

*COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS
Président : Professeur B. Blanc*

**Extrait des
Mises à jour
en Gynécologie
et Obstétrique**

—
**TOME XXVI
publié le 28.11.2002**



*VINGT-SIXIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 2002*

Allaitement maternel

Mise en œuvre et poursuite dans les six premiers mois de vie de l'enfant

Recommandations pour la pratique clinique

Groupe de travail de l'ANAES présidé par B. MARIA*

Ces recommandations ont été faites à la demande de l'Association de Recherche en Soins Infirmiers et du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Elles ont été établies dans le cadre d'un partenariat entre l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé et :

- l'Association des Sages-femmes Enseignantes Françaises ;
- l'Association Nationale des Sages-femmes libérales ;
- l'Association Nationale des Puéricultrices Diplômées d'État ;
- l'Association pour la Promotion de l'Expertise et de la Recherche en Soins Infirmiers ;
- la Fédération Nationale des Pédiatres Néonatalogistes ;
- le Regroupement National des Sages-femmes Occupant un Poste d'Encadrement ;
- la Société Française de Pédiatrie.

* Agence nationale pour l'accréditation et l'évaluation en santé
159 rue Nationale – 75640 PARIS CEDEX 13 – www.anaes.fr

La méthode utilisée est celle décrite dans le guide d'élaboration des « Recommandations pour la pratique clinique – Bases méthodologiques pour leur réalisation en France – 1999 » publié par l'ANAES.

L'ensemble du travail a été coordonné par Mme Anne-Françoise Pauchet-Traversat, sous la responsabilité de M. le Dr Patrice Dosquet, responsable du service recommandations et références professionnelles.

La recherche documentaire a été réalisée par Mme Emmanuelle Blondet, documentaliste, avec l'aide de Mme Cinthia Esterbet, sous la responsabilité de Mme Rabia Bazi.

Le secrétariat a été réalisé par Mlle Marie-Laure Turlet.

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé tient à remercier les membres du comité d'organisation, les membres du groupe de travail, les membres du groupe de lecture et les membres du Conseil Scientifique dont les noms suivent.

Comité d'organisation

Mme Marie-Noëlle Babel-Remy, sage-femme, Romans-sur-Isère

Mme Dominique Bourgin, sage-femme enseignante, Échirolles

Mme Dominique Gibirila, puéricultrice, Toulouse

Mme Carole Kohler, cadre expert en soins infirmiers, Paris

Mme Élisabeth Lechevallier, sage-femme, Caen

M. le Pr Pierre Lequien, néonatalogiste, Lille

M. le Pr Dominique Turck, pédiatre, Lille

Mme Anne-Marie Zabarino, puéricultrice, Montpellier

Groupe de travail

M. le Dr Bernard Maria, gynécologue-obstétricien, Villeneuve Saint-Georges, président ;

Mme Suzanne Colson, sage-femme, Kent Angleterre, chargée de projet ;

Mme le Dr Gisèle Gremmo-Feger, pédiatre, Brest, chargée de projet ;

Mme Anne-Françoise Pauchet-Traversat, responsable de projet, service des recommandations et références professionnelles, ANAES, Paris.

Mme Anne Partensky, sage-femme, Vaulx-en-Velin ; Mme Marie Courdent, infirmière puéricultrice, Lille ; Mme Claude Didierjean-Jouveau, animatrice Leche League, Villemomble ; M. le Dr Joël Dubernet, généraliste, Saint-Pey de Castets ; Mme le Dr Michèle Dubois, pédiatre, Paris ; Mme Florence Helary-Guillard, sage-femme, Larré ; Mme le Dr Christiane Huraux-Rendu, pédiatre, Créteil ; Mme le Dr Catherine Launois-Lanba, gynéco-

logue-obstétricien, Paris ; M. le Dr André Marchalot, pédiatre, Vire ; M. le Dr Philippe Masquelier, généraliste, Wavrin ; Mme Françoise Perez, sage-femme, Béziers ; M. le Dr Patrick Pochet, généraliste, Clermont-Ferrand ; M. le Dr Daniel Rotten, gynécologue-obstétricien, Saint-Denis ; Mme le Dr Camille Schelstraete, généraliste, Chambéry ; M. le Dr Fancis Schwetterle, gynécologue-obstétricien, Lons-le-Saulnier.

Groupe de lecture

Mme Sylvaine Aubin, sage-femme, Caen ; Mme Marie-Noëlle Babel-Remy, sage-femme, Romans-sur-Isère ; Mme le Dr Évelyne Badoc-Erbacher, gynécologue-obstétricien, Decines Charpieu ; Mme Sylvie Balmer, infirmière, Genis les Ollières ; Mme Hélène Bastide-Cuenca, sage-femme, Gardanne, membre du Conseil Scientifique de l'ANAES ; M. le Dr Patrick Bastien, généraliste, Gérardmer, membre du Conseil Scientifique de l'ANAES ; Mme Catherine Ber-tevas, sage-femme, Brest ; M. le Dr Bruno Betend, pédiatre, Vaulx-en-Velin ; M. le Dr Pierre Bitoun, pédiatre, Paris ; M. Alain Bocquet, pédiatre, Besançon ; Mme Dominique Bourgin, sage-femme, Échirrolles ; M. le Dr André Briend, doc-teur en nutrition, Paris ; Mme Brigitte Brocard, puéricultrice, Paris ; Mme Béa-trice Brotteaux, infirmière, Fontenay-sous-Bois ; M. le Dr Christophe Cabon, généraliste, Brest ; M. le Dr Eugène Castelain, généraliste, Noeux-les-Mines ; Mme le Dr Catherine Crenn-Hébert, gynécologue-obstétricien, Colombes ; Mme le Dr Nelly Dequidt, gynécologue-obsté-tricien, Nancy ; M. le Pr Michel Dreyfus, gynécologue-obstétricien, Caen ; M. le Dr Christophe Dupont, pédiatre, Paris ; M. le Dr Frédéric Fleurette, directeur des études pharmaco-économiques, Saint-Denis ; Mme le Dr Brigitte Fontaine, gynécologue-obstétricien, Nancy ; M. le Dr Philippe Foucras, généraliste, Roubaix ;

