Suite à une demande des lecteurs du *BMJ*, elle a déclaré avoir « au cours des dernières 3 années, mené des travaux de consultante et/ou reçu des financements de recherche provenant de sociétés fabriquant des laits artificiels et des aliments pour bébé ». Des conflits d'intérêts comparables concernent plusieurs autres auteurs du commentaire de l'ESPGHAN et de nombreux articles similaires.

À qui profite cette guerre de basse intensité ? Il est peu probable que l'introduction anticipée des aliments de complément soit favorable aux nourrissons dans la mesure où elle raccourcit la durée de l'allaitement exclusif ou, comme le montrent des données recueillies au Royaume-Uni⁷, elle abrège même la durée globale de l'allaitement, notamment dans les groupes à bas revenu⁸. Avec le risque accru de faire progresser l'incidence et la gravi-

¹ Inspiré de : Cattaneo A, Williams C, Pallás-Alonso CR, et al. ESPGHAN's 2008 recommendation for early introduction of complementary foods : how good is the evidence ? *Matern Child Nutr* 2011;7:335-343

² American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005;115:496-506.

³ Cattaneo A, Burmaz T, Arendt M, et al. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe : progress from 2002 to 2007. *Public Health Nutr* 2010;13:751-9

⁴ Fewtrell M, Wilson DC, Booth I, et al. Six months of exclusive breast feeding: how good is the evidence? *BMJ* 2011;342:c5955

⁵ EFSA Panel on Dietetic Products Nutrition and Allergies. Scientific opinion on the appropriate age for introduction of complementary feeding of infants. *The EFSA Journal* 2009;7:1-38

⁶ Agostoni C, Decsi T, Fewtrell M, et al. Complementary feeding: a commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2008;46:99-110

⁷ Scientific Advisory Committee on Nutrition. *Infant Feeding Survey 2005: a commentary on infant feeding practices in the UK*. London, TSO, 2008

⁸ Simard I, O'Brien HT, Beaudoin A, et al. Factors influencing the initiation and duration of breastfeeding among low-income women followed by the Canada prenatal nutrition program in four regions of Quebec. *J Hum Lact* 2005;21:327-37

té des infections et d'entraîner un surcroît de coûts pour les familles et les services de santé. Par ailleurs, il faudrait collecter plus de données sur l'introduction des aliments de complément avant de pouvoir conclure à leurs bienfaits sur les allergies, les maladies coéliquales et le diabète.

Cette guerre ne profitera pas non plus aux parents qui risquent en outre d'être privés des moyens de pleinement exercer leurs responsabilités. Certains s'en remettront aux produits industriels et aux prescriptions médicales et n'apprendront ainsi pas à détecter les signes montrant que leur bébé est prêt à recevoir des aliments de complément – la capacité à se tenir assis et à tenir sa tête ; à coordonner ses yeux, ses mains et sa bouche pour regarder la nourriture, s'en saisir et la porter à sa bouche ; à avaler des aliments solides – et ne lui donneront donc pas des aliments de complément sains et qui sont adaptés à son développement physiologique.

Introduction des aliments solides

Brown A, Lee M. A descriptive study investigating the use and nature of baby-led weaning in a UK sample of mothers. *Matern Child Nutr* 2011;7:34-47.

Une alternative aux méthodes traditionnelles de sevrage, connue sous le nom de « diversification alimentaire gérée par le bébé » [*baby-led weaning, BLW*], semble se développer au Royaume-Uni et dans d'autres pays. Cette approche consiste à éviter les pratiques habituelles de sevrage où l'on donne à la cuiller des aliments en purée ou du riz pour bébé, et de lui proposer au lieu des aliments en morceaux entiers à partir de 6 mois environ. Un principe fondamental du BLW est que les bébés s'alimentent par eux-mêmes. Selon les données empiriques, la pratique du BLW connaît une popularité croissante ; mais il manque de données provenant de la recherche et l'on connaît encore mal la nature du BLW et la démographie de ceux qui le pratiquent. Cette étude visait à apporter des éléments descriptifs sur un échantillon de femmes ayant choisi la méthode BLW, éléments comprenant leurs attitudes et comportements associés. Mené auprès de 655 femmes ayant un enfant entre 6 et 12 mois, la collecte de données a porté sur le moment où le sevrage avait démarré, l'utilisation de la cuiller et de purées, ainsi que le vécu du sevrage et des repas. Les participantes ayant opté pour le BLW ont déclaré qu'elles utilisaient peu la cuiller et les purées et la probabilité était plus forte qu'elles aient un niveau d'éducation supérieur, qu'elles aient un emploi, qu'elles soient mariées et qu'elles aient allaité leur bébé. On a également trouvé une association entre le BLW et l'introduction plus tardive des aliments de complément, une plus forte participation aux repas et une plus forte exposition aux aliments préparés à la maison. Enfin, les niveaux d'anxiété liée au sevrage et à l'alimentation étaient inférieurs chez les mères ayant adopté l'approche du BLW.

Wright CM, Cameron K, Tsiaka M, Parkinson KN. Is baby-led weaning feasible? When do babies first reach out for and eat finger foods? *Matern Child Nutr* 2011;7:27-33.

En revanche, il est à peu près certain qu'elle profite à l'industrie. De toute évidence, une partie des aliments de complément donnés avant 6 mois proviendront de l'industrie ; de même que ceux donnés après 6 mois, et cela au détriment des aliments préparés à la maison qui sont pourtant plus sûrs et plus sains. Cela représente des montants d'argent considérables.

Pour conclure, il n'est certainement pas nécessaire de remettre en question ou de revoir la recommandation mondiale de santé publique préconisant 6 mois d'allaitement maternel exclusif. Cette recommandation correspond à la croissance physiologique et au développement neuro-moteur moyen des bébés et permet en même temps de respecter l'individualité de chaque nourrisson et de choisir le moment le plus opportun pour introduire les aliments de complément.

Cette étude a exploité des données recueillies auprès d'une cohorte de nourrissons pour définir l'éventail d'âges auxquels les bébés se saisissent et ingèrent des aliments à prendre avec les doigts, et a mis ces données en relation avec leur niveau de développement. Les nourrissons ont été recrutés peu de temps après leur naissance et ont été suivis à partir de questionnaires. Sur les 923 enfants éligibles, 602 ont pu informer sur l'âge auquel ils avaient commencé à saisir de la nourriture : pour 340 (56%) d'entre eux, ce moment se situait avant l'âge de 6 mois, mais 36 (6%) ne s'en saisissaient toujours pas à l'âge de 8 mois. Les bébés qui ne se saisissaient pas de nourriture à 6 mois avaient une probabilité inférieure de marcher seuls à un an (85 sur 224, 38%) que les autres (155 sur 286, 54%). Sur les 447 parents ayant noté les cinq premières fois où leur enfant avait mangé des aliments à prendre avec les doigts, la première fois avait eu lieu avant 6 mois dans 170 cas (40%) et avant l'âge de 8 mois dans 383 cas (90%). Les aliments proposés aux nourrissons étaient le plus souvent du pain ou des biscuits. Sur les 604 bébés dont les chercheurs ont pu étudier l'alimentation à 8 mois, 546 (90%) d'entre eux mangeaient des aliments à prendre avec les doigts au moins une fois par jour mais seulement 309 (51%) en mangeaient plus qu'une fois par jour. Le BLW est une méthode probablement possible pour la majorité des bébés mais il pourrait entraîner des problèmes nutritionnels pour les nourrissons dont le développement est relativement lent.

Nielsen SB, Reilly JJ, Fewtrell MS, et al. Adequacy of milk intake during exclusive breastfeeding: a longitudinal study. *Pediatrics* 2011;128:e907.

Cette étude a voulu examiner si et comment la lactation humaine et les pratiques d'allaitement s'adaptent pour répondre aux besoins énergétiques des nourrissons tout au long de la période de l'allaitement exclusif de 6 mois. Les chercheurs ont noté l'ingestion de lait et les apports énergétiques, la croissance des nourrissons et les pratiques d'allaitement aux âges de 15 et 25 semaines chez 50 nourrissons en bonne santé, allaités exclusivement et

qui appartenait à des groupes de soutien à l'allaitement à Glasgow. Quarante-sept bébés ont participé à l'étude jusqu'à son terme et 41 d'entre eux ont été allaités exclusivement jusqu'à l'âge de 25 semaines. Les quantités de lait ingérées étaient plus importantes que les valeurs indiquées dans la littérature (923 [écart type : 122] g/jour et 999 [écart type : 146] g/jour à respectivement 15 et 25 semaines) et elles avaient augmenté significativement entre les deux âges (augmentation moyenne : 61 [23-99] g/jour). La croissance des nourrissons était normale en comparaison avec les normes de croissance de l'OMS, et les quantités d'énergie ingérées étaient adéquates selon les estimations des besoins standard. Les données comportementales n'ont par ailleurs pas indiqué de difficultés concernant l'allaitement. Les résultats de cette étude prospective montrent que si les mères sont bien soutenues et qu'elles suivent les recommandations de l'OMS sur l'allaitement exclusif, les quantités de lait ingérées sont importantes et augmentent avec le temps, les apports énergétiques sont adéquats, les enfants croissent normalement et l'allaitement maternel peut se dérouler comme prévu.

Allaiter pourquoi

Diarrhée

Lamberti LM, Fischer Walker CL, Noiman A, Victora C, Black RE. Breastfeeding and the risk for diarrhoea morbidity and mortality. *BMC Public Health* 2011;11 Suppl 3:S15.

