



À propos des données médicales de l'IHAB : Comment utiliser de manière raisonnée les compléments en maternité ?

*Gisèle GREMMO-FEGER,
Pédiatre CHU Brest,
Consultante en lactation IBCLC*

Il est formellement établi que l'allaitement maternel exclusif suffit à satisfaire tous les besoins (eau, calories, succion, réconfort) d'un nouveau-né à terme en bonne santé, si la lactation s'établit dans des délais normaux ; de même il est bien démontré que le recours aux compléments de lait industriel sans indication médicale est associé à une durée d'allaitement plus courte. Pourtant, l'apport de compléments de lait artificiel est une pratique très courante en maternité, souvent sans réelle indication médicale et les professionnels de santé ne sont pas toujours conscients des conséquences négatives de leur utilisation. D'ailleurs peu d'établissements sont en mesure de fournir des données statistiques régulières et suffisamment précises de leurs pratiques d'alimentation des nouveau-nés.

▪ Une condition mal interprétée et souvent difficile à appliquer

La condition N° 6 de l'IHAB « Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale » est une des conditions les plus difficiles à appliquer et à maintenir (1-3). Une enquête réalisée en 1999 auprès des 28 *maternités suisses labellisées* entre 1995 et 1999

montrait que 97 % des nouveau-nés étaient allaités mais que seuls 38% d'entre eux l'étaient exclusivement au cours de leur séjour en maternité, et ce dans des proportions variant de 8 à 85 % selon les établissements (3).

Même si des compléments sont maintenant beaucoup moins souvent donnés de façon systématique en maternité, de nombreuses « raisons » sont encore invoquées pour en justifier l'usage : perte de poids jugée excessive, peur de l'hypoglycémie et de l'insuffisance d'apports, tétées considérées comme trop espacées, fatigue maternelle et surtout difficultés à gérer les pleurs des bébés, les angoisses des mères, et ce en particulier la nuit. Pourtant, les risques attribués à la pratique d'un allaitement exclusif ne sont pas démontrés. L'évaluation dans une maternité norvégienne de l'abandon du recours systématique à des compléments (eau ou substituts) n'a pas montré d'augmentation de l'incidence d'hypoglycémie (aucun cas confirmé) ou d'ictères nécessitant de la photothérapie (4) ; la perte de poids était légèrement plus importante (6.4% versus 4.6%) mais le poids de naissance était rattrapé plus vite. Une étude polonaise a mis en évidence une probabilité de rattrapage du poids de naissance à la sortie presque 2 fois plus grande pour les enfants du groupe ayant bénéficié d'un allaitement exclusif à la demande favorisé par la proximité mère-enfant comparativement à ceux ne bénéficiant pas d'un environnement favorable à l'allaitement (5).

▪ L'utilisation de compléments de lait industriel est associée à un sevrage plus précoce

La majorité des études (revues dans 6 et 7) met en évidence une association négative significative entre utilisation de compléments et durée d'allaitement total et exclusif. Une étude suédoise récente (8) retrouve un pourcentage de don de compléments pendant la première semaine de vie de 22,2 % en cas de primiparité et de 18,7% en cas de multiparité (différence non

significative). Le suivi des taux d'allaitement montre que les durées d'allaitement total et exclusif sont significativement plus courtes en cas de compléments donnés sans indication médicale comparativement à l'absence de compléments ou de compléments médicalement indiqués ($P < .001$) et ce que les mères soient primipares ou multipares.

Même si l'usage de compléments est fortement associé à un sevrage plus précoce, il n'en est pas nécessairement toujours la cause directe. C'est généralement un marqueur de difficultés de démarrage de l'allaitement ou d'une faible motivation maternelle. Comme c'est un facteur de risque d'échec d'allaitement, il doit être pris en compte et justifie une surveillance accrue après la sortie de maternité.