Mme Fabienne Gauchet, sage-femme, Villeneuve-Saint-Georges ; M. le Pr Jacques Ghisolfi, pédiatre, Toulouse ; Mme Dominique Gibirila, puéricultrice, Toulouse ; Mme Rolande Grente, sage-femme, Giberville, membre du Conseil Scientifique de l'ANAES ; Mme Sophie Guillaume, sage-femme, Poissy ; Mme le Dr Marie-Agnès Guillou, pédiatre, Mal-lestroit ; Mme Éliasa Guises, puéricul-trice, Paris ; Mme Michèle Hege, puéri-cultrice, Lingolsheim ; Mme Sandra Jeanselme., Theix ; Mme Nadine Knezovic-Daniel, sage-femme, Schiltigheim ; Mme Carole Kohler, infirmière, Paris ; Mme Isabelle Lagrut, Lyon ; Mme le Dr Claire Laurent, pédiatre, Caudebec-sur-Caux ; Mme Jacqueline Lavillonniere, sage-femme, Vals les Bains ; M. le Dr Jean-François Le Masson, généraliste, Ambon ; Mme Élisabeth Lechevallier, sage-femme, Caen ; M. le Pr Pierre Le-quier, pédiatre, Lille ; Mme Sophie Loc-quet, puéricultrice, Commelle Vernay ; M. le Dr Guy-André Lœuille, pédiatre, Dunquerque ; Mme le Dr Laure Mar-chand-Lucas, généraliste, Paris ; M. le Dr Henri Mauch, généraliste, Haguenau ; Mme Nicole Mercadier, infirmière, Genas ; Mme Nicole Mesnil-Gasparovic, sage-femme, Paris ; Mme le Dr Francine Morel, pédiatre, Pau ; Mme le Dr Fran-çoise Moussard, sage-femme, Montpel-lier ; Mme le Dr Marianne Nathan, gé-néraliste, Paris ; Mme Marie-Noëlle

Neveu, sage-femme, Chambray-les-Tours ; Mme Cathy Palaoro, sage-femme, Thionville ; M. le Dr Marc Pilliot, pédiatre, Wattrelos ; M. le Pr Jean-Claude Pons, gynécologue-obstétricien, Grenoble ; Mme Françoise Railhet, généraliste, Neuilly-sur-Marne ; Mme Joëlle Regal, sage-femme, Voiron ; Mme le Dr Dominique Rimbart, pédiatre, Chambray-les-Tours ; Mme Kareen Rouiller, sage-femme, Vannes ; M. le Dr Philippe Rougier, généraliste, Saint-Di-

dier-du-Mont-d'Or ; Mme le Dr Béatrice Saint-Salvi, pharmacien pharmacologue, Saint-Denis ; Mme le Dr Catherine Salinier, pédiatre, Gradignan ; Mme le Dr Marie-José Simon-Ghediri, pédiatre, Fontaine ; Mme le Dr Kirsten Simondon, épidémiologue, Montpellier ; Mme le Dr Catherine Tchinou, généraliste, Saint-Denis ; Mme Marie Thirion, pédiatre, Perthuis ; M. le Dr Jean-Louis Voyron, généraliste, Mouxy ; Mme Anne-Marie Zabarino, puéricultrice, Montpellier.

Nous remercions le groupe de travail sur l'incidence des médicaments sur la reproduction, la grossesse et l'allaitement de l'AFSSaPS, en particulier pour la rédaction du chapitre « Médicament et allaitement », dont les noms suivent :

Mme Catherine Tchinou, coordinatrice du groupe de travail, Mme Élisabeth Elefant, Mme Françoise Bavoux, M. Jacques Bouillie, Mme Marie-Jeanne Boutroy, M. Patrick Carlier, Mme Marie-Pierre Cournot, Mme Christine Damase-Michel, Mme Christine Francoual, M. François Goffinet, Mme Marianne Guillonneau, Mme Béatrice Guyard-Boi-

leau, Mme Marie-Caroline Husson, Mme Évelyne Jacqz-Aigrain, Mme Joëlle Janse-Marec, Mme Carmen Kreft-Jais, M. Philippe Lemarie, M. Dominique Marmor, M. Faïza Merabtene, M. Marc Pallardy, M. Jean-Louis Saulnier, M. Gilbert Siou, Mme Claudine Soubrie, Mme Catherine Vauzelle-Gardier, M. Thierry Vial, M. Patrick Vigé.

MÉTHODE GÉNÉRALE

Ces recommandations pour la pratique clinique ont été élaborées par un groupe de travail, au terme d'une analyse de la littérature scientifique et de l'avis des professionnels. Le texte a été soumis à un groupe de lecture avant d'être finalisé. Les sociétés scientifiques ont été consultées pour connaître les travaux réalisés antérieurement sur le sujet et pour proposer des personnes susceptibles de participer aux groupes.

Pour ce thème, l'ANAES a constitué un groupe de travail regroupant dix-huit personnes de diverses compétences. La parité du mode d'exercice (spécialistes et non-spécialistes en CHU ou CHG, spécialistes ou généralistes libéraux) et la répartition géographique ont été prises en compte. Ce groupe de travail comprenait un président (qui a dirigé le groupe et collecté les avis de l'ensemble des

membres) et deux chargés de projet (qui ont collaboré directement avec le président, et ont rédigé le document final afin de le proposer et de le discuter avec le groupe de travail). Un représentant de l'ANAES a assisté le groupe, s'est assuré de la cohérence de la méthode de travail. Il a coordonné l'ensemble du travail : composition et organisation du comité d'organisation, du groupe de travail et du groupe de lecture ; formé les chargés de projet à l'analyse critique de la littérature ; vérifié l'analyse de la littérature ; aidé à l'élaboration du texte final des recommandations et de l'argumentaire.

Une recherche bibliographique a été réalisée par interrogation systématique des banques de données : Medline, HealthStar, EMBASE, Cochrane et PASCAL. Elle a identifié les recommandations pour la pratique clinique, les conférences de consensus, les articles de décision médicale et les revues de littérature et méta-analyses (sur 10 ans). Elle a été généralement complétée par une recherche d'essais cliniques en langue française ou anglaise, sur un ou plusieurs aspects du thème demandé. Si nécessaire, d'autres banques de données ont pu être interrogées. La littérature grise (c'est-à-dire les productions non indexées dans les catalogues officiels d'édition ou dans les circuits conventionnels de diffusion de l'information) a été systématiquement recherchée (par contacts directs auprès de sociétés savantes, par Internet ou tout autre moyen).

Cette bibliographie obtenue par voie automatisée a été complétée par une recherche manuelle. D'une part, les membres du groupe de travail ou du groupe de lecture ont pu transmettre leurs articles. D'autre part, les sommaires de revues générales et de revues du thème concerné ont été dépouillés sur une période d'un an pour actualiser l'interrogatoire en ligne des banques de données. De plus, les listes de références citées dans les articles déjà identifiés ont été consultées. Par ailleurs, les décrets, arrêtés et circulaires du ministère de la Santé pouvant avoir un rapport avec le sujet ont été consultés.