Dans les pays en développement, les bas taux d'allaitement exclusif chez les nourrissons âgés de 0-5 mois et l'absence d'allaitement chez les bébés de 6-23 mois sont associés à de plus forts taux de morbidité et de mortalité dus aux diarrhées. Cette revue présente une estimation des effets protecteurs de divers types d'allaitement en rapport avec l'incidence, la prévalence et la mortalité due à la diarrhée, avec l'hospitalisation due aux maladies diarrhéiques et avec toutes les causes confondues de mortalité. Les auteurs ont effectué une revue systématique et exhaustive de la littérature parue entre 1980 et 2009, évaluant les niveaux d'allaitement maternel sub-optimal comme facteur de risque pour certaines morbidités et mortalités. Ils ont constaté que de nombreux résultats montrent un effet protecteur de l'allaitement maternel contre l'incidence, la prévalence, les hospitalisations et la mortalité dues à la diarrhée, ainsi que contre la mortalité toutes causes confondues. Les résultats de 18 études comprises dans la revue ont montré divers niveaux de protection selon les types d'allaitement : la protection la plus forte provenait de l'allaitement exclusif chez les nourrissons de 0-5 mois, et de toute forme d'allaitement chez les nourrissons et jeunes enfants de 6-23 mois. Plus précisément, l'absence de tout allaitement, comparée à l'allaitement exclusif, entraînait un risque dix fois plus important de mortalité par diarrhée chez les nourrissons âgés de 0-5 mois, et, chez les enfants de 6-23 mois, un risque deux fois supérieur en comparaison avec toute forme d'allaitement. Ces résultats viennent étayer la recommandation actuelle de l'OMS qui préconise l'allaitement

exclusif pendant les 6 premiers mois comme une intervention déterminante pour la survie de l'enfant. Ils soulignent par ailleurs l'importance de l'allaitement maternel pour protéger contre la morbidité et la mortalité dues spécifiquement aux diarrhées pendant les deux premières années de l'enfant.

Syndrome de mort subite du nourrisson

Hauck FR, Thompson JM, Tanabe KO, Moon RY, Venemann MM. Breastfeeding and reduced risk of sudden infant death syndrome: a meta-analysis. *Pediatrics* 2011;128:103-10.

Parmi les avantages de l'allaitement maternel, on compte le risque amoindri de mortalité postnatale. Mais on ne sait pas exactement si l'allaitement maternel fait reculer spécifiquement le risque de syndrome de mort subite du nourrisson car les résultats des études ne concordent pas tous. Cette revue visait à mesurer l'association entre l'allaitement maternel et le syndrome de mort subite du nourrisson. Après une recherche effectuée sur Medline (1966-2009) et à partir d'articles présentant des revues, les auteurs ont identifié 288 études apportant des données sur l'allaitement maternel et le syndrome de mort subite du nourrisson. Ils ont pu identifier 24 études de cas-témoins originales apportant des données sur l'association entre l'allaitement maternel et le syndrome de mort subite du nourrisson. Deux équipes de deux personnes ont évalué la qualité des études en fonction de critères prédéterminés, éliminant six études et en analysant dix-huit. Pour les nourrissons ayant été allaités, quelle que soit le type d'allaitement et sa durée, le risque de syndrome de mort subite du nourrisson était réduit de 45% (intervalles de confiance de 31%-56%). Le risque diminuait encore à 62% pour toute forme d'allaitement jusqu'à 2 mois ou plus, et à 73% pour l'allaitement exclusif, quelle qu'en soit la durée. L'allaitement maternel apporte donc une protection contre le syndrome de mort subite du nourrisson, et l'effet protecteur est plus fort lorsque l'allaitement est exclusif. Les campagnes visant à réduire le risque de syndrome de mort subite du nourrisson devraient donc recommander l'allaitement des nourrissons.

Obésité

Gooze RA, Anderson SE, Whitaker RC. Prolonged bottle use and obesity at 5.5 years of age in US children. *J Pediatr* 2011;159:431-6.

Pour étudier l'association entre l'utilisation prolongée du biberon et le risque d'obésité (IMC ou indice de masse corporelle $\geq 95^{\text{ème}}$ centile) à l'âge de 5,5 ans, les auteurs ont analysé les données de la *Cohorte de naissance de l'étude longitudinale sur la petite enfance* sur 6'750 enfants américains nés en 2001. A l'âge de 5,5 ans, la prévalence de l'obésité était de 17,6% ; 22,3% des enfants étaient nourris au biberon à l'âge de 24 mois. A l'âge de 5,5 ans, la prévalence de l'obésité était de 22,9% (19,4%-26,4%) chez les enfants nourris au biberon à 24 mois et de 16,1% (14,9%-17,3%) chez les autres. L'utilisation prolongée du biberon a été associée à une augmentation de 33% du risque d'obésité à 5,5

ans après contrôle des caractéristiques sociodémographiques, de l'obésité maternelle, du tabagisme maternel, de l'allaitement, de l'âge d'introduction des aliments solides, du temps consacré à la télévision ou aux jeux vidéo, et du statut pondéral de l'enfant à la naissance et à 9 ans. Les auteurs concluent qu'en évitant d'utiliser le biberon de façon prolongée, on peut probablement prévenir l'obésité infantile précoce.

Huh SY, Rifas-Shiman SL, Taveras EM, Oken E, Gillman MW. Timing of solid food introduction and risk of obesity in preschool-aged children. *Pediatrics* 2011;127:e544-51.

Pour étudier l'association entre le moment de l'introduction des aliments solides au cours de la petite enfance (à moins de 4 mois, à 4-5 mois, et à 6 mois et plus) et l'obésité (IMC $\geq 95^{\text{ème}}$ centile pour l'âge et le sexe) à l'âge de 3 ans, les auteurs ont étudié 847 enfants dans le cadre d'une étude prospective en cohorte. Pendant les 4 premiers mois, 568 nourrissons (68%) étaient allaités et 279 (32%) recevaient du lait artificiel. À l'âge de 3 ans, 75 enfants (9%) étaient obèses. Parmi les bébés allaités, on n'a pas constaté d'association entre le moment de l'introduction des aliments solides et le risque d'obésité. Parmi les nourrissons alimentés au lait artificiel, on a constaté une association entre une introduction des aliments solides avant 4 mois et un risque six fois supérieur d'obésité à 3 ans.

Épilepsie

Sun Y, Vestergaard M, Christensen J, Olsen J. Breastfeeding and risk of epilepsy in childhood: a birth cohort study. *J Pediatr* 2011;158:924-9.

Cette étude visait à examiner si l'allaitement maternel réduisait le risque d'épilepsie pendant l'enfance. L'analyse a porté sur 69'750 bébés unipares nés entre septembre 1997 et juin 2003, appartenant à la *Cohorte de naissance nationale danoise* et observés jusqu'en août 2008. Les informations sur l'allaitement maternel ont été recueillies auprès des mères au cours de deux entretiens téléphoniques assistés par ordinateur, 6 et 18 mois après la naissance. Les données sur l'épilepsie ont été extraites du *Registre hospitalier national danois* (pour les hospitalisations et les soins ambulatoires). On a constaté une association entre l'allaitement maternel et un moindre risque d'épilepsie, selon un modèle évoquant la relation dose-effet. Chez les enfants allaités pendant 3-5 mois, 6-8 mois, 9-12 mois, et 13 mois et plus, les risques d'épilepsie diminuaient respectivement de 26%, 39%, 50% et 59% après la première année de vie en comparaison avec les enfants allaités pendant moins d'un mois. L'association a persisté après l'exclusion des enfants atteints de maladies néonatales ou des enfants exposés à une maladie maternelle pendant la grossesse. Les auteurs en concluent que l'effet protecteur observé pourrait être causal.

Développement mental

Guxens M, Mendez MA, Moltó-Puigmartí C, et al. Breastfeeding, long-chain polyunsaturated fatty acids in colostrum, and infant mental development. *Pediatrics* 2011;128:e880.

Cette étude a examiné, dans les liens entre l'allaitement maternel et le développement neurologique des enfants, le rôle des facteurs psychosociaux des parents et les niveaux d'acide gras polyinsaturé à longue chaîne contenus dans le colostrum. Une cohorte de naissance a été établie à partir de la population générale de la ville de Sabadell (Espagne) où 657 femmes ont été recrutées pendant le premier trimestre de leur grossesse. On a rassemblé par le biais de questionnaires des informations sur les caractéristiques parentales et sur l'allaitement maternel, et des psychologues ont ensuite évalué à partir de l'*Echelle Bayley de développement du nourrisson*, le développement mental et psychomoteur de 504 enfants à l'âge de 14 mois. Les auteurs ont constaté qu'il y avait une association positive entre le développement mental de l'enfant et le nombre élevé de tétées/nombre total de prises d'aliments lactés pendant les premiers 14 mois de vie de l'enfant (avec une augmentation de 0,37% par mois d'allaitement complet). Le niveau d'éducation, la classe sociale et le quotient intellectuel de la mère n'expliquaient que partiellement cette association. Les enfants allaités plus longtemps et qui étaient également exposés à des niveaux plus élevés d'acide gras polyinsaturé à longue chaîne dans le colostrum ont présenté des scores mentaux significativement plus élevés que les enfants brièvement allaités et peu exposés au colostrum.

