

Protocoles de l'Academy of Breastfeeding Medicine

Protocole clinique n°14 Le cabinet médical Ami de l'Allaitement, partie n° 1 : Optimiser les soins aux nourrissons et aux jeunes enfants.

L'un des principaux objectifs de l'Academy of Breastfeeding Medicine est le développement de protocoles cliniques portant sur le suivi de problèmes médicaux courants susceptibles d'avoir un impact sur le succès de l'allaitement. Ces protocoles sont destinés uniquement à servir de recommandations pour le suivi des mères allaitantes et de leurs enfants et ne constituent pas un mode exclusif de traitement ou un standard pour les soins médicaux. Des variations dans le traitement pourront être appropriées en fonction des besoins d'un patient particulier.

DEFINITIONS

Cabinet médical AMI DE L'ALLAITEMENT : un cabinet médical qui est totalement impliqué dans la promotion, le soutien et la protection de l'allaitement, par le biais d'un environnement chaleureux au cabinet et d'une information des professionnels de santé et des familles.

Substituts du lait maternel : lait industriel, eau glucosée.

INTRODUCTION

La décision prénatale d'allaiter est grandement influencée par l'opinion et le soutien des professionnels de santé.^{1,2} Un soutien continu des parents par le biais de visites personnelles et de contacts téléphoniques avec les professionnels de santé a pour résultat une augmentation de la durée de l'allaitement³. Les professionnels de santé travaillant dans le secteur pédiatrique sont dans une position unique pour contribuer à la mise en route et à la poursuite du soutien de la dyade pendant l'allaitement^{4,5}. Les cabinets médicaux où travaille un professionnel de santé expérimenté en matière de lactation ont un taux significativement de démarrage et de poursuite de l'allaitement, avec des mères qui souffrent moins souvent de problèmes en rapport avec l'allaitement^{6,7}. L'Initiative Hôpital Ami des Bébé de l'Organisation Mondiale de la Santé décrit

10 Conditions pour le Succès de l'Allaitement.⁸ Ces 10 Conditions se fondent sur les données scientifiques et sur l'expérience des autorités en la matière. Le fondement scientifique de la plupart de ces recommandations peut être étendu aux patients vus en ambulatoire.^{5,9} Mettre en route des changements progressifs pour améliorer le soutien à l'allaitement est utile car il existe une relation dose-dépendante entre le nombre de Conditions respectées et les résultats en matière d'allaitement.¹⁰

Etablir un règlement écrit, ami de l'allaitement, pour le cabinet médical.⁸ Collaborer avec les collègues et les autres personnes qui travaillent dans le cabinet pendant la mise en œuvre de ce règlement. Informer tous les nouveaux collaborateurs de l'existence de ce règlement. Donner des copies du règlement de votre cabinet médical aux hôpitaux et aux autres médecins travaillant avec vous.

Encourager les mères allaitantes à ne donner que leur lait à leur nourrisson et à éviter de donner des compléments de lait industriel ou d'eau glucosée sauf en cas d'indication médicale.¹¹ Recommander aux mères de pas proposer de biberons ou de sucettes jusqu'à ce que l'allaitement soit bien lancé.¹²

Offrir des soins compétents en tenant compte de la culture et de l'origine ethnique des mères.¹¹ Comprendre que les familles peuvent suivre des pratiques culturelles concernant la consommation du colostrum par l'enfant et l'alimentation maternelle

pendant l'allaitement. Permettre l'accès à une équipe plurilinguiste, à des interprètes, ainsi qu'à du matériel d'information adapté aux différents groupes ethniques.

Proposer une visite prénatale et montrer votre engagement vis-à-vis de l'allaitement pendant cette visite.¹³ Si vous suivez une mère dès le début de sa grossesse, aborder le sujet de l'allaitement dès le premier trimestre et continuez à montrer que vous soutenez l'allaitement pendant toute la durée de la grossesse. Informez-vous de ce que prévoit la mère pour l'alimentation de son enfant et voyez si elle a une éventuelle expérience antérieure d'allaitement. Procurer à la future mère du matériel d'information qui souligne les diverses façons dont l'allaitement est supérieur à l'alimentation avec un lait industriel. Veiller également à informer et à distribuer du matériel éducatif à tous les membres de la famille pouvant être impliqués dans les soins à l'enfant (père, grands-parents, etc.)^{1,11,14} Encourager la participation des deux parents à des sessions prénatales d'information sur l'allaitement avant que les parents décident de l'alimentation de leur enfant. Identifier les patientes à risque de problème d'allaitement (par exemple mamelons plats ou rétractés, antécédents de chirurgie mammaire, absence d'augmentation de volume des seins pendant la grossesse, échec de l'expérience antérieure d'allaitement).