Des grilles de lecture destinées à apprécier la qualité méthodologique et le niveau de preuve scientifique de ces documents ont été utilisées. Les documents ont été classés selon les grilles en différentes catégories. Sur la base de cette analyse de la littérature, le groupe de travail a proposé, chaque fois que possible, des recommandations. Ces recommandations ont été fondées soit sur un niveau de preuve scientifique, soit, en l'absence de preuve, sur un accord professionnel.

L'argumentaire et les recommandations ont été établis selon la méthodologie proposée par l'ANAES. Chaque article a été analysé selon les principes de lecture critique de la littérature afin d'affecter à chacun un niveau de preuve scientifique. Les grades A, B et C sont attribués aux recommandations selon le niveau de preuve scientifique figurant dans la classification proposée par l'ANAES (tableau I).

En l'absence de preuve scientifique, les recommandations proposées correspondent à un accord professionnel au sein des membres du groupe de travail.

Tableau 1

Grade des recommandations.

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature	Grade des recommandations
<p>Niveau 1</p> <ul style="list-style-type: none"> • Essais comparatifs randomisés de forte puissance • Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés • Analyse de décision basée sur des études bien menées 	<p style="text-align: center;">A</p> <p style="text-align: center;">Preuve scientifique établie</p>
<p>Niveau 2</p> <ul style="list-style-type: none"> • Essais comparatifs randomisés de faible puissance • Études comparatives non randomisées bien menées • Études de cohorte 	<p style="text-align: center;">B</p> <p style="text-align: center;">Présomption scientifique</p>
<p>Niveau 3</p> <ul style="list-style-type: none"> • Études cas-témoins <p>Niveau 4</p> <ul style="list-style-type: none"> • Études comparatives comportant des biais importants • Études rétrospectives • Séries de cas 	<p style="text-align: center;">C</p> <p style="text-align: center;">Faible niveau de preuve</p>

L'absence de niveau de preuve ne signifie pas que les recommandations élaborées ne sont pas pertinentes et utiles. L'absence de preuve doit inciter à engager des études complémentaires lorsque cela est possible.

Des propositions d'actions futures ont été formulées.

Le groupe de lecture, composé de personnalités compétentes exerçant dans différents secteurs d'activité, comprenait plus d'une cinquantaine de personnes externes au groupe de travail. Les experts de ce groupe de lecture, consultés par courrier, ont donné un avis. Ces experts ont apprécié la lisibilité, la faisabilité et l'applicabilité du texte des recommandations. Les remarques du groupe de lecture ont été transmises au groupe de travail. Ce groupe de travail a pu modifier son texte et a validé le document final. Le texte produit par le groupe de travail a été présenté avec une bibliographie dite « sélective » constituée des articles cités dans le texte pour argumenter les énoncés.

L'ensemble des textes de recommandations et références a ensuite été soumis à l'avis du conseil scientifique de l'ANAES.

Recherche automatisée

La recherche documentaire a été réalisée par interrogation des banques de données *Medline EmBase* la *Cochrane Library*, CINAHL, PASCAL, la Banque de Données de Santé Publique (BDSP) limitée aux publications de langue anglaise ou française (1990-2002).

La stratégie de recherche a porté sur :

1. Les recommandations pour la pratique clinique, les conférences de consensus, les revues de littérature, méta-analyses et articles de décision médicale (1990-2002) :

Les mots clés : *Lactation OU Breast feeding*, ont été associés à : *Guideline(s) OU Practice guideline(s) OU Health planning guidelines OU Consensus development conferences OU Consensus development conferences*, NIH OU *Medical decision making OU Decision support techniques OU Decision trees OU Decision analysis* (dans le titre) OU *Meta-analysis OU Review literature*.

2. La littérature française (1990-2002) :

Le mot *Allaitement* a été recherché en mot clé et dans le titre :

163 références ont été obtenues sur PASCAL et 246 sur la BDSP.

3. Les revues de la littérature de la *Cochrane Library* :

23 « *Complete Reviews* » et 5 « *Protocols* » ont été retenus.

4. La recherche documentaire sur les médicaments a été assurée par le Groupe de Travail Reproduction, Grossesse, Allaitement de l'AFSSaPS

5. Des documents publiés par l'Organisation Mondiale de la Santé ont servi de base de travail :

- *An evaluation of infant growth*. 1994.
- *Progestin only contraceptives during lactation*. Contraception. 1994.
- *Promoting breast-feeding in health facilities. A short course for administrators and policy-makers*. 1996.
- *Essential newborn care. Report of a technical working group*. Trieste, 25-29 avril 1994. 1996.
- *Care in normal birth: a practical guide. Report of a technical working Group*. 1996.
- *Hypoglycaemia of the newborn: review of the literature*. 1997.
- *Nutrition and health policy in women and children. Report on a WHO Workshop*. Yerevan, Armenia 2-5 July 1997. 1997.

- *Postpartum care of the mother and newborn: a practical guide. Report of a technical working group.* Geneva: WHO; 1998.
- Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement. 1999 (trad. de *Evidence for the ten steps to successful breastfeeding.* 1998).
- *Mastitis . Causes and management.* 2000.
- *Breastfeeding. : initiation, duration and practice of exclusive breastfeeding.* 2000.
- *Healthy eating during pregnancy and breastfeeding. Booklet for mothers.* 2001.
- *Breastfeeding and replacement feeding practices in the context of her-to-child transmission of HIV. An assessment tool for research.* 2001.
- *The optimal duration of exclusive breastfeeding. A systematic review.* 2002.

6. D'autres documents de bases ont été analysés :

- Fairbank L, O'Meara S, Renfrew MJ, Woolridge M, Sowden AJ, Lister-Sharp D. *A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding.* Health Technology Assessment. 2000.
- Renfrew MJ, Woolridge MW, McGill HR. *Enabling women to breastfeed. A review of practices which promote or inhibit breastfeeding with evidence-based guidance for practice.* 2000.
- Morrell CJ, Spiby H, Stewart P, Walters S, Morgan A. *Costs and benefits of community postnatal support workers: a randomised controlled trial.* Health Technology Assessment. 2000.

