

La promotion de l'allaitement maternel : c'est aussi l'affaire des pédiatres...

Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie,
B. Beaufrère¹, J.L. Bresson¹, A. Briend¹, J. Ghisolfi¹, O. Goulet¹, J. Navarro¹,
G. Putet¹, C. Ricour¹, D. Rieu¹, D. Turck^{1*}, M. Vidailhet^{1**}

¹Secrétariat du Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie, unité de gastroentérologie, hépatologie et nutrition, clinique de pédiatrie, hôpital Jeanne-de-Flandre, 2, avenue Oscar-Lambret, 59037 Lille cedex, France

(Reçu le 10 mai 2000 ; accepté le 30 mai 2000)

allaitement maternel / lait maternel / nutrition
breast feeding / human milk / nutrition

« Le meilleur lait pour le nourrisson est celui de sa mère. » La supériorité du lait maternel sur le lait de vache et les substituts industriels est admise de tous, et résumée dans le slogan anglo-saxon devenu classique : « Breast is best. » Beaucoup d'acteurs de santé limitent leur soutien à l'allaitement maternel à cette seule proclamation ; la situation actuelle démontre clairement que cette attitude minimaliste s'apparente de plus en plus à de l'indifférence. Nous, pédiatres, n'échappons pas non plus aux critiques en ce qui concerne notre implication dans la promotion de l'allaitement maternel. Les bénéfices du lait maternel s'expriment de façon différente selon le niveau socioéconomique. Dans les pays en développement, l'utilisation de laits artificiels à la place du lait de mère augmente considérablement la morbidité et la mortalité des jeunes enfants [1] ; la situation n'est bien sûr pas identique dans les pays industrialisés, où les substituts du lait de vache permettent d'assurer aux jeunes nourrissons une croissance staturopondérale satisfaisante.

LA SITUATION ACTUELLE

L'allaitement maternel possède de multiples avantages : il favorise les interactions mère-enfant ; le lait maternel procure une ration équilibrée, qui sert de modèle nutritionnel ; il assure une protection contre les risques infectieux et allergiques ; il est adapté aux besoins physiologiques de l'enfant. En dépit de ces avantages, l'allaitement maternel est devenu progressivement un mode d'alimentation minoritaire en France : 48,5 % des mères allaitaient leur enfant au sortir de la maternité selon les données des certificats de santé du huitième jour colligées par le ministère de l'Emploi et de la Solidarité en 1998, alors que près de 75 % d'entre elles souhaitaient initialement allaiter leur enfant. Il existe de grandes disparités régionales, avec des extrêmes allant de 27,6 % dans le Pas-de-Calais à 65,3 % à Paris. Dans une enquête nationale effectuée du 30 janvier au 5 février 1995 chez 12 179 nouveau-nés, le taux d'allaitement maternel était de 52 % à la sortie de la maternité ; 42 % des femmes allaitaient exclusivement et 10 % partiellement ; 2 % des mères avaient arrêté l'allaitement pendant le séjour en maternité. Ce taux était de 54 % en 1981. Les femmes d'origine étrangère étaient beaucoup plus nombreuses à allaiter que les Françaises (76 % contre 49 %) [2]. L'allaitement est le plus souvent très court : sa durée médiane a été

*Correspondance et tirés à part : D. Turck, unité de gastroentérologie, hépatologie et nutrition, clinique de pédiatrie, hôpital Jeanne-de-Flandre, 2, avenue Oscar-Lambret, 59037 Lille cedex, France.