Collaborer avec les hôpitaux locaux et les professionnels de santé travaillant en maternité.¹¹ Faire parvenir aux services maternité et aux services pédiatriques le règlement de votre cabinet médical sur l'allaitement. Donner des instructions à l'hôpital pour qu'on ne donne ni lait industriel / eau stérile / eau glucosée au bébé sans une ordonnance médicale, et que ne soient pas distribués au mère des paquets cadeau commerciaux contenant du lait industriel et/ou des biberons.^{15, 16} Montrer votre soutien à l'allaitement pendant vos visites à l'hôpital. Faciliter le démarrage de l'allaitement dans la première heure qui suit la naissance. Aider la mère à démarrer et à poursuivre l'allaitement. Conseiller à la mère de repérer les signaux de faim et de satiété de l'enfant et s'assurer que les nourrissons tètent 8 à 12 fois par jour. Encourager la cohabitation et l'allaitement à la demande.

Prévoir une première visite de suivi pour le nourrisson 48 à 72 heures après la sortie de maternité*, ou plus tôt en cas de problème d'allaitement, tel qu'une perte excessive de poids (>

* Dans les cultures ou les situations médicales dans lesquelles la dyade est restée hospitalisée suffisamment longtemps pour que le gain de poids et la confiance en eux des parents soient établis avant la sortie de l'hôpital, ce suivi pourra être repoussé jusqu'à la première visite de routine du nourrisson, à 1 ou 2 semaines, si ce délai est approprié par ailleurs.

7%) ou un ictère au moment de la sortie de maternité.^{11,13,17} Permettre l'accès à une conseillère / consultante en lactation ou à tout autre professionnel de santé compétent pour répondre aux questions et problèmes concernant l'allaitement pendant cette visite. Veiller à ce qu'un siège confortable et un coussin d'allaitement soient disponibles pour la dyade mère-enfant et pour faciliter une évaluation adéquate. Evaluer la mise au sein et l'efficacité de l'allaitement lors de cette première visite de suivi. Identifier les facteurs de risque et évaluer le poids de l'enfant, son état d'hydratation, l'ictère, le nombre des tétées, les selles et les urines. Apporter une aide médicale aux mères qui ont des mamelons douloureux, ou tout problème de santé pouvant avoir un impact sur l'allaitement. Commencer par poser aux parents des questions ouvertes, puis se centrer sur leurs soucis. Prendre le temps de répondre à toutes les questions que la mère pourra avoir envie de poser, en particulier si c'est sa première expérience d'allaitement. Assurer un suivi étroit jusqu'à ce que l'enfant se porte bien, prenne du poids de façon satisfaisante et que les parents se sentent en confiance.

S'assurer de la disponibilité de matériel éducatif approprié pour les parents. Le matériel éducatif ne devrait pas être commercial, et ne devrait pas comporter de publicité pour les substituts du lait maternel, les biberons ou les tétines.¹⁸ Ce matériel éducatif peut prendre la forme de feuillets, d'aides visuelles, de livres et de cassettes vidéo. Les sujets recommandés pour ce matériel éducatif sont la croissance de l'enfant, l'alimentation et le rythme de sommeil des bébés allaités ; la gestion des poussées de croissance ; la reconnaissance des signes de faim et de satiété ; la position du bébé au sein et la prise du sein ; la gestion des problèmes de mamelons douloureux ; les mastites ; la production lactée insuffisante ; les canaux lactifères bouchés ; l'engorgement ; le reflux ; les urines et les selles normales et leur fréquence ; le maintien de la production lactée lorsque la mère est séparée de son bébé (par exemple en cas de maladie, de prématurité, de reprise du travail) ; la dépression du post-partum ; la prise de médicaments par la mère ; et la survenue d'une maladie chez la mère pendant l'allaitement.