Heikkilä K, Sacker A, Kelly Y, Renfrew MJ, Quigley MA. Breastfeeding and child behaviour in the Millennium Cohort Study. *Arch Dis Child* 2011;96:635-42.

Pour étudier la possibilité d'une association entre l'allaitement maternel et le développement comportemental d'enfants âgés de 5 ans, les auteurs ont utilisé les données recueillies au Royaume-Uni dans une vaste cohorte de 10'037 paires mère-enfant d'origine ethnique blanche (9'525 enfants nés à terme et 512 enfants prématurés). La durée de l'allaitement (exclusif ou sous toute autre forme) a été précisée lors d'entretiens avec les parents 9 mois après la naissance des nourrissons. Le comportement infantile a été évalué grâce à un *Questionnaire points forts-points faibles* rempli par les parents. Les résultats étaient moins souvent sous la norme chez les enfants nés à terme (12%) que chez les prématurés (15%). Les enfants nés à terme et allaités pendant au moins 4 mois (29%) couraient 33% moins de risque de présenter un score bas au questionnaire que les enfants qui n'avaient jamais été allaités (35%). La même chose a été constatée pour tous les résultats en-dessous de la moyenne au questionnaire. Chez les prématurés, une durée prolongée d'allaitement a généralement été associée à un moindre risque de présenter des scores bas au questionnaire, aussi bien pour les scores globaux que pour les scores en-dessous de la moyenne, mais les estimations concernant les effets n'étaient pas précises. Les associations entre l'allaitement maternel exclusif et les scores bas au questionnaire étaient semblables à celles constatées entre l'allaitement maternel, toutes formes confondues, et les scores inférieurs à la moyenne du questionnaire. Ces résultats indiquent que, chez les enfants nés à terme, une durée prolongée de

l'allaitement est associée chez les enfants de 5 ans à de moindres problèmes comportementaux (tels qu'évalués par les parents).

McCrory C, Layte R. The effect of breastfeeding on children's educational test scores at nine years of age: results of an Irish cohort study. *Soc Sci Med* 2011;72:1515-21.

Cette étude transversale rétrospective a exploré la relation possible entre une exposition précoce à l'allaitement maternel et les résultats aux tests scolaires d'enfants de 9 ans, et cela indépendamment de plusieurs facteurs confondants. L'échantillon final a inclus 8'226 enfants scolarisés âgés de 9 ans et participant à la première phase de l'étude « *Grandir en Irlande* ». Les enfants, sélectionnés par le système scolaire national irlandais, étaient représentatifs de la population des 9 ans. Les informations sur la mise en route et la durée de l'allaitement maternel ont été obtenues rétrospectivement en faisant appel aux souvenirs des parents ; les performances scolaires des enfants ont été évaluées grâce à des tests standardisés de lecture et de mathématiques. Selon une analyse non ajustée, les enfants ayant été allaités présentaient des résultats aux tests de lecture et de mathématiques meilleurs de 8,67% et de 7,42% respectivement par rapport à ceux des enfants n'ayant jamais été allaités. Par contre, les bienfaits de l'allaitement maternel ont significativement diminué après ajustement d'une variété de caractéristiques liés à l'enfant et à la mère ainsi qu'à leur situation socio-économique et socio-environnementale. Mais les enfants ayant été allaités ont conservé un avantage significatif de 3,24% et de 2,23% respectivement aux résultats de tests de lecture et de mathématiques comparés à ceux des enfants n'ayant jamais été allaités. L'allaitement maternel, sous quelque forme que ce soit, a été associé à des résultats significativement meilleurs qu'en l'absence d'allaitement, mais les preuves d'une relation effet-dose restent faibles. Les résultats indiquent que l'avantage est important pour les enfants allaités et que l'ampleur de l'effet varie selon le groupe : elle est maximale chez les plus défavorisés socialement et tombe à presque zéro dans les groupes les plus favorisés.

Oddy WH, Li J, Whitehouse AJO, Zubrick SR, Malacova E. Breastfeeding duration and academic achievement at 10 years. *Pediatrics* 2011;127:e137-e145.

L'objectif de cette étude australienne était d'étudier la relation entre la durée de l'allaitement maternel et la réussite scolaire. Les auteurs ont utilisé une cohorte de 2'900 femmes participant à l'étude à partir de la 18^{ème} semaine de grossesse ; 2'868 enfants nés vivants ont été soumis à un suivi prospectif. Les données concernant 1'038 enfants âgés d'environ 10 ans ont ensuite été jumelées à leurs résultats standards en mathématiques, lecture, écriture et orthographe. Les auteurs ont examiné les associations entre la durée de l'allaitement et les résultats scolaires après ajustements liés au sexe, au revenu de la famille, aux facteurs relatifs à la mère et à une stimulation précoce de la lecture à domicile. Les enfants de 10 ans qui avaient été allaités de façon prédominante pendant au moins les 6 premiers mois présentaient de meilleurs résultats scolaires

que les enfants allaités pendant moins de 6 mois. Il est intéressant de noter que – et cela appelle des recherches plus approfondies – les effets de l'allaitement maternel sur les résultats scolaires se sont avérés différents selon le sexe : les garçons ont été particulièrement sensibles (pour les mathématiques, l'orthographe, la lecture et l'écriture) à une durée prolongée de l'allaitement maternel.

Allaiter comment

Anatomie et physiologie

Kim P, Feldman R, Mayes LC, et al. Breastfeeding, brain activation to own infant cry, and maternal sensitivity. *J Child Psychol Psychiatry* 2011;52:907-15.

Peu de recherches ont étudié les mécanismes neurobiologiques qui sous-tendent la relation entre l'allaitement maternel et le comportement maternel chez les mères de l'espèce humaine. Cette étude a exploré les associations entre l'allaitement, les réactions cérébrales des mères aux stimuli de leur propre bébé et la sensibilité maternelle pendant les tout premiers temps de la période postnatale. Dix-sept mères biologiques de nourrissons en bonne santé ont été réparties dans deux groupes selon le mode d'alimentation des bébés à 2-4 semaines: allaitement maternel exclusif ou alimentation exclusive au lait artificiel. Un examen par résonance magnétique fonctionnelle a été effectué sur les mères au cours du premier mois postpartum pour étudier l'activation de leur cerveau en réaction aux pleurs de leur propre bébé en comparaison à leur réaction aux pleurs de bébés d'un groupe de contrôle. A 3-4 mois postpartum, les interactions à domicile entre mères et nourrissons ont été filmées et les éléments de sensibilité maternelle ont fait l'objet d'un codage anonyme. Au cours du premier mois postpartum, les mères qui allaitaient ont montré, en comparaison avec celles donnant exclusivement du lait artificiel à leur enfant, une activation plus forte du gyrus frontal supérieur, de l'insula, du précinéus, du striatum et de l'amygdale lorsqu'elles entendaient leur bébé pleurer. Pour l'ensemble des mères, qu'elles aient allaité exclusivement ou qu'elles aient donné exclusivement du lait artificiel, une activation plus forte du gyrus frontal supérieur droit et de l'amygdale a été associée à une plus forte sensibilité à 3-4 mois postpartum. Ces résultats donnent à penser qu'au cours des toutes premières semaines de la période postnatale, il existerait dans les régions du cerveau impliquées dans l'établissement du lien mère-enfant et de l'empathie, des liens entre l'allaitement et une plus forte réaction de la mère aux modes d'expression de son bébé. Cette activation du cerveau pourrait favoriser une plus grande sensibilité des mères au moment où les bébés intègrent leur environnement social.

Doucet S, Soussignan R, Sagot P, Schaal B. An overlooked aspect of the human breast: areolar glands in relation with breastfeeding pattern, neonatal weight gain, and the dynamics of lactation. *Early Hum Dev* 2010; doi:10.1016/j.earhumdev.2011.07.020

Chez les êtres humains, la mise au sein n'entraîne pas une réussite automatique de la tétée. Un certain

nombre de facteurs peuvent faciliter ou freiner le processus chez la mère ou chez le nouveau-né. Parmi ces facteurs, une caractéristique du sein des mères – la présence de glandes aréolaires – a été identifiée comme potentiellement importante car le nombre de glandes varie d'une femme à l'autre. Par ailleurs, les nourrissons de 3 jours montrent une attention pour les sécrétions de ces glandes aréolaires, ce qui semble indiquer que ces dernières peuvent influencer le comportement du nouveau-né pendant l'allaitement. Cette étude a évalué, auprès d'un échantillon de 121 paires mère-enfant caucasiens, les effets de ce lien. Pendant les 3 jours ayant suivi l'accouchement on a examiné les aréoles des mères ainsi que la succion des nourrissons, la fluctuation de poids de ces derniers ainsi que la durée de mise en route de la lactation. En moyenne, 97% des femmes présentaient des glandes aréolaires ; 80% d'entre elles avaient de 1-20 glandes par aréole ; et chez 33% des mères les glandes excrétaient un liquide visible. On a constaté un lien positif entre la présence de glandes aréolaires, la croissance du nourrisson immédiatement après la naissance et la vitesse de mise en route de la lactation : les bébés de femmes primipares présentant un moindre nombre de glandes aréolaires prenaient moins de poids que ceux dont les mères présentaient un plus grand nombre de glandes aréolaires. De plus, le délai de mise en route de la lactation était plus long chez les primipares présentant un moindre nombre de glandes aréolaires. Cette étude confirme et prolonge le constat selon lequel les glandes aréolaires, conjuguées à l'expérience maternelle, ont probablement une influence sur la mise en route de l'allaitement.