**Coordonnateur.

estimée à dix semaines dans une enquête récente [3]. La décision d'allaiter prise avant la grossesse, la multiparité, la catégorie socioprofessionnelle élevée du père, l'acquisition du dernier diplôme de la mère à un âge supérieur ou égal à 19 ans et la proximité du bébé la nuit sont associés à une durée plus longue de l'allaitement maternel. En revanche, le sentiment pour la mère que son lait n'est « pas bon » ou en quantité insuffisante pour son enfant et l'utilisation de biberons de complément en maternité sont plus souvent retrouvés en cas de courte durée de l'allaitement maternel. Avec un taux d'allaitement maternel à la naissance proche de 50 %, la France reste très en dessous du niveau de la plupart des pays industrialisés : États-Unis (60 % en 1995), Grande-Bretagne (66 % en 1995), Italie (75 %) et surtout pays scandinaves où ce taux dépasse 90 %. Les causes de cette désaffection pour l'allaitement dans notre pays sont nombreuses et s'associent volontiers : formations initiale et continue insuffisantes des personnels de santé, en particulier des médecins, mais aussi indifférence, voire dans certains cas opposition de ces personnels de santé ; manque de connaissances pratiques et de conviction des sages-femmes, puéricultrices et auxiliaires de puériculture, qui n'ont souvent pas d'expérience personnelle de l'allaitement ; médicalisation parfois excessive de l'accouchement, peu propice à une mise au sein précoce ; modifications des structures sociales se traduisant notamment par un isolement des jeunes couples ; travail des mères en dehors du foyer ; manque de confiance des jeunes mères dans leur capacité à allaiter ; opposition ou désintérêt du conjoint ; manque de culture familiale dans le domaine, les mères des jeunes accouchées ne les ayant souvent pas elles-mêmes allaitées et étant donc incapables de les conseiller ; trop courte durée du congé maternité (huit semaines après l'accouchement) ; difficultés pratiques de l'allaitement sur le lieu de travail ; progrès réalisés dans la fabrication des laits industriels et impact de la promotion en leur faveur [4]. À ce propos, l'interdiction de la distribution gratuite de préparations pour nourrissons dans les maternités introduite par le décret du 30 juillet 1998 a peu de chance d'avoir un effet significatif sur le taux d'allaitement maternel, en l'absence d'autres mesures d'incitation d'ordre social ou financier associées. Aucun hôpital français n'a encore été déclaré « ami des bébés » dans le cadre de l'initiative « Hôpitaux amis des bébés » lancée par

l'Unicef et l'Organisation mondiale de la santé en 1992, alors que près de 15 000 hôpitaux ont obtenu ce label, dont 115 au sein de l'Union européenne. L'acquisition de ce label est subordonnée à la réalisation de dix conditions jugées indispensables au développement de l'allaitement maternel dans une maternité.

LES AVANTAGES DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

Le lait de femme est un modèle inimitable dont la connaissance se précise au fil des années. Ce n'est pas seulement un ensemble de nutriments, c'est un produit biologique contenant des enzymes, des hormones et peptides trophiques, des facteurs de croissance, des nucléotides, des polyamines, des immunoglobulines [5]... La liste ci-dessous est bien sûr très loin d'être exhaustive :

- les acides gras essentiels (acide linoléique, acide alphalinolénique) et les acides gras polyinsaturés à longue chaîne (acide docosahexaénoïque, acide arachidonique), qui contribuent à la synthèse des membranes cellulaires, en particulier dans le système nerveux central. La composition des phospholipides du cortex cérébral des enfants allaités au sein est différente de celle des enfants au lait artificiel, avec un contenu en acide docosahexaénoïque plus élevé [6]. Plusieurs études ont montré un rôle bénéfique du lait de femme sur le développement cognitif, cela d'autant plus que les enfants étaient plus prématurés. Il est très difficile d'attribuer avec certitude cet effet au lait de femme, car il existe d'autres facteurs confondants qui ne sont en rien nutritionnels, en particulier le niveau socioculturel de la mère [7] ;
- la lactoferrine, qui permet une biodisponibilité optimale du fer contenu dans le lait de femme, et joue un rôle bactériostatique en limitant l'accès au fer intraluminal de nombreux germes pathogènes ;
- les nucléotides, qui stimulent la synthèse des lipoprotéines, la fonction et la régénération cellulaire hépatique et exercent un rôle déterminant dans le développement du tissu lymphoïde associé au tube digestif ;
- les oligosaccharides, qui favorisent l'implantation de la flore bifide et participent ainsi à l'effet de barrière contre l'implantation d'agents pathogènes dans l'intestin de l'enfant...