En complément de ces recherches, une mise à jour sur l'allaitement a été effectuée sur la période 1998-2002

Recherche manuelle

Le sommaire des revues suivantes a été dépouillé pendant toute la durée du travail :

Revue générale : *Annals of Internal Medicine, Archives of Internal Medicine, British Medical Journal, Canadian Medical Association Journal, Concours Médical, JAMA, Lancet, New England Journal of Medicine, Presse Médicale, Revue du Praticien, Revue de Médecine Interne, Revue Prescrire.*

Revue spécialisée : *Birth, Journal of Human Lactation, Pediatrics, Breast Feeding Review, Early Human Development, et Dossiers de l'Allaitement*

RECOMMANDATIONS

I. Introduction

Ces recommandations ont été élaborées à la demande conjointe de l'Association de Recherche en Soins Infirmiers et du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français.

L'allaitement maternel a peu varié en France ces vingt dernières années. Environ la moitié des nouveau-nés est allaitée à la sortie de la maternité. Aucune donnée nationale n'est actuellement disponible sur la durée de l'allaitement.

Ces recommandations proposent des conseils d'organisation et des modalités de mise en œuvre de l'allaitement maternel et de sa poursuite jusqu'à au moins six mois. Les compléments d'un allaitement partiel ainsi que la diversification alimentaire ne sont pas abordés.

1. Définitions et description de l'allaitement maternel

Actuellement, l'absence de définition de l'allaitement dans les études est une limite à la comparaison des stratégies d'incitation à l'allaitement, à l'évaluation de sa mise en œuvre, de son niveau, de ses modalités et de sa durée.

S'appuyant sur les travaux de l'Organisation mondiale de la santé et de l'*Interagency Group for Action on Breastfeeding*, le groupe de travail propose les définitions suivantes :

- Le terme allaitement maternel est réservé à l'alimentation du nouveau-né ou du nourrisson par le lait de sa mère ;
- L'allaitement est **exclusif** lorsque le nouveau-né ou le nourrisson reçoit uniquement du lait maternel à l'exception de tout autre ingesta, solide ou liquide, y compris l'eau ;
- L'allaitement est **partiel** lorsqu'il est associé à une autre alimentation comme des substituts de lait, des céréales, de l'eau sucrée ou non, ou toute autre nourriture. En cas d'allaitement partiel, celui-ci est majoritaire si la quantité de lait maternel consommé assure plus de 80 % des besoins de l'enfant ; moyen si elle assure 20 à 80 % de ses besoins et faible si elle en assure moins de 20 % ;
- La réception passive (par l'intermédiaire d'une tasse, d'une cuillère, d'un biberon) du lait maternel exprimé est considérée

comme un allaitement maternel même s'il ne s'agit pas d'un allaitement au sein.

En raison du manque de consensus dans la littérature, l'adjonction de vitamines ou de sels minéraux n'a pas été prise en compte dans les définitions.

Le sevrage correspond à l'arrêt complet de l'allaitement maternel. Le sevrage ne doit pas être confondu avec le début de la diversification alimentaire.

Pour le suivi de l'allaitement par le professionnel de santé et l'évaluation des publications, les éléments de description d'un allaitement maternel devraient être les suivants :

- l'âge du nourrisson ;
- le niveau d'allaitement (exclusif ou partiel) ;
- la fréquence et la durée des tétées ;
- les autres aliments consommés ;
- l'utilisation de biberons pour les liquides y compris le lait maternel exprimé.

2. Population concernée par les recommandations

Ces recommandations concernent les femmes ayant mis au monde un enfant sain né à terme.

Les modalités d'allaitement des jumeaux, des autres nouveau-nés, malades, prématurés, dysmatures ou de faible poids de naissance n'ont pas été abordées dans ces recommandations.

3. Professionnels concernés par les recommandations

La mise en œuvre de l'allaitement maternel et sa poursuite dans le temps requièrent généralement l'intervention coordonnée de plusieurs professionnels de santé.

Ces recommandations concernent donc tous les professionnels impliqués en périnatalité, en particulier les médecins généralistes, les gynécologues-obstétriciens, les pédiatres, les sages-femmes, les infirmières, les puéricultrices et les auxiliaires de puériculture.

L'action des équipes soignantes peut être utilement complétée par des bénévoles expérimentés, en particulier pour soutenir les femmes qui allaitent.

Pour appliquer ces recommandations, les professionnels doivent être formés à la pratique et au suivi de l'allaitement au cours de leurs études et en formation continue. Les modalités de cette formation ne sont pas abordées dans ce travail.

4. Qualité de la littérature et grade des recommandations

Les conclusions retenues dans ce travail s'appuient essentiellement sur des études menées dans les pays développés.

Les preuves épidémiologiques des bénéfices de l'allaitement maternel reposent sur des études d'observation hétérogènes et sur l'avis d'experts internationaux.

Les études qui ont mesuré l'efficacité de diverses interventions sur la pratique de l'allaitement sont hétérogènes. Elles manquent souvent de précision concernant la prise en charge habituelle des populations étudiées et les critères de jugement, en particulier l'absence de standardisation de la définition de l'allaitement, de la mesure du taux d'allaitement exclusif et de sa durée.

Les recommandations ont été pondérées par le niveau de preuve des études sur lesquelles elles sont fondées, selon l'échelle suivante : une recommandation de grade A est fondée sur des études scientifiques de fort niveau de preuve ; une recommandation de grade B est fondée sur des présomptions scientifiques fournies par des études de niveau de preuve intermédiaire ; une recommandation de grade C est fondée sur des études de faible niveau de preuve. En l'absence de précisions, les recommandations reposent sur un accord professionnel exprimé par le groupe de travail et le groupe de lecture.

II. Bénéfices et durée optimale de l'allaitement maternel exclusif

L'allaitement maternel exclusif est le mode d'alimentation le plus approprié pour le nourrisson jusqu'à six mois. Il lui assure une croissance et un développement optimaux.

L'allaitement exclusif protège le nouveau-né des infections gastro-intestinales et, dans une moindre mesure, des infections ORL et respiratoires. L'effet protecteur de l'allaitement maternel dépend de sa durée et de son exclusivité.

La poursuite de l'allaitement exclusif pendant six mois par rapport à une durée de trois à quatre mois permet un développement optimal des nourrissons et doit donc être encouragée (grade B). Toutefois, certaines mères ne pourront pas suivre cette recommandation ou décideront de ne pas le faire.

L'introduction d'une alimentation complémentaire entre 4 et 6 mois n'apporte aucun bénéfice particulier (grade B).

III. Contre-indications de l'allaitement

Les raisons médicales qui contre-indiquent l'allaitement maternel sont exceptionnelles, tant pour la mère (infection par le VIH, sauf pasteurisation du lait) que pour le nouveau-né (anomalie congénitale du métabolisme : galactosémie).

Le passage lacté de la nicotine étant prouvé, il faut encourager les mères à arrêter de fumer. Mais de toute façon, l'allaitement reste le meilleur choix.