▪ **Autres conséquences possibles de l'utilisation de compléments**

L'apport de compléments est préjudiciable à la mise en route et à la poursuite de l'allaitement à plus d'un titre : diminution de la fréquence des tétées et donc interférence avec le système de l'offre et de la demande avec baisse de la production de lait ; risque de stase lactée, d'engorgement et donc aussi de baisse de la production de lait ; interférence possible avec l'apprentissage de la succion au sein ; perturbation des mécanismes d'adaptation métabolique et notamment de la capacité à produire des substrats énergétiques alternatifs ; risque allergique et risque infectieux secondaire aux modifications de la flore intestinale, mais aussi et surtout, perte de confiance de la mère dans sa capacité à allaiter en particulier en cas d'utilisation de compléments en l'absence d'indications médicales et notamment en cas de pleurs ou d'agitation (6,7, 8).

▪ **Bases physiologiques servant de pré requis à une utilisation raisonnée des compléments en maternité**

Une meilleure connaissance des mécanismes de l'adaptation métabolique néonatale de l'enfant allaité et des besoins, rythmes et comportements du nouveau-né permet d'utiliser de manière raisonnée les compléments en maternité. Les éléments les plus importants sont les suivants :

○ le nouveau-né à terme de poids normal est parfaitement équipé pour que dans des conditions

physiologiques la transition à la vie extra-utérine se passe bien ; il a de grandes quantités d'eau extracellulaire, des réserves (glycogène hépatique, et surtout beaucoup de tissu adipeux) et des mécanismes de production de glucose et de substrats énergétiques « alternatifs » (glycogénolyse, lipolyse et néoglucogenèse qui représente de 30 à 70 % de l'énergie disponible) ; son cerveau a la capacité d'utiliser des corps cétoniques en grande quantité (9-12) ;

○ la néoglucogenèse est inhibée par l'apport de sucre [lait artificiel, eau sucrée] qui déclenche une insulinosécrétion ;

○ l'alimentation au lait maternel favorise la réponse cétoogénique (9-12) ;

○ les substrats énergétiques alternatifs sont indécélables par la seule mesure du dextro ou de la glycémie ; des niveaux bas de glycémie sont fréquents chez des nouveau-nés allaités bien portants pendant les 24-48 premières heures mais ils ont un taux élevé de corps cétoniques permettant de couvrir jusqu'à deux tiers de leurs besoins énergétiques ; chez les nouveau-nés à terme en bonne santé, la survenue d'hypoglycémie n'est pas la conséquence d'apports alimentaires insuffisants, et ils n'ont besoin ni de contrôle systématique de leur glycémie, ni de complément d'eau ou de substitut de lait (6,15) ;

○ il n'existe pas de données validées permettant d'indiquer une limite de perte de poids à partir de laquelle l'apport de compléments est justifié (6,7). Une perte de poids inférieure à 10 % est généralement considérée comme acceptable bien que cela ne repose sur aucune base physiologique ; la perte de poids attendue d'un nouveau-né en allaitement exclusif est en moyenne de 5 à 6 % (13-14) ; Plusieurs auteurs et des recommandations d'experts précisent que la perte de poids ne doit pas dépasser 7 à 8 % (15,16). Quelque que soit le seuil considéré, ce critère *utilisé seul* est insuffisant pour décider de la nécessité ou non d'apporter des compléments ;

○ il n'existe pas non plus de données validées permettant de définir un intervalle maximum entre deux tétées à partir duquel l'apport de compléments est justifié ; même s'il existe une grande variabilité interindividuelle dans les intervalles de temps entre les tétées, surtout les premiers jours, rien n'indique que des tétées espacées puissent avoir un effet délétère sur des nouveau-nés bien portants, en neutralité

thermique et allaités à chaque fois qu'ils montrent qu'ils sont prêts à téter (6,7,16) ;

- les tétées sont fréquentes et irrégulières et particulièrement rapprochées en fin de journée et première partie de nuit, périodes qui coïncident avec beaucoup d'éveils chez les nouveau-nés (17) ; ceux-ci ne pleurent pas uniquement parce qu'ils ont faim mais surtout parce qu'ils ont besoin de proximité physique pour se sentir en sécurité (18) ;

- la quantité de lait consommée est très faible au démarrage, elle est *en moyenne* par tétée de 7,5 ml pendant les 24 premières heures et de 38 ml au 3^e jour de vie. Pendant cette période, les nouveau-nés ont davantage besoin d'une protection immunitaire que d'un apport nutritionnel (19).