La fréquence des infections bactériennes et virales et, de façon plus générale, la morbidité et la morta-

lité par infection sont beaucoup plus faibles chez les enfants nourris au sein que chez ceux recevant un substitut du lait maternel. Cet effet est surtout marqué dans les pays en voie de développement, mais il a également été mis en évidence dans les pays industrialisés : moindre fréquence des infections ORL et bronchopulmonaires, des méningites à *Hemophilus influenzae*, des entérocrites ulcéronécrosantes et, de façon plus générale, des infections néonatales ou encore des diarrhées à *Rotavirus* [5]. Le lait de femme contient de nombreux facteurs anti-infectieux : macrophages, lymphocytes, immunoglobulines A sécrétoires, lactotransferrine, facteurs bifides... qui exercent un effet de barrière contre l'implantation de germes pathogènes dans la flore intestinale.

L'effet préventif de l'allaitement maternel sur l'apparition ultérieure de maladies : diabète insulino-dépendant, maladie cœliaque, maladie de Crohn, rectocolite hémorragique, sclérose en plaques... est beaucoup plus discuté. Seule la diminution du risque d'apparition d'un diabète insulino-dépendant et d'une obésité semble démontrée [8, 9]. L'allaitement maternel ne protège pas complètement contre l'apparition de manifestations allergiques chez les enfants à risque, c'est-à-dire ceux ayant un parent du premier degré (père, mère, frère ou sœur) atopique ; il est néanmoins tout aussi efficace que les laits à charge antigénique réduite (hypoallergéniques). L'allaitement maternel doit être recommandé en première intention, avant l'utilisation d'un lait hypoallergénique chez un enfant à risque : son effet protecteur sur l'apparition de manifestations allergiques s'exerce sous réserve qu'il soit prolongé, au moins quatre mois et idéalement six mois et exclusif, c'est-à-dire associé à une diversification alimentaire tardive [10]. Des manifestations allergiques ont été décrites chez des enfants nourris exclusivement au sein depuis la naissance, peut-être en raison du passage dans le lait de protéines ingérées par la mère [11]. Ce n'est que dans ces circonstances exceptionnelles qu'il faut conseiller à la mère l'éviction du ou des aliments les plus allergisants (lait de vache, œuf, poisson, arachide, blé, soja) présumés responsables de cette sensibilisation.

La composition du lait de femme varie en fonction du nyctémère, du moment de la tétée, de l'âge de l'enfant et de son terme [5]. L'utilisation du lait de mère ou, à défaut, du lait collecté en lactarium, est hautement souhaitable chez le prématuré, sous réserve d'une supplémentation en protéines et en sels

minéraux [12]. Cette variabilité de la composition du lait de femme en fonction du statut physiologique de l'enfant est tout à fait inimitable par les substituts du lait, les plus sophistiqués soient-ils. Il existe également une complémentarité unique entre la composition du lait maternel et la situation physiologique du nourrisson, en particulier son immaturité digestive. À titre d'exemple, le lait de femme contient une lipase activée au contact des sels biliaires du nouveau-né, qui permet ainsi une nette amélioration de l'absorption des graisses du lait, en particulier chez le prématuré [13].

LES SUPPLÉMENTATIONS ET LES PRÉCAUTIONS EN CAS D'ALLAITEMENT MATERNEL

Chez la femme infectée par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) vivant dans un pays industrialisé, l'allaitement maternel est formellement contre-indiqué en raison du risque de contamination de l'enfant [14]. Dans les pays où la mortalité infantile est due principalement à l'association malnutrition-infection, la situation est plus confuse, d'autant plus que très fréquemment le statut de la mère vis-à-vis du VIH est inconnu. Il semble difficile de faire des recommandations générales à ce sujet, et les risques comparés de la transmission du VIH par l'allaitement maternel et de l'allaitement artificiel doivent être examinés dans chaque situation [15]. La contamination par le virus de l'hépatite B, sous réserve d'une vaccination et d'une séroprophylaxie réalisées chez le nouveau-né dès les premières heures de vie, ou par le virus de l'hépatite C ne contre-indique pas l'allaitement maternel.

Les contre-indications de l'allaitement sont en pratique exceptionnelles et relèvent du bon sens : maladie cardiovasculaire ou respiratoire sévère, hémopathie ou cancer en cours de traitement chez la mère. Malgré le passage quasi constant des médicaments consommés par la mère dans le lait, très peu d'entre eux sont incompatibles avec la poursuite de l'allaitement : antimitotiques, immunosuppresseurs, dérivés de l'ergotamine, iode radioactif, lithium, amphétamines, antithyroïdiens de synthèse, auxquels il faut ajouter les drogues hallucinogènes [16]. L'indication d'un traitement médicamenteux chez la mère au cours de l'allaitement doit toujours être discutée avec soin ; il s'agit en effet d'une cause fréquente d'arrêt abusif de l'allaitement.