Initiatives amies des bébés

Edwards G, Abdulali J, Kumar RR. Meeting the challenge: implementing the Baby Friendly Hospital Initiative in a culturally diverse country. *Pract Midwife* 2011;14:14-6.

Cet article décrit, dans le contexte de la diversité culturelle d'un grand hôpital des Émirats Arabes Unis, le succès de l'application de l'Initiative hôpitaux amis des bébés (IHAB) de l'OMS/UNICEF. Dans ce pays, le taux d'initiation à l'allaitement est élevé (plus de 90%) bien que l'alimentation mixte soit considérée comme la norme. Les pratiques religieuses traditionnelles relatives à la naissance sont encore courantes et peuvent mettre un frein ou empêcher l'allaitement exclusif. Une méthodologie de recherche-action a été choisie comme la plus pertinente pour mettre en œuvre l'IHAB, et une approche cyclique en cinq étapes a été adoptée. Du fait de la grande diversité de nationalités du personnel, les niveaux de connaissance sur l'allaitement et l'IHAB étaient très variables. Au début du projet, l'allaitement n'étant pas considéré une priorité, il a été difficile d'impliquer le personnel, en particulier dans les salles d'accouchement et les blocs opératoires. La fermeture des pouponnières a également rencontré de fortes résistances car aussi bien les mères que le personnel considéraient la séparation entre mère et bébé comme un bon moyen pour les femmes de se reposer. Aussi, au sein de l'établissement, la connaissance du lien mère-enfant et des

signes de faim chez le nouveau-né étaient méconnus. En revanche, au moment de l'évaluation IHAB, les pratiques avaient beaucoup changé. Les auteurs concluent que la mise en œuvre de l'IHAB a été un succès et que cette réussite peut être attribuée aux bonnes dispositions du personnel vis-à-vis de l'IHAB.

DelliFraine J, Langabeer II J, Williams JF, et al. Cost comparison of Baby Friendly and Non-Baby Friendly Hospitals in the United States. *Pediatrics* 2011;127:e989

Cette étude a consisté en une évaluation économique des coûts marginaux associés à l'obtention du label IHAB de l'OMS/UNICEF dans des hôpitaux américains. À partir des données extraites des rapports de l'année 2007 sur les coûts de l'American Hospital Association et des Centers for Medicare and Medicaid, les coûts du travail et de l'accouchement ont été comparés dans des hôpitaux appliquant et n'appliquant pas l'IHAB. Les coûts de fonctionnement par accouchement ont été calculés en analysant des paires équivalentes d'un échantillon d'hôpitaux jumelés deux à deux - un hôpital certifié IHAB et un hôpital non certifié. Quant aux coûts associés aux codes de diagnostic du travail et de l'accouchement, ils ont été analysés pour chacun des hôpitaux certifiés et ensuite comparés aux coûts moyens et médians des hôpitaux non labellisés. Les coûts pouponnière+travail+accouchement s'élevaient à 2'205\$ par accouchement dans les hôpitaux labellisés contre 2'170\$ dans les hôpitaux équivalents non labellisés. Les hôpitaux certifiés présentaient des coûts légèrement supérieurs (de 1,6% à 5%) à ceux des hôpitaux non certifiés, des différences considérées statistiquement peu significatives. Ces résultats indiquent que le passage à la labellisation IHAB est relativement neutre en terme de coûts pour un hôpital moyen de soins de courte durée.

Ingram J, Johnson D, Condon L. The effects of Baby Friendly Initiative training on breastfeeding rates and the breastfeeding attitudes, knowledge and self-efficacy of community health-care staff. *Prim Health Care Res Dev* 2011;12:266-75.

En 2008 au Royaume Uni, les auteurs de cette étude ont évalué les effets sur les taux d'allaitement d'une formation sur l'Initiative amie des bébés donnée au niveau d'une communauté. Basant la recherche dans un grand groupe de soins primaires (Primary Care Trust), 141 infirmières de soins à domicile et infirmières puéricultrices ont suivi une formation de 3 jours sur l'Initiative amie des bébés. Parmi elles, 137 personnes (100 infirmières de soins à domicile, 37 infirmières puéricultrices) ont finalement participé à l'évaluation. Grâce à un questionnaire et à un outil permettant de mesurer l'efficacité personnelle, on a relevé à trois moments différents, avant et après la formation, les attitudes du personnel par rapport à l'allaitement, par rapport à leurs connaissances et par rapport à leur propre confiance à assister les mamans à allaiter. Suite à la formation, les taux d'allaitement à 8 semaines ont significativement progressé et un bébé né en 2009 avait une probabilité 1,57 fois supérieure d'être allaité qu'un bébé né en 2006. On a également noté des améliorations statistiquement significatives dans

l'attitude du personnel vis-à-vis de l'allaitement maternel, dans leur connaissance du sujet et dans l'efficacité individuelle ; aussi, les réponses apportées aux problèmes liés à l'allaitement maternel étaient plus souvent pertinentes. Des entretiens d'évaluation du processus, menés auprès de 43 infirmières à domicile, puéricultrices et responsables ont permis d'obtenir des avis sur la formation et les changements de pratiques. En ce qui concerne le cours, jugé particulièrement utile, les réactions étaient très majoritairement positives. Cela a entraîné un regain d'enthousiasme, a permis une meilleure cohérence dans l'appui des équipes, et a renforcé la confiance de tous les membres du personnel qui aidaient les mères à allaiter. Par ailleurs, les infirmières à domicile faisaient davantage confiance aux infirmières puéricultrices au niveau du soutien aux mères. Pour finir, une enquête menée auprès de certaines mères a montré chez elles une progression du taux d'allaitement exclusif ainsi que des signes d'une meilleure efficacité personnelle concernant l'allaitement.

Perte de poids chez les nouveau-nés

Regnault N, Botton J, Blanc L, et al. Determinants of neonatal weight loss in term infants: specific association with pre-pregnancy maternal body mass index and infant feeding mode. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2011;96:F217-22.

Cette étude a porté sur les déterminants de la perte de poids néonatale mesurée au cours du 3^e jour de vie chez des nourrissons nés à terme. En 2002, une cohorte de femmes enceintes (moins de 24 semaines de grossesse) a été recrutée dans deux hôpitaux universitaires français. Les nouveau-nés ont été pesés tous les jours jusqu'à leur sortie de la maternité, en moyenne 4,5 jours après leur naissance. Au total, l'étude a inclus 1'557 nouveau-nés, nés à terme et en bonne santé, chez qui on a recueilli des données sur le poids et le mode d'alimentation au 3^{ème} jour. Les facteurs associés à une plus forte perte de poids au 3^{ème} jour par rapport au poids à la naissance, tous modes d'alimentation confondus, étaient : un poids à la naissance plus élevé, un diabète gestationnel, une césarienne. Un âge gestationnel plus élevé a été associé à une moindre perte de poids au 3^{ème} jour. L'association entre l'IMC maternel avant la grossesse et la perte de poids au 3^{ème} jour a varié selon les modes d'alimentation. Chez les bébés allaités, la perte de poids moyenne au 3^{ème} jour s'établissait entre 4,9% pour les nouveau-nés dont les mères ne pesaient pas assez, à 5,8% pour ceux dont les mères étaient obèses. Chez les bébés nourris au lait artificiel, la perte de poids au 3^{ème} jour était la plus élevée chez ceux dont les mères ne pesaient pas assez (4,1%) et la plus faible pour ceux dont elles étaient obèses (2,6%). La moindre perte de poids au 3^{ème} jour chez les nouveau-nés nourris au lait artificiel, notamment chez ceux dont les mères étaient obèses, fait supposer une relative suralimentation, en comparaison avec les nouveau-nés allaités pendant les premiers jours de vie. Il est probable que les mères obèses et en surpoids auraient besoin d'un soutien accru pour prévenir la suralimentation, et l'allaitement maternel pourrait être une solution.

Suppléments

Volpe Holmes A, Auinger P, Howard CR. Combination feeding of breast milk and formula: evidence for shorter breastfeeding duration from the National Health and Nutrition Examination Survey. *J Pediatr* 2011;159:186-91.

L'introduction précoce du lait artificiel pourrait être associée à l'obésité infantile. Cette étude a exploré l'association entre la durée globale de l'allaitement et la combinaison lait maternel-lait artificiel définie de la façon suivante : 1) allaitement quotidien, et 2) alimentation artificielle démarrée dans la semaine suivant la naissance. Des données extraites de la *National Health and Nutrition Examination Survey* (aux États-Unis) ont permis de déterminer la prévalence de la combinaison lait maternel-lait artificiel. Sur 6'788 enfants âgés de 0 à 71 mois, 8% étaient nourris selon cette combinaison, 55% avaient reçu un allaitement exclusif pendant leur première semaine et 33% n'avaient jamais été allaités ; les 3% restant avaient commencé par être allaités mais étaient passés à une alimentation exclusive au lait artificiel pendant la première semaine de vie. L'appartenance à l'ethnie hispanique et à la race noire était le seul facteur démontrant une association indépendante avec la combinaison lait maternel-lait artificiel. Cette combinaison a été associée avec une moindre durée globale de l'allaitement pour l'ensemble de la cohorte à l'exception des sous-groupes hispanique et noir. Comparées à l'allaitement exclusif, la combinaison lait maternel-lait artificiel et l'alimentation au lait artificiel exclusif, ont été associées à un risque accru de surpoids/obésité entre les âges de 2 et 6 ans.