▪ Indications médicales de compléments

Dans un petit nombre de situations il peut y avoir des indications à donner des compléments :

- Certaines sont liées à la mère : pathologie maternelle contre-indiquant l'allaitement (rares médicaments ou maladies infectieuses), insuffisance de lait documentée (anomalies anatomiques, chirurgie mammaire), retard à l'établissement de la lactation ou encore tétées extrêmement douloureuses ;

- Certaines sont liées à l'enfant : hypoglycémie sévère documentée, perte de poids associée à des signes de déshydratation et/ou un ictère.

Dans les situations suivantes *il n'y a au contraire pas d'indication médicale* à donner des compléments :

- Faible nombre de tétées au cours des 24-48 premières heures chez un nouveau-né à terme en bonne santé et sans facteur de risque ;

- Perte de poids > 7-10 % chez un nouveau-né ni déshydraté, ni ictérique, qui tète bien et dont la mère présente des signes d'établissement de la lactation ;

- Compléments *systématiques* chez les nouveau-nés à *risque* d'hypoglycémie ;

- Agitation, pleurs, tétées rapprochées chez un nouveau-né à terme en bonne santé qui s'apaise quand il tète.

Il est possible qu'une mère souhaite donner un complément même en l'absence de raison

médicalement acceptable. Au préalable, les membres du personnel veilleront à ce que cette mère soit encouragée à allaiter exclusivement et qu'elle ait bien toutes les informations nécessaires à une prise de décision éclairée.

▪ Comment poser l'indication de compléments

Chaque service devrait disposer d'un protocole d'indications médicales de compléments en accord avec les données scientifiques et faisant l'objet d'un consensus entre les médecins responsables.

Quoiqu'il en soit, dans chaque situation où un ou des compléments semblent nécessaires, une *évaluation individualisée* doit être faite au préalable en prenant en compte :

- l'enfant : état général, éventuels facteurs de risque, pathologie ou ictère, poids de naissance, poids actuel et cinétique de la perte de poids, état des dépenses énergétiques

- la mère : état des seins et de la lactation, éventuels facteurs de risque de retard de montée de lait, éventuelle pathologie

- les signes témoignant de l'efficacité ou non du transfert de lait : observation des tétées, quantité d'urines, aspect et quantité des selles et recherche de signes ocytociques chez la mère.

Cette évaluation vise également à distinguer les situations où la production de lait est possiblement insuffisante par rapport aux besoins de l'enfant de celles où l'enfant n'a pas la capacité à prendre le lait disponible, en sachant que ces situations sont parfois intriquées, mais qu'elles font l'objet de prises en charge différentes.

Toute utilisation de complément sera notée dans le dossier individuel en précisant sa nature, l'indication -médicale ou non-, le nombre de compléments donnés et les quantités reçues ainsi que leur mode d'administration.

▪ Comment limiter l'utilisation des compléments en maternité

La limitation des dépenses d'énergie et le recueil de lait maternel permettent de restreindre le recours aux compléments de lait artificiel.

On peut éviter les pleurs, l'agitation et surtout l'hypothermie en encourageant la proximité physique et le contact en peau à peau dès la naissance, en limitant les soins (examens, bains) au strict nécessaire et en les programmant dans le respect du rythme des nouveau-nés.