La poursuite de l'allaitement maternel exclusif après l'âge de six mois justifie une supplémentation en fer chez le nourrisson, assurée par une diversification alimentaire adéquate [17]. Le lait de femme contient de faibles quantités de vitamine D en Europe centrale et de l'Ouest ; une supplémentation est donc nécessaire dès la période néonatale, de l'ordre de 1 000 UI/j [5]. Le lait de femme contient beaucoup moins de vitamine K1 que le lait de vache, et la flore intestinale de l'enfant nourri au sein contient moins de bactéries capables de synthétiser de la vitamine K2 que la flore intestinale de l'enfant nourri au lait de vache ou avec un substitut industriel. Les concentrations sériques de vitamine K1 des enfants nourris au sein sont beaucoup plus basses que chez les enfants recevant un lait artificiel. Une supplémentation orale hebdomadaire de 2 à 5 mg de vitamine K1 est nécessaire tant que l'allaitement au sein est exclusif [5]. Ce n'est qu'en cas de diminution drastique de l'apport calorique chez la femme allaitante ou de conduite alimentaire aberrante (régime végétalien strict conduisant à un apport en vitamine B12 insuffisant) que le lait de femme pourrait ne plus être adapté à l'alimentation du petit nourrisson. Cette situation est en fait exceptionnelle dans les pays industrialisés.

CONCLUSION

La situation de marasme de l'allaitement maternel dans notre pays n'est pas irréversible, comme en témoigne le succès des campagnes de promotion de l'allaitement organisées dans les pays scandinaves dans les années 1970–1980. La principale action de promotion est l'information des femmes, qui doit avoir lieu idéalement avant et pendant la grossesse, et concerne également le conjoint. L'information sur le bien-fondé et la technique de l'allaitement maternel ne doit pas être médicalisée à l'excès : l'allaitement est naturel, c'est la prolongation logique de la grossesse. Les discours scientifiques sur la composition du lait de femme n'auront le plus souvent aucun effet persuasif chez une femme qui s'interroge sur la façon dont elle va nourrir son enfant. La réduction de la morbidité chez l'enfant, y compris dans les pays industrialisés, n'est pas non plus un critère de choix décisif. Il faut plutôt insister sur quelques notions simples : l'allaitement maternel est un plaisir, les contre-indications sont exceptionnelles, les rares complications peuvent être facilement prévenues par des conseils de bon sens. L'information sur les bénéfices

et la supériorité de l'allaitement maternel concerne tous les professionnels de santé, dont les pédiatres ; le choix de l'allaitement maternel est quant à lui du domaine de la mère. Le respect des convictions de chacun est bien sûr essentiel ; les discours culpabilisants n'ont aucune place dans la promotion de l'allaitement maternel. Si nous sommes convaincus que l'allaitement maternel, c'est mieux pour le bébé, nous n'en devons pas moins rassurer les femmes qui n'en font pas le choix.

Les arguments scientifiques en faveur de la supériorité du lait de femme sont donc très nombreux. Ils sont importants dans le cadre de la promotion de l'allaitement maternel et doivent être expliqués à l'échelon individuel pour convaincre de l'intérêt de l'allaitement. Le plaisir de la femme de nourrir son enfant, le plaisir du nourrisson de téter le sein de sa mère sont également des arguments très convaincants [18]. La promotion de l'allaitement maternel doit s'inscrire dans une politique générale de santé publique à l'échelon de notre pays. C'est le devoir de tous les soignants en charge de la santé de la femme et de l'enfant, donc des pédiatres, qui doivent tenter d'en convaincre parallèlement les autorités administratives et politiques [19]. Le soutien de ces autorités est en effet une condition indispensable au succès de cette entreprise, en particulier par l'adoption de mesures sociales et financières en direction des femmes qui souhaitent allaiter. Un allongement significatif du congé postnatal constituerait certainement un élément majeur pour la promotion de l'allaitement maternel. Comment mieux résumer les avantages de l'allaitement maternel qu'en employant la formule du professeur Pierre Royer : « Le lait de femme allie trois qualités idéalement recherchées ailleurs : le prix de revient le plus bas, la qualité la plus élevée et la présentation la plus attirante. »