Wojcicki JM, Holbrook K, Lustig RH, et al. Infant formula, tea, and water supplementation of latino infants at 4-6 weeks postpartum. *J Hum Lact.* 2011;27:122-30.

L'Académie américaine de pédiatrie recommande l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois. Chez des nourrissons latino de 4-6 semaines de la région de la San Francisco Bay – enfants considérés à fort risque d'obésité - les auteurs ont examiné la prévalence et les facteurs de risque de l'alimentation au lait artificiel, de l'utilisation d'eau ainsi que d'infusions. Une cohorte de 201 femmes hispaniques enceintes a été recrutée. Les auteurs ont par la suite recueilli et analysé des informations sur l'alimentation et les symptômes de dépression postpartum à 4-6 semaines. Parmi les mères, 105 femmes (53%) nourrissaient leur bébé au lait artificiel et 48 (25%) donnaient, en plus d'allaiter, des suppléments d'eau et d'infusion. Chez ces dernières, 60% donnaient ces suppléments quotidiennement. D'après les analyses à variables multiples, le risque de supplémenter à l'eau ou aux infusions doublait presque chez les mères présentant des symptômes de dépression postpartum et chez celles ayant subi une césarienne, et était 1,3 supérieur chez les nourrissons recevant du lait artificiel. Il en ressort que donner de l'eau et des infusions ainsi que du lait artificiel doit être découragé auprès de la population hispanique compte tenu de la fréquence de l'obésité observée dans cette population.

Événements potentiellement mortels

Becher JC, Bhushan SS, Lyon AJ. Unexpected collapse in apparently healthy newborns: a prospective national study of a missing cohort of neonatal deaths and near-death events. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2011; doi:10.1136/F2 of 5 adc.2010.208736

Le collapsus postnatal subit et inattendu du nourrisson en bonne santé est rare mais il entraîne un fort risque de mortalité, et chez les survivants, un grand risque de handicap neurologique. Dans 60% des cas autopsiés on a trouvé une maladie sous-jacente, mais dans les autres cas, il existe de fortes associations avec d'autres facteurs, notamment la position d'endormissement sur le ventre, l'allaitement et la primiparité. Les auteurs ont mené une étude prospective pour évaluer l'incidence de ce collapsus au Royaume-Uni. Les cas ont été répertoriés par le biais de la *British Paediatric Surveillance Unit* sur une période de 13 mois. Les cas retenus comprenaient des bébés nés à un âge gestationnel d'au moins 37 semaines, et dont le score Apgar à 5 minutes était d'au moins 8 ; le collapsus avait eu lieu à la maternité dans les 12 heures suivant la naissance et avait nécessité une ventilation en pression positive ; il avait été suivi soit du décès du nourrisson soit de son hospitalisation en soins intensifs. Des données sur les caractéristiques de la mère et du bébé, les examens cliniques et la situation à un an ont ensuite été recueillies. Quarante-cinq cas ont été signalés, soit une incidence de 0,05/1000 naissances en vie, dont 12 se sont terminés par le décès du bébé. Chez 15 des 45 nourrissons on a pu établir une maladie sous-jacente ou une anomalie. Quant aux 30 autres cas (0,035/1000 naissances en vie), pour 24 d'entre eux, le diagnostic clinique a conclu à une obstruction des voies aériennes survenue en cours d'allaitement ou à cause de la position du nourrisson, allongé sur le ventre. Souvent les mères étaient primipares et n'avaient pas été suivies par le personnel médical avant le collapsus. Sur ces 30 nourrissons ne présentant pas de maladie ou d'anomalie, 22 (73%) ont développé une encéphalopathie anoxique qui a eu des conséquences graves pour dix d'entre eux (33%) : cinq sont morts et cinq présentaient encore des séquelles neurologiques à un an. Pour conclure, le collapsus postnatal subit et inattendu du nourrisson survient rarement et il n'y a pas de protocole de diagnostic standard. Dans les cas où le collapsus ne provient pas d'une anomalie sous-jacente, il faut souligner l'association importante avec l'allaitement ainsi qu'avec la position du nourrisson sur le ventre. Les directives de soins postnatals devraient prévoir une clause de vigilance en particulier chez les nourrissons primipares et ceux dont la capacité des parents à détecter un problème chez leur bébé pourrait avoir été diminuée.

Poets A, Steinfeldt R, Poets CF. Sudden deaths and severe apparent life-threatening events in term infants within 24 hours of birth. *Pediatrics* 2011;127:e869.

Une enquête mensuelle a été menée pour déterminer l'incidence et les possibles facteurs de risque de la mort subite du nourrisson et de malaises graves pour la vie survenant dans les 24 heures après la

naissance. Pendant toute l'année 2009, chaque service pédiatrique d'Allemagne a dû signaler de tels cas chez les nourrissons nés à terme et s'étant adaptés de façon positive à la naissance (score Apgar de 8 ou plus à 10 minutes). On a retenu la définition suivante pour les malaises graves : cyano-se/pâleur aiguë et perte de conscience pouvant nécessiter un masque, l'intubation et/ou des massages cardiaques. Les hôpitaux ayant signalé un cas ont dû transmettre un questionnaire anonyme, la lettre de sortie de l'hôpital et le protocole d'autopsie pour les cas de mort subite du nourrisson. Sur les 43 cas signalés, 17 remplissaient les critères définis, ce qui a donné une incidence de 2,6 pour 100'000 naissances en vie. Sept décès (1,1/100'000) ont été enregistrés ; six des dix nourrissons ayant présenté des malaises très graves présentaient à leur sortie de l'hôpital des anomalies neurologiques; on avait trouvé douze nourrissons couchés sur la poitrine ou l'abdomen de leur mère, ou très proches ou face à elle. Neuf événements se sont produits dans les 2 heures suivant la naissance ; sept ont été repérés par un professionnel de santé bien que la mère fût présente et éveillée. Pour les auteurs, la mort subite du nourrisson ou les malaises graves risquent de se produire dans les 24 heures qui suivent la naissance, et en particulier au cours des 2 premières heures. Les épisodes semblent être liés à une position risquant d'entraîner une asphyxie. Il se peut que les parents soient trop fatigués ou ne sachent pas observer correctement leur bébé. Il est donc justifié de mettre en place une observation plus étroite au cours de ces toutes premières heures.

Andres V, Garcia P, Rimet Y, Nicaise C, Simeoni U. Apparent life-threatening events in presumably healthy newborns during early skin-to-skin contact. *Pediatrics* 2011;127:e1073-6.

Ce bref rapport porte sur six cas de malaises menaçant la vie et qui ont eu lieu dans la salle d'accouchement dans les 2 heures suivant la naissance. Dans chaque cas, l'événement a concerné un nourrisson né à terme qui se trouvait en position ventrale sur l'abdomen de son père/sa mère dans le contexte du contact peau à peau précoce. Dans la plupart des cas la mère était primipare et, dans tous les cas la mère et le bébé n'avaient pas été suivis dans la salle d'accouchement lors du contact peau à peau et de l'initiation à l'allaitement. Il y a de nombreux avantages à initier déjà dans la salle d'accouchement le contact peau à peau et l'allaitement. Mais compte-tenu du risque de malaise grave, événement rare mais très sérieux, les auteurs conseillent de surveiller tous les nouveau-nés.

Dormir ensemble

Möllborg P, Wennergren G, Norvenius SG, Alm B. Bed-sharing among six-month-old infants in western Sweden. *Acta Paediatrica* 2011;100:226-30.

Dans de nombreuses cultures, il est courant que les bébés dorment avec leurs parents et cela peut être important pour maintenir l'allaitement maternel exclusif pendant le séjour à la maternité suite à la naissance. Cependant, ces dernières années, plu-

sieurs rapports ont fait état d'un risque accru du syndrome de mort subite du nourrisson lié à cette pratique. Cette étude a cherché à étudier la pratique du dormir ensemble à 6 mois et les facteurs associés à cette pratique. La cohorte a inclus 8 176 familles sélectionnées au hasard. À 6 mois, 5 605 familles (68,5%) ont rempli un questionnaire et, sur le total, 19,8% des parents dormaient avec leur bébé. Cette pratique a été associée à une probabilité d'allaiter deux fois supérieure. Elle a également été associée à 6 mois à au moins trois périodes de réveil dans la nuit (2,7 fois). Le bébé dormait plus souvent dans le lit parental dans les cas de monoparentalité, et moins souvent lorsqu'il avait été nourri au lait artificiel pendant la semaine suivant sa naissance. Aussi, le fait de ne pas utiliser de sucette a été associé à une plus forte fréquence de la pratique.

Ball HL, Ward-Platt MP, Howel D, Russell C. Randomised trial of sidecar crib use on breastfeeding duration (NECOT). *Arch Dis Child* 2011;96:630-4.