Il est également souvent possible de recueillir du lait maternel et de le donner à l'enfant de préférence à un complément de lait industriel ; juste avant la montée de lait, le colostrum est souvent plus facile à recueillir par expression manuelle ; ce geste simple et très utile doit être enseigné aux mères avant la montée de lait quand le sein est encore souple.

Plusieurs études montrent que le recours aux compléments est souvent associé à des difficultés de démarrage de l'allaitement, celles-ci étant elles-mêmes en lien avec des conditions de naissance non physiologiques (déclenchement, usage de médicaments pendant le travail, travail prolongé, césarienne...) qui ont pour conséquence un comportement non optimal du nouveau-né au sein et un retard de montée de lait qui aggravent la perte de poids et justifient le recours à des compléments (20,21). Ces données soulignent la nécessité de respecter dans la mesure du possible le déroulement physiologique de l'accouchement et de limiter les interventions techniques à leur strict nécessaire. Depuis 2006, l'IHAB prête aussi attention à la qualité des soins et de l'accompagnement offerts aux femmes pendant le travail et l'accouchement, afin que leurs besoins physiques et psychologiques soient respectés (22,23). Certains comités d'attribution réfléchissent aux moyens à mettre en œuvre afin d'intégrer ce critère de qualité supplémentaire à la démarche IHAB (23).

■ **Importance et modalités du recueil des données sur l'alimentation des nouveau-nés en maternité**

L'enquête réalisée auprès des 29 établissements qui étaient labellisés aux USA en 2001 met en évidence la difficulté qu'il y a à obtenir des données précises sur les taux d'allaitement exclusif ; seuls 16 établissements étaient en mesure de fournir des données et les indicateurs utilisés étaient différents d'un centre à l'autre (3). L'étude de Merten en Suisse auprès des maternités labellisées a montré qu'une surveillance continue des taux d'allaitement et des pratiques concernant l'usage des

compléments améliorerait les taux d'allaitement exclusif (2).

Si le suivi d'un certain nombre d'indicateurs est indispensable pour l'obtention du label IHAB, c'est aussi un outil d'évaluation de la qualité des pratiques hospitalières. Comme pour la majorité des autres critères, il est demandé de respecter cette condition à 80% ce qui signifie qu'au moins 80% des nouveau-nés allaités n'ont reçu rien d'autre que du lait maternel ou que s'ils ont reçu autre chose c'est pour une raison médicale acceptable qui doit être renseignée ou parce que la mère l'avait explicitement demandé après avoir été bien informée.

Les informations minimales qui devront être portés à la connaissance de l'équipe d'évaluateurs sont le :

1. nombre d'enfants exclusivement allaités de la naissance à la sortie
2. nombre d'enfants allaités ayant reçu autre chose que du lait maternel sur indication médicale justifiée de la naissance à la sortie
3. nombre d'enfants allaités ayant reçu autre chose que du lait maternel en l'absence d'indication médicale justifiée de la naissance à la sortie
4. nombre d'enfants nourris à base de substituts du lait maternel (les nouveau-nés n'ayant eu qu'une tétée en salle de naissance et les arrêts d'allaitement sont comptés dans cette catégorie)
5. nombre d'enfants allaités ayant reçu du lait maternel ou un complément à l'aide d'un biberon

Rappelons que l'apport de lait maternel tiré ou exprimé n'est pas considéré comme un complément.

Certaines informations complémentaires sont intéressantes à prendre en compte car elles permettent d'affiner les données : éventuelles contre-indications à l'allaitement maternel (catégorie 4), nombre de nouveau-nés d'âge gestationnel inférieur à 37 semaines, nombre de nouveau-nés transférés, mode d'administration des compléments utilisés etc.

L'ensemble des données recueillies peut être intégrée à un système d'informatisation afin d'en faciliter l'exploitation périodique (23).