RÉFÉRENCES

- 1 WHO collaborative study team on the role of breastfeeding on the prevention of infant mortality. Effect of breastfeeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. *Lancet* 2000 ; 355 : 451-5.
- 2 Crost M, Kaminski M. L'allaitement maternel à la maternité en France en 1995 : enquête nationale périnatale. *Arch Pédiatr* 1998 ; 5 : 1316-26.
- 3 Branger B, Cebron M, Picherot G, Cornulier de M. Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes. *Arch Pédiatr* 1998 ; 5 : 489-96.
- 4 Losch M, Dungy CI, Russell D, Dusdieker LB. Impact of attitudes on maternal decisions regarding infant feeding. *J Pediatr* 1995 ; 126 : 507-14.

- 5 Salle BL. Le lait de femme. In : Ricour C, Ghisolfi J, Putet G, Goulet O, Eds. *Traité de nutrition pédiatrique*. Paris : Maloine ; 1993. p. 373-400.
- 6 Makrides M, Neumann MA, Byard RW, Simmer K, Gibson RA. Fatty acid composition of brain, retina, and erythrocytes in breast- and formula-fed infants. *Am J Clin Nutr* 1994 ; 60 : 189-94.
- 7 Lanting CI, Fidler V, Huisman M, Touwen BCL, Boersma ER. Neurological differences between 9-year-old children fed breast-milk or formula-milk as babies. *Lancet* 1994 ; 344 : 1319-22.
- 8 Virtanen SM, Rasanen L, Ylonen K, Aro A, Clayton D, Langholz B, et al. Early introduction of dairy products associated with increased risk of IDDM in Finnish children. The childhood in diabetes in Finland Study Group. *Diabetes* 1993 ; 42 : 1786-90.
- 9 von Kries R, Koletzko B, Sauerwald T, von Mutius E, Barnert D, Grunert V, et al. Breast feeding and obesity: cross sectional study. *Br Med J* 1999 ; 319 : 147-50.
- 10 Chandra RK, Singh G, Shridhara B. Effect of feeding whey hydrolysate, soy and conventional cow milk formulas on incidence of atopic disease in high risk infants. *Ann Allergy* 1989 ; 63 : 102-6.
- 11 Chandra RK, Puri S, Hamed A. Influence of maternal diet during lactation and use of formula feeds on development of atopic eczema in high risk infants. *Br Med J* 1989 ; 299 : 228-30.
- 12 Lucas A, Fewtrell MS, Morley R, Lucas PJ, Baker BA, Lister G, et al. Randomized outcome trial of human milk fortification and developmental outcome in preterm infants. *Am J Clin Nutr* 1996 ; 64 : 142-51.
- 13 Hernell O, Bläckberg L. Human milk bile salt-stimulated lipase: functional and molecular aspects. *J Pediatr* 1994 ; 125 (Suppl) : 56-61.
- 14 Dunn DT, Newell ML, Ades AE, Peckham CS. Risk of human immunodeficiency virus type 1 transmission through breastfeeding. *Lancet* 1992 ; 340 : 585-8.
- 15 Leroy V, Newell ML, Dabis F, Peckham C, Van de Perre P, Bulterys M, et al. International multicentre pooled analysis of late postnatal mother-to-child transmission of HIV-1 infection. Ghent International Working Group on Mother-to-Child Transmission of HIV-1. *Lancet* 1998 ; 352 : 597-600.
- 16 Committee on Drugs. American Academy of Pediatrics. The transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics* 1994 ; 93 : 137-50.
- 17 Makrides M, Leeson R, Gibson RA, Simmer K. A randomized controlled clinical trial of increased dietary iron in breast-fed infants. *J Pediatr* 1998 ; 133 : 559-62.
- 18 Delaisi de Parseval G, Lallemand S. *L'art d'accueillir les bébés. 100 ans de recettes françaises de puériculture*. Paris : Seuil ; 1980.
- 19 Work Group on Breastfeeding. American Academy of Pediatrics. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 1997 ; 100 : 1035-9.