Pour déterminer si le fait de rapprocher le lit du bébé de celui de sa mère à la maternité a des effets sur la durée de l'allaitement maternel, les auteurs ont mené un essai aléatoire en double non-aveugle dans les services de maternité de la Royal Victoria Infirmary à Newcastle-upon-Tyne. Pour ce faire ils ont fait une comparaison entre berceaux accrochés au lit maternel et berceaux séparés du lit de la mère. 1 204 femmes enceintes ayant l'intention d'allaiter ont été recrutées à 20 semaines de grossesse et distribuées aléatoirement dans deux groupes à 34 semaines : un dont les bébés dormiraient dans un berceau accroché au lit de la mère (n=601) et un autre dont les bébés dormiraient dans un berceau séparé (n=603). Les données sur l'allaitement exclusif et sur tout allaitement à 26 semaines ont été recueillies par suivi téléphonique. 334 mères ont abandonné l'étude ou ont été perdues de vue ; les données sur l'alimentation infantile ont donc été relevées auprès de 870 mères (433 du groupe d'intervention ; 437 du groupe de contrôle). On n'a pas constaté de différence significative entre les deux groupes concernant la durée de l'allaitement exclusif ou de tout allaitement, ou après ajustement concernant l'âge de la mère, son niveau d'éducation, le fait qu'elle avait déjà allaité et le type d'accouchement. Par ailleurs, on n'a pas constaté que les mères assignées aléatoirement au groupe des berceaux accrochés au lit maternel dormaient significativement plus souvent avec leur bébé que les autres mères.

Groupes de soutien

Tylleskär T, Jackson D, Meda N, et al. Exclusive breastfeeding promotion by peer counsellors in sub-Saharan Africa (PROMISE-EBF): a cluster-randomised trial. *Lancet* 2011;378:420-7.

Les auteurs ont voulu évaluer l'effet du soutien à l'allaitement fourni par des conseillères formées sur le tas dans des communautés au Burkina Faso (n=24), en Ouganda (n=24) et en Afrique du Sud (n=34). Les communautés ont été réparties à égalité et de façon aléatoire dans des groupes de contrô-

le et des groupes d'intervention. Dans les groupes d'intervention, des personnes vivant dans la communauté et formées expressément ont donné aux mères des conseils sur l'allaitement lors d'une visite avant et de quatre visites après l'accouchement. En tout, 2 579 paires mère-bébé ont été affectées aux groupes d'intervention et de contrôle au Burkina Faso (n=392 et n=402 respectivement), en Ouganda (n=396 et n=369 respectivement) et en Afrique du Sud (n=535 et n=485 respectivement). L'équipe chargée du recueil des données ne savait pas quelle était la répartition des paires mère-enfant. Elle avait pour tâche d'évaluer la prévalence de l'allaitement exclusif ainsi que celle des diarrhées à partir des informations fournies par les mères à 12 et à 24 semaines. Les taux de prévalence de l'allaitement exclusif à 12 semaines, basés sur des informations fournies 24 heures après les faits, étaient, pour les groupes d'intervention et de contrôle, respectivement de 79% et de 25% au Burkina Faso ; de 82% et de 44% en Ouganda ; et de 10% et de 6% en Afrique du Sud. Les taux de prévalence de l'allaitement exclusif basés sur des informations fournies 7 jours après les faits, étaient, pour les groupes d'intervention et de contrôle, respectivement de 77% et de 23% au Burkina Faso ; de 77% et de 34% en Ouganda ; et de 8% et de 4% en Afrique du Sud. À 24 semaines, les taux de prévalence de l'allaitement exclusif basés sur les informations fournies après 24 heures étaient, au Burkina Faso, de 73% dans le groupe d'intervention et de 22% dans le groupe de contrôle ; en Ouganda, respectivement de 59% et de 15% ; et en Afrique du Sud, respectivement de 2% et de moins de 1%. Quant aux taux d'allaitement exclusif basés sur des informations fournies 7 jours après, ils étaient, pour le Burkina Faso, de 71% dans le groupe d'intervention et de 9% dans le groupe de contrôle ; en Ouganda, de 51% et de 11% ; et en Afrique du Sud, de 2% et de moins de 1%. En ce qui concerne la prévalence des diarrhées, on n'a pas constaté de différence significative à 12 et à 24 semaines, tant dans les groupes d'intervention que de contrôle des trois pays. Les auteurs en ont conclu qu'il est possible d'offrir, au niveau de la communauté, un soutien à l'allaitement, à la fois individualisé et léger, et, même si ce soutien n'a pas d'effet sur la prévalence des diarrhées, il peut améliorer la prévalence de l'allaitement exclusif dans de nombreuses régions de l'Afrique subsaharienne.

Gross SM, Resnik AK, Nanda JP, et al. Early postpartum: a critical period in setting the path for breastfeeding success. *Breastfeed Med* 2011;6:1-6.

Aux États-Unis, la grande majorité des mères qui commencent à allaiter auront complètement cessé de le faire ou commencé à donner des suppléments de lait artificiel avant que leur nourrisson n'ait atteint les 3 mois. Le but de cette recherche était d'identifier cette période critique afin d'améliorer et de renforcer le soutien à l'allaitement. À partir des données recueillies auprès des participantes du « *Programme spécial pour l'apport nutritionnel - femmes, bébés, enfants* » (Programme WIC) du Département américain de l'agriculture dans l'État du Maryland, on a étudié les pratiques d'allaitement

pendant la période allant de la naissance à la certification WIC postnatale. Les auteurs ont examiné les variations dans les pratiques d'alimentation en lien avec le type de soutien apporté par les agences locales du programme : soutien d'une conseillère communautaire en allaitement, soutien d'une consultante en lactation, ou soutien standard ; les deux derniers étaient étudiés en comparaison avec le premier. En 2007, 33'582 nourrissons ont été admis dans le programme WIC. Lors de leur admission, 30,4% étaient allaités, 23,5% avaient été allaités mais ne l'étaient plus, et 44,3% n'avaient jamais été allaités. Le taux d'initiation à l'allaitement était supérieur dans le groupe avec une conseillère communautaire (61,6%) que dans les deux autres groupes (consultante en lactation, 54,4% et soutien standard, 47,6%). Les participantes au groupe avec conseillère communautaire présentaient par ailleurs une plus forte probabilité d'allaiter exclusivement et partiellement (36,0%) que celles des deux autres groupes (conseillère en lactation, 24,8% et conseil standard, 25,3%).

VIH

Østergaard LR, Bula A. "They call our children "Nevirapine babies": A qualitative study about exclusive breastfeeding among HIV-positive mothers in Malawi. *Afr J Reprod Health* 2010;14:213-22.

Cette étude qualitative, fondée sur des observations et des entretiens individuels approfondis tenus au Malawi, a examiné les pratiques de l'allaitement exclusif et les facteurs qui incitent ou empêchent les femmes à adopter cette pratique. Des femmes séropositives au VIH résidant en zone urbaine et qui avaient l'intention d'allaiter ont été sélectionnées et rencontrées lors d'entretiens. Concernant le VIH et l'allaitement exclusif, toutes ces femmes étaient bien informées et avaient de bonnes connaissances ; mais en ce qui concerne les notions de base sur l'allaitement maternel, leurs connaissances étaient nettement moins bonnes. Malgré leur volonté initiale, moins de la moitié des mères rencontrées ont réussi à allaiter exclusivement. Parmi les obstacles : l'impression de manquer de lait, un manque de contrôle sur le mode d'alimentation, une stigmatisation ressentie et réelle, et un manque de soutien. Les femmes qui ont réussi à allaiter exclusivement étaient plus âgées, étaient explicitement soutenues par leur mari et ne vivaient pas avec leur belle-mère. Par ailleurs, pour l'ensemble de ces femmes, le sevrage à 6 mois était aussi difficile que d'allaiter exclusivement. D'après les auteurs, l'intention ne suffit pas pour garantir la réussite de l'allaitement exclusif qui nécessite la conjugaison d'un certain nombre de facteurs favorables. Comme l'allaitement maternel prolongé est la norme culturelle au Malawi, les programmes devraient prendre en compte les attentes sociales des mères et impliquer les belles-mères et les maris.

Thomas TK, Masaba R, Borkowf CB, et al. Triple-antiretroviral prophylaxis to prevent mother-to-child HIV transmission through breastfeeding: the Kisumu breastfeeding study, Kenya: a clinical trial. *PLoS Med* 2011;8:e1001015.

Dans les contextes de pauvreté, il y a un besoin criant de développer des stratégies efficaces pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant. L'objectif premier de la *Kisumu Breastfeeding Study* (juillet 2003-février 2009), était d'évaluer si le traitement des mères aux antirétroviraux (ARV) triples visant, à la fin de la grossesse et pendant les 6 premiers mois d'allaitement, à supprimer un maximum de la charge virale, était une intervention sûre, bien tolérée et efficace pour lutter contre la transmission mère-enfant du VIH. Des femmes enceintes infectées par le VIH ont pris, à partir de 34-36 semaines de grossesse et jusqu'à 6 mois postpartum, des doses de zidovudine, de lamivudine et de névirapine/ou/nelfinavir. Les nourrissons ont reçu à leur naissance de la névirapine en dose unique. On a conseillé aux mères d'allaiter exclusivement puis de procéder à un sevrage rapide juste avant les 6 mois du bébé. La transmission du VIH et les taux de décès dus au VIH ont été évalués depuis l'accouchement jusqu'à 24 mois. Les taux de transmission du VIH ont été comparés dans des sous-groupes définis en fonction des facteurs de risque présentés par les mères - notamment le nombre de cellules CD4 et la charge virale en début de traitement. Sur 487 nourrissons nés en vie, unipares et primipares, les taux cumulatifs de transmission du VIH à la naissance, à 6 semaines et à 6, 12 et 24 mois, étaient respectivement de 2,5%, 4,2%, 5,0%, 5,7% et 7,0%. Les taux de transmission du VIH à 24 mois, classés en fonction du nombre de cellules CD4 chez la mère en début de recherche (moins de 500 cellules/mm³ ; 500 cellules/mm³ ou plus) étaient respectivement de 8,4% et 4,1%. Les taux correspondants, classés en fonction de la charge virale de la mère en début de recherche (moins de 10'000 copies/ml ; 10'000 copies/ml ou plus) étaient respectivement de 3,0% et 8,7%. Aucun des décès (12 mères et 51 bébés, dont deux 2ème enfants) n'a été attribué aux antirétroviraux. Le taux cumulé de transmission de VIH ou de mortalité à 24 mois était de 15,7%. Cette étude a démontré qu'un traitement consistant à prescrire à la mère des ARV triples pendant la période fin de grossesse-6 mois d'allaitement, est sûr et faisable dans un contexte de pauvreté.