IV. Les pratiques qui encouragent l'allaitement maternel

1. Les facteurs qui influencent le choix d'allaiter

L'allaitement maternel est plus répandu chez les femmes appartenant à des milieux favorisés et ayant fait des études plus poussées.

Les mères choisissent l'allaitement maternel parce qu'elles en retirent un investissement émotionnel et des gratifications comme un sentiment d'utilité, une satisfaction physique, une image de soi positive, une affirmation de leur féminité.

Les mères non allaitantes justifient leur choix par l'importance donnée à leur activité professionnelle, l'image sociale négative de la femme allaitante, leurs conceptions éducatives et la volonté égalitaire de partage des tâches dans le couple, que le biberon faciliterait.

Selon les rares études portant sur le moment du choix du mode d'allaitement, celui-ci se situe avant la grossesse pour plus de la moitié des mères. Le groupe de travail souligne l'importance de l'éducation sanitaire et le nécessaire renforcement de la place de l'allaitement maternel dans la société.

Les campagnes médiatiques nationales ou locales n'influencent pas directement les pratiques d'allaitement. Elles peuvent favoriser l'émergence d'un environnement favorable au soutien à l'allaitement maternel et contribuer au changement d'attitudes à l'égard de cette pratique.

Seules les annonces télévisées répétées semblent avoir une influence sur l'intention ultérieure d'allaiter (grade C). Le groupe de travail recommande qu'une information appropriée soit donnée à l'école pour renforcer l'intention d'allaiter.

2. Les interventions qui encouragent l'allaitement maternel avant la naissance

Toute rencontre avec une femme enceinte doit être l'occasion pour les professionnels de santé d'aborder le mode d'alimentation du nouveau-né et en particulier l'allaitement maternel. Il est recommandé d'évaluer l'expérience de la future mère, ses connaissances, ses désirs et de lui donner des informations sur les modalités de mise en œuvre de l'allaitement. Cette information prénatale s'adresse également au futur père, celui-ci jouant un rôle de soutien de la mère.

En période prénatale, l'information seule, délivrée individuellement ou en groupe, a un impact limité sur les taux d'allaitement exclusif et sur la durée de l'allaitement maternel (grade C).

En revanche, des programmes structurés utilisant une approche de groupe ou individuelle, à l'hôpital ou en dehors, et s'appuyant sur l'association de plusieurs techniques éducatives (groupe de discussion, cours de préparation à l'accouchement, brochures, vidéo, manuel d'auto-apprentissage) augmentent le taux d'allaitement maternel à la naissance et, dans certains cas, sa poursuite (grade C).

Des études montrent que l'action des mères ayant allaité avec succès, formées à la conduite de l'allaitement et supervisées, renforce la décision des femmes qui ont décidé d'allaiter et les aide à réaliser effectivement cet allaitement (grade C). Ce type d'intervention est recommandé.

Chez les femmes de faible niveau de ressources ou appartenant à des minorités ethniques, des contacts durant la période pré et post-natale avec des mères expérimentées améliorent la mise en œuvre et la durée de l'allaitement maternel (grade C).

3. Préparation des seins à l'allaitement

Le bénéfice d'une préparation physique des seins, même en cas de mamelons rétractés ou peu extensibles, n'est pas démontré.

V. Les modalités de mise en œuvre et d'accompagnement de l'allaitement lors de sa mise en route

1. Changements des pratiques et de l'organisation dans les maternités

Toutes les interventions visant à changer les pratiques fondées sur tout ou partie des « dix conditions pour le succès de l'allaitement » proposées par l'OMS et l'UNICEF dans le cadre de l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé (IHAB) (tableau II) améliorent le taux d'allaitement à la sortie de la maternité et entraînent une augmentation de la durée de l'allaitement exclusif (grade B).

La mise en œuvre de ces conditions est recommandée, mais rend nécessaire un profond changement des pratiques dans les maternités et la participation de l'ensemble des professionnels impliqués.

Le groupe de travail souligne qu'à ce jour en France, deux maternités ont obtenu le titre de « Maternité Amie des Bébé ».

Tableau II

Les « Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel » d'après OMS/UNICEF, 1999 (OMS/UNICEF, 1999 1056)

Dix conditions pour le succès de l'allaitement
<ul style="list-style-type: none">• Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants• Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique• Informer toutes les femmes enceintes des avantages et de la pratique de cet allaitement• Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance• Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson• Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel sauf indication médicale• Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour• Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant• Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette• Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique

2. Contact peau à peau et tétée précoce

À la naissance, chaque nouveau-né doit être séché, recouvert et immédiatement mis sur le ventre de la mère. Les mères qui ont un contact précoce avec leur enfant ont plus de facilité à communiquer avec leur bébé, même non allaité (grade C).

Les soins essentiels au nouveau-né seront effectués après une période de contact prolongée et ininterrompue. Ces soins et les pratiques habituelles de surveillance devraient être définis pour favoriser le contact mère-enfant et l'allaitement maternel tout en maintenant les exigences de sécurité pour la mère et l'enfant.

Après la naissance, la première tétée est favorisée par ce contact intime.

L'allaitement n'est pas compromis si le bébé ne tète pas immédiatement à la naissance (grade B) car les bébés présentent une variété de comportements et ne sont pas tous prêts à téter au même moment.

L'analgésie péridurale pendant le travail peut retarder le réflexe de succion, mais ne modifie pas la mise en route de l'allaitement. Si la première tétée est retardée, il est recommandé d'apporter davantage d'aide et de soutien à la mère.

3. Cohabitation du nouveau-né avec sa mère

La cohabitation du nourrisson avec sa mère doit être systématiquement encouragée. La proximité de la mère et de l'enfant 24 heures sur 24 favorise l'allaitement à la demande, facilite l'allaitement la nuit et limite le risque de recours à un substitut de lait (grade C).

De plus, elle favorise le processus d'attachement entre la mère et l'enfant, même si l'enfant n'est pas allaité. La mère pourra apprendre à reconnaître les signes qui montrent que le bébé est prêt à téter.

L'équipement hôtelier à la maternité doit être adapté (lit plus large, à hauteur variable, fauteuil confortable) pour faciliter l'allaitement.

4. Position du nouveau-né et prise du sein

La bonne position du nouveau-né (face à la mère) et la prise correcte du sein par l'enfant (bouche grande ouverte et langue vers le bas) permettent une succion efficace et un transfert de lait optimal tout en prévenant les tétées douloureuses et les lésions du mamelon. C'est un facteur déterminant de la réussite de la mise en œuvre et de la poursuite de l'allaitement.