▪ Références

1. Philipp BL, Malone KL, Cimo S, Merewood A. Sustained breastfeeding rates at a US baby-friendly hospital. *Pediatrics*. 2003 ; 112:e234-6.
2. Merten S, Ackermann-Liebrich U. Exclusive breastfeeding rates and associated factors in Swiss baby-friendly-hospitals. *J Hum Lact*. 2004; 20:9-17.
3. Merewood A, Supriya DM, Chamberlain LB, Philipp BL, Bauchner H.: «Breastfeeding Rates in US Baby-Friendly Hospitals: Results of a National Survey». *Pediatrics* 2005; 116:628-634.
4. Nylander G, Lindemann R, Helsing E, Bendvold E. Unsupplemented breastfeeding in the maternity ward. Positive long-term effects. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1991; 70:205-9.
5. Mikiel-Kostyra K, Mazur J. Hospital policies and their influence on newborn body weight. *Acta Paediatr* 1999;88:72-5.
6. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Allaitement maternel, mise en oeuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. Paris: ANAES; 2002.
7. 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. London: The Stationery Office; 2000.
8. Ekstrom A, Widstrom AM, Nissen E. Duration of breastfeeding in Swedish primiparous and multiparous women. *J Hum Lact*. 2003;19:172-8.
9. Hawdon JM, Ward Platt MP, Aynsley-Green A. Patterns of metabolic adaptation for preterm and term neonates in the first postnatal week. *Arch Dis Child* 1992; 67:357-365.
10. World Health Organization X. Hypoglycaemia of the newborn: review of the literature. Geneva: WHO; 1997.
11. Cornblath M, Hawdon JM, Williams AF, Aynsley-Green A, Ward-Platt MP et al. Controversies regarding definition of neonatal hypoglycemia: suggested operational thresholds. *Pediatrics* 2000;105:1141-5.
12. Ward Platt M, Deshpande S. Metabolic adaptation at birth. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2005; 10:351-61.
13. Marchini G, Stock S. Thirst and vasopressin secretion counteract dehydration in newborn infants. *J Pediatr* 1997;130:736-9.
14. Rodriguez G, Ventura P, Samper MP, Moreno L, Sarria A, Perez-Gonzalez JM. Changes in body composition during the initial hours of life in breast-fed healthy term newborns. *Biol Neonate* 2000;77:12-6.
15. International Lactation Consultation Association. Clinical guidelines for the establishment of exclusive breastfeeding. Raleigh (NC): ILCA; 2005.
16. Haute autorité de santé. Favoriser l'allaitement maternel : Processus et évaluation. HAS 2006.
17. Benson S. What is normal? A study of normal breastfeeding dyads during the first sixty hours of life. *Breastfeed rev*. 2001;9:27-32.
18. Christensson K. Separation distress call in the human neonate in the absence of maternal body contact. *Acta Paediatr*. 1995;84:468-73.
19. Hartmann P. Régulation de la synthèse du lait chez les femmes. Quatrième Journée Internationale de l'Allaitement. Dossiers de l'Allaitement 2000; Hors-série: 12-8.
20. Dewey KG, Nommsen-Rivers LA, Heinig MJ, et al. Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss. *Pediatrics* 2003; 112:607-19.
21. Michel MP, Gremmo-Féger G. Étude pilote des difficultés de mise en place de l'allaitement maternel des nouveau-nés à terme, en maternité : incidence et facteurs de risque. *Arch Ped* 2007 ; 14 : 454-60.
22. UNICEF, OMS : Déclaration conjointe de l'OMS/UNICEF (1989) : "*Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel - Le rôle spécial des services liés à la maternité*" et "*Mise à jour et extension des lignes directrices IHAB pour des soins intégrés* ", janvier 2006 (http://www.unicef.org/nutrition/index_24850.html).
23. Coordination IHAB-BFHI du Comité fédéral de l'allaitement maternel. Comment obtenir le label « Hôpital Ami des Bébé » en Belgique ? Guide pratique pour la mise en oeuvre des Dix Conditions et l'obtention du label. 2^{ème} édition. Décembre 2006