Zeh C, Weidle PJ, Nafisa L, et al. HIV-1 drug resistance Emergence among breastfeeding infants born to HIV-infected mothers during a single-arm trial of triple-antiretroviral prophylaxis for prevention of mother-to-child transmission: a secondary analysis. *PLoS Med* 2011; 8:e1000430.

La névirapine et la lamivudine administrées aux mères sont transmises aux nourrissons par l'allaitement et cela, en quantité suffisante pour avoir des effets biologiques sur le virus. Ceci peut conduire à un risque accru, chez les bébés allaités, de développer une résistance aux ARV maternels. La *Kisumu Breastfeeding Study* a étudié la sûreté et l'efficacité de l'administration à des femmes enceintes infectées par le VIH de doses de zidovudine et de lamivudine associées à de la névirapine ou à du nelfinavir à partir de 34 semaines de grossesse et pendant les 6 mois d'allaitement. Tous les nourrissons de la cohorte ont subi des tests VIH lors des multiples visites effectuées pendant les 24 mois de l'étude, et la charge virale plasmatique de tous les

bébés séropositifs a été évaluée rétrospectivement. Des prélèvements effectués sur les mères et les nourrissons présentant une charge virale supérieure à 10'000 copies/ml ont été testés pour déterminer une éventuelle mutation résistant aux traitements du VIH. Au total, 32 bébés étaient infectés par le VIH à 24 mois, et dans ce groupe, 24 nourrissons (75%) étaient infectés à 6 mois. Sur ces 24 bébés, 9 étaient nés de mères qui suivaient un protocole à base de nelfinavir tandis que les mères des 15 autres suivaient un protocole à base de névirapine. Tous les nourrissons avaient également reçu de la névirapine en dose unique dans les 48 heures suivant leur naissance. On n'a détecté aucune mutation génotypique résistante chez les 8 bébés séropositifs au VIH évalués à 2 semaines ; en revanche, la mutation a été détectée chez 30% des nourrissons (6/20) à 6 semaines, chez 63% (14/22) à 14 semaines et chez 67% (16/24) à 6 mois. Chez les 16 bébés présentant une mutation résistante à 6 mois, les mutations les plus communes présentaient une résistance à la lamivudine et à la névirapine. Une résistance génotypique a été détectée chez 9/9 (100%) et 7/15 (47%) des nourrissons infectés dont les mères étaient sous nelfinavir et névirapine respectivement. Aucune mutation n'a été détectée chez les 8 bébés infectés après la période d'allaitement (6 mois). Pour conclure, des mutations résistantes aux traitements du VIH sont apparues chez des bébés infectés au VIH entre 2 semaines et 6 mois postpartum et ces mutations s'expliquent plus probablement par une exposition, via le lait maternel, aux antirétroviraux pris par les mères. Ces résultats pourraient influencer le choix du protocole des traitements antirétroviraux prescrits aux mères allaitantes infectées par le VIH et à leurs bébés infectés.

Déterminants sociaux

Soni S, Gupta A, Jacobs AJ. Exclusive breastfeeding rates in a multiethnic population at a community hospital. *J Reprod Med* 2011;56:195-8.

Cette étude a voulu évaluer les taux d'allaitement exclusif dans une communauté multiethnique et identifier les facteurs associés au choix des différentes pratiques d'alimentation. Les dossiers médicaux électroniques de 100 patientes ayant accouché entre janvier et août 2009 dans un hôpital communautaire aux États-Unis ont fait l'objet d'une analyse rétrospective. Les patientes qui allaitaient exclusivement ont été comparées à des patientes qui nourrissaient leur bébé partiellement ou exclusivement au lait artificiel pendant la période d'hospitalisation immédiatement après l'accouchement. Les taux de continuation de l'allaitement ont été évalués lors de la première visite postnatale des nourrissons. Les populations asiatiques présentaient les taux les plus élevés d'allaitement exclusif (50%) et de poursuite de l'allaitement. En dehors de l'appartenance ethnique, les seuls facteurs identifiés comme ayant un impact sur le mode d'alimentation étaient le niveau d'éducation et le statut de célibataire ou non-célibataire de la mère. En revanche, l'emploi, l'obésité, l'accouchement, le poids à la naissance et le sexe du nouveau-né n'ont pas eu d'effet significatif

sur le mode d'alimentation choisi. Après analyse multi-variée, seul le niveau d'éducation a été associé de façon significative à l'allaitement exclusif. En conclusion, l'allaitement exclusif n'était pas bien accepté dans les populations non-asiatiques. Comme le niveau d'éducation est associé positivement à l'allaitement, les auteurs estiment qu'il faut développer des méthodes encourageant des mères à faible niveau d'éducation à allaiter.

Shroff MR, Griffiths PL, Suchindran C, Nagalla B, Vazir S, Bentley ME. Does maternal autonomy influence feeding practices and infant growth in rural India? *Soc Sci Med* 2011;73:447-55

Cette étude a cherché à savoir si l'autonomie des mères est un déterminant de l'allaitement maternel et de la croissance des nourrissons à l'âge de 3-5 mois. Des données transversales de base ont été collectées sur 600 paires mère-bébé dans 60 villages ruraux d'Andhra Pradesh, en Inde. Outre les mesures anthropométriques et démographiques, un questionnaire a été élaboré pour mesurer différentes dimensions de l'autonomie des mères (concernant par exemple, les prises de décision, la liberté de mouvement, l'autonomie financière et le degré d'acceptation ou de refus de la violence domestique). Selon les résultats, les mères bénéficiant d'une plus grande autonomie financière présentaient une plus forte probabilité que les autres d'allaiter leur bébé à 3-5 mois. De la même façon, les nourrissons de mères qui participaient activement aux décisions dans leur ménage présentaient un poids en-dessous de la moyenne et une perte de muscles moins importants que les autres nourrissons. Ces résultats montrent qu'en améliorant l'autonomie des mères sur les plans financier et décisionnel, l'alimentation et la croissance des nourrissons pourraient aussi en être améliorées.

Congé de maternité

Ogbuanu C, Glover S, Probst J, Liu J, Hussey J. The effect of maternity leave length and time of return to work on breastfeeding. *Pediatrics* 2011;127:e1414.

Aux États-Unis, le congé maternité payé n'est pas obligatoire dans tous les États. Cet article explore les effets sur l'allaitement maternel de la durée du congé maternité et du moment de la reprise du travail. Il tire ses données d'une cohorte de naissances de 6'150 nourrissons unipares dont les mères biologiques avaient travaillé au cours des 12 mois précédant l'accouchement et avaient participé à un entretien 9 mois après l'accouchement. Parmi ces mères, 69,4% avaient initié l'allaitement maternel, et il y avait une association positive entre l'allaitement et la durée totale du congé maternité payé et le moment de la reprise du travail. En comparaison avec les mères ayant repris le travail 1 à 6 semaines après leur accouchement, les femmes qui n'avaient pas encore repris le travail avaient une probabilité supérieure d'allaiter (13%), de poursuivre l'allaitement au-delà de 6 mois (25%), et d'allaiter de façon prédominante au-delà de 3 mois (70%). Les femmes qui avaient repris le travail après au moins 13 semaines après l'accouchement avaient une probabilité deux fois supérieure d'allaiter de façon prédo-

minante après 3 mois. Si les jeunes mères repoussent le moment de leur reprise du travail, il est possible que la durée de l'allaitement augmente aux États-Unis.

Nourrissons de faible poids à la naissance

Maia C, Brandão R, Roncalli A, Maranhão H. Length of stay in a neonatal intensive care unit and its association with low rates of exclusive breastfeeding in very low birth weight infants. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2011;24:774-7.

Cette étude, menée dans le nord-est du Brésil, a cherché à identifier les facteurs associés au sevrage de nourrissons de très faible poids de naissance qui seraient liés au séjour à l'hôpital des mères et des nouveau-nés. De juillet 2005 à août 2006, dans une maternité certifiée amie des bébés et pratiquant les soins kangourou, 119 nourrissons ayant un très faible poids de naissance (moins de 1'500 g) ont été suivis dès leur naissance et jusqu'à la première visite médicale après la sortie de la maternité. Parmi ces bébés, 88 (75%) sont retournés à l'hôpital, 22 (25%) ont été allaités exclusivement, et 66 (75%) étaient soit allaités partiellement soit nourris au lait artificiel. Les auteurs ont trouvé une association entre l'allaitement maternel non exclusif et un poids de naissance plus faible, des séjours prolongés en unité de soins intensifs néonataux ainsi qu'à l'hôpital, avec en outre, des durées d'alimentation entérale et de période de rattrapage du poids de naissance plus longues. Selon une analyse multi-variée, la durée du séjour en unité de soins intensifs néonataux est le principal déterminant de l'allaitement maternel non exclusif. L'effet négatif sur l'allaitement exclusif d'un séjour prolongé en soins intensifs est source de difficultés importantes pour les professionnels de la santé soucieux d'améliorer l'alimentation des nourrissons ayant un très faible poids à la naissance.