Le groupe de travail recommande que soient recherchées avec la mère les différentes positions dans lesquelles le bébé peut être allaité confortablement (position assise, couchée). La mère doit être entraînée à observer la succion caractéristique signifiant l'efficacité de la tétée.

Les professionnels de santé doivent vérifier la prise correcte du sein et l'efficacité de la succion lors des premières tétées.

5. Durée et fréquence des tétées

Seul l'allaitement à la demande permet au nourrisson de réguler ses besoins nutritionnels. La plupart des nourrissons allaités ont besoin de téter fréquemment y compris la nuit (souvent davantage que les 6 à 7 tétées préconisées habituellement) d'autant que la tétée a d'autres fonctions que nutritionnelle (réconfort, plaisir, tendresse).

Il n'y a aucun avantage démontré à réduire le nombre et la durée des tétées, ni à fixer un intervalle minimum entre deux tétées. En effet, la restriction des tétées est associée à un arrêt plus précoce de l'allaitement, à une fréquence plus élevée des douleurs des mamelons et des engorgements et au recours plus fréquent à des compléments de substituts de lait (grade C).

Il existe des écarts interindividuels dans la fréquence, la durée et la régularité des tétées. Cela rend nécessaire la proximité de l'enfant avec sa mère 24 heures sur 24.

Aucune donnée ne permet de conseiller à la mère de proposer un sein ou les deux à chaque tétée. Il est cependant important de n'offrir l'autre sein au nourrisson que lorsque celui-ci arrête de téter de lui-même, afin de prévenir un éventuel engorgement.

VI. Utilisation de compléments

1. Lors du commencement de l'allaitement

L'allaitement exclusif suffit à satisfaire les besoins nutritionnels et hydriques d'un nouveau-né sain à terme s'il tète de manière efficace et à la demande. Il n'y a alors pas de risque d'hypoglycémie et les contrôles systématiques de la glycémie sont inutiles.

Il n'y a pas lieu de donner des compléments (eau, eau sucrée, substitut de lait) à un nouveau-né allaité exclusivement. L'introduction de compléments perturbe le bon déroulement de l'allaitement maternel et entraîne un sevrage plus précoce (grade C).

Les biberons de substituts de lait prêts à l'emploi ne doivent pas être mis à disposition des mères dans leur chambre.

Il est recommandé d'évaluer la prise correcte du sein et l'efficacité de la succion avant de donner des compléments au nouveau-né. Les indications des compléments sont actuellement mal définies, la décision d'utiliser des compléments sera prise au cas par cas en concertation avec la mère.

Comme la distribution de colis-cadeaux contenant un substitut de lait ou du matériel promotionnel pour l'alimentation au biberon a un impact négatif sur l'allaitement exclusif, cette pratique est déconseillée (grade B). La distribution gratuite de substitut de lait à la sortie de la maternité est interdite en France.

2. Lors de la poursuite de l'allaitement

L'introduction de compléments entre 4 et 6 mois en plus de la poursuite de l'allaitement conduit à un excès de risque significatif de gastro-entérite et doit donc être déconseillé car n'apporte aucun bénéfice pour la croissance et le développement de l'enfant (grade B).

La croissance des nourrissons allaités diffère de celle de nourrissons alimentés avec un substitut de lait. Les nourrissons allaités grossissent plus rapidement pendant les deux à trois premiers mois de vie, suivis de gains légèrement inférieurs entre quatre et neuf mois. Le gain en taille est légèrement inférieur parmi les enfants allaités exclusivement, à partir de quatre à six mois.

Le groupe de travail souligne qu'une nouvelle référence internationale de croissance est actuellement en cours d'élaboration. Elle vise à créer un modèle normatif, reflétant la croissance des nourrissons et des enfants sains allaités par leur mère et permettant d'évaluer tous les autres modes d'alimentation en termes de croissance, de santé et de développement. Le groupe de travail recommande que cette nouvelle référence une fois élaborée remplace les courbes existantes dans les carnets de santé.

VII. Prévention et traitement des difficultés de l'allaitement

La plupart des difficultés de l'allaitement maternel peuvent être prévenues et ne doivent pas entraîner un arrêt systématique de l'allaitement.

1. Les douleurs et lésions des mamelons

Une sensibilité douloureuse est souvent inévitable au début de l'allaitement. Les douleurs et lésions des mamelons (rougeur, irritation, crevasse) sont avant tout causées par une mauvaise prise du sein entraînant une friction anormale entre le mamelon et la langue, les gencives, les lèvres ou le palais du nourrisson. Leur prévention repose sur un positionnement correct du nourrisson lors des tétées. L'observation des premières tétées et la correction de la position du nourrisson et de la mère par les professionnels de santé sont recommandées.

Une hygiène quotidienne (douche) est suffisante. Le nettoyage des mamelons avant et/ou après une tétée semble augmenter l'incidence des douleurs des mamelons et complique inutilement l'allaitement.

La persistance de la douleur malgré une prise correcte du sein doit faire évoquer une pathologie, en particulier une mycose. Un examen soigneux des mamelons est recommandé avant de recourir à un traitement.

En cas de lésions du mamelon, l'utilisation de topiques, de protège-mamelon et de coupelles d'allaitement a été insuffisamment évaluée pour être recommandée.

2. L'engorgement mammaire

La congestion mammaire se traduisant par une augmentation de volume et une tension des seins ainsi qu'une sensation de chaleur survenant dans les premiers jours suivant la naissance ne doit pas être confondue avec un engorgement.

L'engorgement physiologique se traduit par un œdème résultant d'une stase capillaire et lymphatique et par une augmentation du volume de lait produit. Il témoigne de l'installation du stade II de la lactogenèse. Il se résout rapidement avec des tétées efficaces.

L'engorgement devient pathologique s'il s'accompagne de fièvre, de frissons, de douleur et d'une gêne à l'écoulement du lait. Il peut évoluer vers une mastite si des mesures rapides ne sont pas prises.

Les mères doivent être prévenues de l'éventualité de la survenue d'un engorgement, il est conseillé de leur apprendre à les prévenir, à identifier les signes d'engorgement et d'y faire face.

La prévention de l'engorgement repose sur des tétées précoces, sans restriction de leur fréquence et de leur durée.

Aucun traitement de l'engorgement n'a fait la preuve de son efficacité hormis l'expression du lait (manuelle ou à l'aide d'un

tire-lait) qui réduit la stase lactée quand l'enfant est incapable de prendre le sein ou tète de façon inefficace. L'expression de lait doit être suivie d'une tétée par le bébé.

Même si le bénéfice d'un traitement symptomatique (application de froid ou de chaud) n'est pas démontré, il peut être utilisé s'il procure un soulagement à la mère.

La restriction hydrique, le bandage des seins aggravent l'inconfort de la mère et ne sont pas recommandés.

3. La lymphangite ou mastite

La mastite (terme utilisé dans les publications internationales) est une inflammation du sein qui peut éventuellement évoluer vers une infection. Les signes cliniques sont habituellement unilatéraux, allant de la simple inflammation localisée d'un segment du sein avec rougeur, douleur et augmentation de la chaleur locale à un aspect beaucoup plus sévère de cellulite avec peau d'orange. Le quadrant supéro-externe du sein est le plus souvent atteint. Ces signes locaux peuvent précéder ou s'associer à des signes généraux (fièvre ou symptômes pseudo-grippaux).

L'engorgement, les crevasses, les lésions du mamelon sont des facteurs de risque de mastite.

Le traitement repose sur :

- la recherche des facteurs favorisants, l'observation d'une tétée et l'évaluation de la pratique de l'allaitement ;

- l'écoulement efficace du lait maternel par la poursuite de l'allaitement en optimisant le drainage du sein (tétées sans restriction de durée et de fréquence) et l'extraction du lait, surtout du côté atteint ; il n'y a aucun risque pour un nourrisson sain. Si la tétée est trop douloureuse, l'expression du lait (manuelle ou avec un tire-lait) est indispensable. Suspendre l'allaitement expose au développement d'un abcès du sein.

Le traitement antibiotique est indiqué en cas de mastite infectieuse (confirmée si possible par une mise en culture du lait et réalisation d'un antibiogramme) ou si les symptômes sont graves d'emblée ou si une lésion du mamelon est visible ou si les symptômes ne s'améliorent pas en 12 à 24 heures. L'antibiotique prescrit sera compatible avec l'allaitement maternel.

Le traitement symptomatique repose sur l'application de chaud ou de froid sur le sein qui peut être utilisée si elle procure un soulagement à la mère et sur le repos.

Les mères doivent être prévenues de l'éventuelle survenue d'une mastite et de la manière d'y faire face. La conduite à tenir en cas de mastite doit leur être expliquée.

4. L'insuffisance de lait

L'incapacité anatomique ou physiologique à produire suffisamment de lait est très rare. Le plus souvent, elle est la conséquence d'une conduite inappropriée de l'allaitement (tétées inefficaces et peu nombreuses) à l'origine d'une diminution du transfert de lait au nourrisson et de la sécrétion lactée.

Dans ce cas, il est proposé d'évaluer la pratique de l'allaitement, de corriger les éventuels problèmes identifiés, d'évaluer une éventuelle stagnation staturo-pondérale du nourrisson et d'apporter des conseils et un soutien visant à restaurer la confiance de la mère dans ses compétences et ses capacités.

Les mères doivent être prévenues de l'éventuelle survenue d'une insuffisance de lait en particulier lors de la reprise du travail et de la manière d'y faire face : augmenter transitoirement la fréquence et la durée des tétées et rechercher le soutien des professionnels de santé ou de bénévoles expérimentés.

VIII. Les pratiques qui encouragent l'allaitement dans sa durée

Toute forme de soutien proposé à la sortie de la maternité diminue le risque d'arrêt de l'allaitement exclusif avant six mois (grade B).

Parmi les stratégies de soutien, le contact individuel, fondé sur des conseils appropriés et des encouragements, avec un professionnel formé au suivi de l'allaitement (en complément de soins habituels après la naissance) apporte un bénéfice supérieur aux contacts répétés par téléphone dans les pays où existe déjà un programme de soutien organisé combinant plusieurs actions (grade B).

Les interventions post-natales associées à un contact avant la naissance n'apportent pas un bénéfice supérieur au soutien post-natal seul (grade B).

Par ailleurs, il faut allonger la durée du congé post-natal, car il favorise la poursuite de l'allaitement maternel.

IX. La reprise des activités quotidiennes

La reprise du travail, des activités ou du sport ne doit pas être un obstacle à la poursuite de l'allaitement. Cette possibilité de concilier reprise d'activités et allaitement doit être envisagée avec chaque mère.

Les mères doivent être informées des différentes modalités de poursuite de l'allaitement : tétée matin et soir, expression et conservation du lait, allaitement partiel, reprise de l'allaitement à la demande pendant les jours de congés ou les temps de fin de semaine et les vacances.

Des mesures comme la réelle application du code du travail (articles L224-1 ; 224-2 ; 224-3 et 224-4 ; articles R224-1 ; 224-2 ; 224-3 ; 224-5 et 224-23) avec la possibilité de pauses prises sur le temps de travail, une réduction journalière du temps de travail ou des horaires de travail souples, des lieux appropriés pour exprimer le lait, l'extension des crèches d'entreprise devraient encourager la poursuite de l'allaitement maternel.

Le recours à des professionnels de santé ou de bénévoles formés au suivi de l'allaitement et la recherche d'un soutien en cas de difficultés sont recommandés.

X. Allaitement et nutrition de la mère

Les principes d'une nutrition saine, variée et équilibrée recommandée durant la grossesse s'appliquent également durant toute la durée de l'allaitement maternel.

Aucune règle alimentaire spécifique n'est justifiée, ni interdit, y compris pour la quantité de boissons.

La caféine diffuse dans le lait maternel. Son métabolisme étant lent chez le nouveau-né, la consommation de café (ou boissons riches en caféine) doit être modérée (2-3 tasses par jour).

La concentration d'alcool dans le lait maternel est voisine de celle du sérum. La consommation d'alcool est donc déconseillée. Si la consommation d'alcool est occasionnelle, elle doit être modérée (un à deux verres).

Les effets bénéfiques de l'allaitement maternel sont largement supérieurs aux éventuels effets des dioxines qui passent dans le lait maternel. Les données existantes montrent que l'exposition du nouveau-né allaité au sein reste inférieure aux valeurs recommandées par l'OMS pour assurer la protection à

long terme de la santé des personnes. Il est conseillé à la mère de réduire sa consommation de matières grasses d'origine animale et d'éviter une perte de poids trop rapide afin de minimiser le risque d'exposition du nourrisson aux dioxines.

XI. Allaitement et médicaments

De nombreux médicaments peuvent être administrés sans risque à une femme qui allaite. Avant de prescrire un traitement, il faut se poser trois questions :

– le symptôme ou la pathologie nécessitent-ils vraiment un traitement ?

– ce traitement est-il, à efficacité équivalente, celui qui présente le moins de risques pour l'enfant allaité ?

– le risque potentiel pour le nourrisson est-il supérieur à l'avantage que lui procure l'allaitement maternel ?