Promotion commerciale du lait artificiel

Sadacharan R, Grossman X, Sanchez E, Merewood A. Trends in US hospital distribution of industry-sponsored infant formula sample packs. *Pediatrics* 2011;128:702.

Les auteurs ont cherché à décrire l'évolution des hôpitaux américains qui distribuent aux jeunes mères des coffrets d'échantillons de lait artificiel fournis par l'industrie. Pour cela, ils ont mené une enquête comparative en 2007 puis en 2010 dans des hôpitaux des 50 États des USA. En 2010, ils ont sélectionné les dix États qui avaient été les mieux et les plus mal placés en 2007 en ce qui concerne la distribution de coffrets d'échantillons de lait artificiel. Ils ont pris contact avec tous les hôpitaux (n=1'239) de ces 20 États et ont demandé si la maternité distribuait aux jeunes mères « un sac cadeau de couches offert par les fabricants de lait artificiel à la sortie de la maternité ». En 2007, 14% de ces hôpitaux ne distribuaient pas ces cadeaux, et en 2010, ce chiffre atteignait 28%. La proportion d'hôpitaux par État ne distribuant pas de sacs cadeaux allait de 0% (dans cinq États) à 86% (dans le Rhode Island). Dans les dix États les mieux placés, la part d'hôpitaux ne distribuant pas de sacs cadeaux avait progressé en moyenne de 18% entre 2007 et 2010.

Dans les États les moins bien placés, le nombre d'hôpitaux ne distribuant pas de cadeaux avait augmenté de 6%. Ces tendances montrent un changement important dans les pratiques, avec de plus en plus d'hôpitaux qui éliminent ces cadeaux. L'évolution la plus marquée se trouve dans les États où, déjà en 2007, une plus grande proportion d'hôpitaux avait déjà arrêté de distribuer des sacs cadeaux.

Berry NJ, Jones SC, Iverson D. Circumventing the WHO Code? An observational study. *Arch Dis Child* 2011; doi:10.1136/adc.2010.202051

Cette étude compare des publicités pour laits artificiels parues dans des revues pour parents publiées dans quatre pays : d'une part en Australie et dans le Royaume-Uni, pays qui ont mis en œuvre des mesures visant à limiter la publicité des préparations pour nourrissons, conformément au Code international ; et d'autre part au Canada et aux États Unis qui n'ont pas légiféré dans ce sens. Les auteurs ont analysé le contenu de revues publiées en 2007 et comparé le type et la fréquence de diffusion des publicités pour laits artificiels parues dans les magazines afin de déterminer une éventuelle relation entre la fréquence des publicités et la réglementation les concernant. Dans tous les magazines de l'échantillon il y avait des publicités pour préparations pour nourrissons ou pour la marque de fabricants, mais les produits mis en avant étaient différents. Les publicités pour les laits de suite étaient presque quatre fois plus fréquentes dans les titres du Royaume-Uni que dans ceux des USA ou du Canada. Quant aux publicités pour les laits pour jeunes enfants, ils ont paru plus fréquemment dans les titres australiens que dans les magazines publiés dans les pays autorisant une publicité directe aux consommateurs pour les laits pour nourrissons et/ou les laits de suite. Les auteurs ont conclu que l'interdiction de faire de la publicité pour les préparations pour nourrissons n'empêchait pas l'industrie d'en faire aussi pour les laits de suite ou les laits pour jeunes enfants. De plus, elles présentent les produits de telle façon que les consommateurs sont incités à en associer les bienfaits avec une ligne de produits qui comprend les laits pour nourrissons.

Revues

Edmunds J, Miles SC, Fulbrook P. Tongue-tie and breastfeeding: a review of the literature. *Breastfeed Rev* 2011;19:19-26.

En Australie, le taux d'allaitement exclusif est de 80% à la naissance et il tombe à 14% à 6 mois. L'un des facteurs contribuant à un arrêt précoce de l'allaitement est le frein lingual chez les nourrissons, une anomalie congénitale présente chez 2,8 à 10,7% des bébés. Cette anomalie se caractérise par un frein plus épais, plus fort ou plus court, ce qui entraîne des difficultés pour allaiter, mais aussi des difficultés d'élocution et des problèmes dentaires. Le frein lingual peut empêcher le bébé de prendre dans sa bouche une partie assez importante du sein pour former une tétine ; il peut s'en suivre chez le nourrisson des tétées fréquentes mais avec faible prise de poids et chez la mère des douleurs et des saignements aux mamelons - ce qui peut entraîner

un arrêt précoce de l'allaitement maternel. Cette revue a analysé les données parues sur le frein lingual afin de déterminer si des interventions appropriées peuvent en limiter les effets sur l'arrêt de l'allaitement maternel. Selon les conclusions des auteurs, pour la majorité des nourrissons, la frénologie (intervention chirurgicale) entraîne les meilleures chances d'améliorer et de poursuivre l'allaitement. De plus, des études ont montré que l'opération n'entraîne de complications ni pour le bébé ni pour sa mère.

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.

Compte tenu des bienfaits reconnus de l'allaitement maternel pour la santé des mères et des nourrissons, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) recommande l'allaitement exclusif pendant les 6 mois qui suivent la naissance du bébé. Pourtant, la prévalence de l'allaitement exclusif est faible dans de nombreux pays, qu'ils soient développés ou en développement. Les auteurs se sont intéressés à l'efficacité, sur les taux d'allaitement chez les nourrissons, des interventions de promotion de l'allaitement maternel. Lors d'une revue systématique de la littérature, ils ont identifié l'ensemble des études qui évaluent l'impact des stratégies de promotion de l'allaitement sur les taux d'allaitement, toutes formes confondues, et sur les taux d'allaitement exclusif, à 4-6 semaines et à 6 mois. Après avoir examiné 968 articles, 268 études ont été retenues, parmi lesquelles 53 essais aléatoires et quasi aléatoires avec groupe de contrôle ont finalement été sélectionnés. Trente-deux études contenaient des données sur l'allaitement exclusif à 4-6 mois postpartum : on a constaté une progression statistiquement significative de 43% (avec des augmentations significatives de 89% dans les pays en développement et de 20% dans les pays développés). Quinze études ont apporté des données sur l'allaitement maternel exclusif à 6 mois : la progression globale était de 137%, avec une croissance significative dans les pays en développement où le taux a été multiplié par 6, et une multiplication par 1,3 dans les pays développés. Des analyses approfondies par sous-groupes ont montré que le conseil prénatal avait un impact im-

portant sur le fait d'allaiter à 4-6 mois, et que le conseil à la fois pré- et postnatal était important pour allaiter exclusivement à 6 mois.

Schmied V, Beake S, Sheehan A, McCourt C, Dykes F. Women's perceptions and experiences of breastfeeding support: a metasynthesis. *Birth* 2011;38:49-60.

On sait que le soutien, tant professionnel qu'au niveau de la communauté, est important pour la réussite de l'allaitement maternel. Cette étude a cherché à étudier à la fois comment les femmes vivaient et percevaient le soutien – qu'il provienne de professionnelles ou de groupes de soutien – pour mieux comprendre en quoi les mères se sentent soutenues ou non. La revue a inclus aussi bien des études concernant le soutien aux mères émanant de groupes de soutien formels (« établis ») que de professionnelles, excluant par contre celles impliquant le soutien familial ou des soutiens plus informels. Des études qualitatives et des enquêtes à grande échelle ont été retenues, pour autant qu'elles analysaient des données qualitatives recueillies lors de questions ouvertes. Des femmes primipares et multipares ayant initié l'allaitement ont été incluses. Après évaluation de la pertinence et de la qualité, les auteurs ont retenu 31 études qui s'étaient déroulées entre janvier 1990 et décembre 2007. L'analyse montre que le soutien à l'allaitement maternel s'inscrit dans un ensemble des perceptions, depuis la présence réelle perçue comme un soutien efficace, à des rencontres sans cohérence perçues comme inefficaces, voire décourageantes et contreproductives. Concernant le style de soutien, on a identifié des approches « facilitatrices » ou au contraire « réductionnistes » vécues par les femmes comme utiles ou au contraire inutiles. Ces résultats montrent l'importance, dans le soutien aux femmes qui allaitent, à la fois des compétences en communication centrée sur la personne et l'aptitude de forts rapports interpersonnels. Ainsi, les systèmes d'organisation et les services qui favorisent la continuité de la soignante, par exemple la continuité des sages-femmes ou des groupes de soutien, ont de meilleures chances de créer une relation authentique comprenant à la fois des soins d'accompagnement et une relation de confiance entre la mère et les professionnelles.

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 : L. Nyffenegger.

Des copies papier des numéros 1 à 43 d'*Allaitement Actualités* peuvent être commandées à GIFA (Avenue de la Paix 11, 1202 Genève, Suisse, fax : +41 22 798 44 43, e-mail : info@gifa.org). À partir du n°44, les numéros sont accessibles en ligne uniquement, à l'adresse : www.ibfan.org