Lorsqu'une conduite à tenir explicite figure dans le Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) du dictionnaire Vidal, (« allaitement possible », « allaitement contre-indiqué »), elle doit être suivie.

Lorsque la conduite à tenir dans le RCP est moins explicite (« allaitement déconseillé », simple mention de données cinétiques ou rubrique non renseignée), la décision d'allaiter ou de poursuivre un allaitement maternel sous traitement doit être le plus souvent prise au cas par cas, en accord avec la mère, après l'avoir informée des risques éventuels. Il faut alors tenir compte de l'activité pharmacologique du médicament et de son profil cinétique ; du profil des effets indésirables du médicament ; de l'âge du nourrisson ; du niveau d'allaitement ; de la possibilité de surveillance et de suivi du nourrisson ; de la compréhension de la mère.

En présence d'un enfant présentant une symptomatologie inexplicquée, il faut penser à demander à la mère si elle prend des médicaments, en veillant à ne pas exclure la possibilité d'une automédication.

Il convient d'être attentif à ne pas oublier les interactions médicamenteuses entre les traitements que l'enfant reçoit par le lait et ceux qu'on lui administre directement ainsi que les médicaments utilisés localement sur le sein.

Les sites Internet de l'AFSSaPS (www.afssaps.sante.fr) (conclusions du groupe de travail « reproduction, grossesse et allaitement » consultables en 2003, toutes les spécialités n'ont pas encore été éva-

luées), de la *Food and Drug Administration* (www.fda.gov) et de l'EMEA à partir du portail de l'*European Pharmaceutical Regulatory Sector* (www.eudra.org), ainsi que la bibliographie des bases de données spécialisées d'accès payant telles que TERIS (*Teratogen Information System* www.depts.washington.edu) et REPROTOX (*Reproductive Toxicology Center* www.reprotox.org) et des ouvrages de référence (comme celui de T. W. Hale, *Medications and mothers'milk*) pourront utilement être consultés.

XII. Allaitement et contraception

Une information sur la fertilité en cours d'allaitement doit être donnée au couple afin de lui permettre de choisir la méthode de régulation des naissances la plus appropriée.

La contraception des femmes qui allaitent est simple et naturelle : c'est la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA). Elle comprend un allaitement complet et exclusif, jour et nuit, et la persistance de l'aménorrhée, pendant les 6 premiers mois, ou, au moins, jusqu'au retour de couches. Le risque de grossesse est nul dans les 3 premiers mois et inférieur à 2 % dans les 6 mois. Son efficacité est comparable aux meilleures méthodes contraceptives.

Si les conditions de la MAMA ne sont pas respectées, ou si la femme le souhaite, il faut conseiller une autre contraception, en soulignant l'absence de risque de grossesse dans les 6 premières semaines du post-partum, date de la consultation post-natale conseillée. (Tableau III)

Les œstro-progestatifs ne sont pas recommandés avant le 6^e mois, car ils pourraient réduire la production de lait.

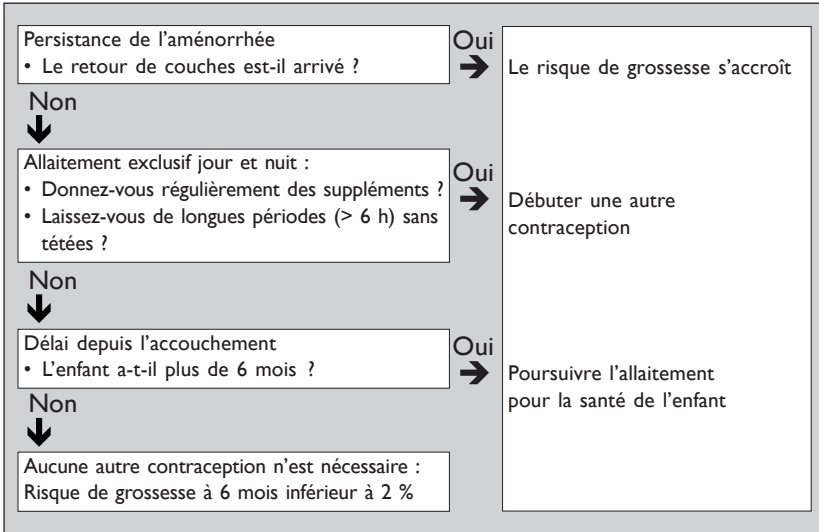
Les microprogestatifs, les progestatifs injectables et les implants progestatifs peuvent être utilisés sans inconvénients ni pour l'allaitement, ni pour le nouveau-né, mais ils ne seront pas utilisés avant la 6^e semaine du post-partum.

La pose d'un dispositif intra-utérin est possible, sans risque particulier, dès la quatrième semaine du post-partum, même en l'absence de retour de couches.

Les préservatifs ou les spermicides peuvent être utilisés en sachant que leur efficacité contraceptive est moindre.

Tableau III

Algorithme de la MAMA : Comment déterminer la nécessité d'une autre contraception pendant l'allaitement d'après Kennedy {Kennedy 1996 629}, Vekemans {Vekemans 1997 610} et Labbok {Labbok 1997 616}



XIII. Conclusion et perspectives de recherche

L'analyse de la littérature utilisée pour ce travail a conduit le groupe de travail à proposer les travaux et les pistes de recherches suivantes :

- les taux d'allaitement maternel sont actuellement ceux mesurés durant le séjour à la maternité ou dans le post-partum immédiat. Il serait souhaitable que l'on puisse disposer de données sur la durée de l'allaitement maternel ;
- les études qui mesurent l'efficacité de diverses interventions sur la pratique de l'allaitement maternel devraient décrire précisément d'une part les modalités de l'intervention et la prise en charge habituelle des populations étudiées et les critères de jugement, en particulier la définition retenue de l'allaitement

maternel, la mesure du taux d'allaitement exclusif et sa durée d'autre part ;

- les pratiques habituelles de surveillance et de soins aux nouveau-nés en salle de naissance devraient être définis pour favoriser un allaitement précoce tout en maintenant les exigences de sécurité pour la mère et l'enfant ;

- les difficultés de l'allaitement (douleurs et lésions du mamelon, engorgement mammaire, mastite) devraient être mieux définies, leur prévention et leur traitement évalués.

Remerciements.

Nous remercions l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé de nous avoir autorisés à reproduire ces recommandations. Le rapport complet sera édité par l'ANAES où on pourra l'acquérir (ANAES – Service communication – 159 rue Nationale – 75640 PARIS CEDEX 13) ou consultable sur le site www.anaes.fr (rubrique *Publications*).