Ne pas interrompre ou décourager les tétées survenant dans le cabinet. Autoriser et encourager l'allaitement dans la salle d'attente. Mettre dans la salle d'attente des panneaux encourageant les mères à allaiter. Créer une zone d'allaitement un peu à l'écart et confortable pour les mères qui préfèrent allaiter dans l'intimité.¹³

Veiller à ce que l'environnement du cabinet illustre la promotion et le soutien à l'allaitement. Ne pas distribuer aux parents du lait de substitution

gratuit et des gadgets pour les bébés provenant de fabricants de lait industriel.¹⁸ Stocker hors de la vue des parents le lait industriel. Disposer des posters, affiches, dessins et photographies de mères allaitantes dans votre cabinet.¹³ Ne pas y mettre d'images montrant des bébés prenant un biberon. Ne pas accepter les cadeaux (ce qui inclut les stylos, sous-mains ou calendriers) ou les cadeaux personnels provenant de fabricants de lait industriel, de biberons ou de tétines. Le matériel pédagogique ciblera spécifiquement les populations où la prévalence de l'allaitement est basse.

Créer et utiliser un protocole téléphonique pour la gestion des questions et problèmes d'allaitement.¹³ Effectuer un suivi téléphonique pour aider les mères allaitantes. Fournir des ressources immédiatement accessibles, comme des livres et des protocoles aux infirmières qui se chargent de ce suivi.

A chaque visite, féliciter les mères pour avoir choisi et de continuer d'allaiter. Donner de l'information, par avance, à l'occasion de toutes les visites de routine. Encourager les pères des nourrissons à accompagner la mère et le bébé aux visites médicales.^{14,19}

Encourager les mères à allaiter exclusivement pendant 6 mois, et à poursuivre l'allaitement avec d'autres aliments en complément jusqu'à au moins 24 mois et, par la suite, pendant aussi longtemps que souhaité mutuellement.²⁰ Discuter de l'introduction des solides à 6 mois, en soulignant le besoin d'aliments riches en fer, et évaluer le besoin d'une supplémentation en vitamine D.¹¹

Etre un exemple pour vos patients et votre communauté. Avoir un règlement écrit, et procurer une salle d'allaitement et le matériel nécessaire à vos employées qui allaitent ou poursuivent l'allaitement au travail.

Se procurer ou tenir à jour une liste des ressources disponible dans la communauté (par exemple les endroits où l'on peut louer un tire-lait) et savoir comment leur adresser les patients. Adresser les futurs et nouveaux parents aux groupes locaux de soutien et d'information. Identifier les spécialistes locaux en matière d'allaitement, connaître leurs compétences et leur formation et développer avec eux des relations de travail si un soutien plus poussé est nécessaire. Soutenir les groupes locaux d'aide à l'allaitement.²¹

Travailler avec les mutuelles afin de les encourager à prendre en charge la location des tire-lait et le coût des divers services de soutien à

l'allaitement.¹¹ Déterminer un tarif de facturation du soutien à l'allaitement.²²

Encourager les employeurs et les crèches de votre communauté à soutenir l'allaitement.^{11,23} Le site Internet suivant fournit des outils pour aider à motiver et à guider les employeurs à mettre en œuvre un soutien à l'allaitement sur le lieu de travail²⁴ : www.hmhbwa.org/for-prof/materials/BCW_packet.htm .

Tous les praticiens devraient recevoir une formation en matière d'allaitement.^{13,25} Les domaines sur lesquels devrait porter cette formation incluent les bénéfices de l'allaitement, la physiologie de la lactation, la gestion des problèmes courants d'allaitement et les contre-indications médicales à l'allaitement. Concevoir des outils éducatifs rapidement consultables par les professionnels de santé travaillant dans votre cabinet (livres, protocoles, etc.). La formation initiale et continue de l'équipe devrait être effectuée en présence de toute l'équipe du cabinet, des infirmières et de tous les assistants médicaux. Repérer parmi votre personnel une ou plusieurs personnes qui pourraient être des ressources en matière d'allaitement. Envisager la possibilité d'employer une consultante en lactation ou une infirmière formée à l'allaitement.^{6,7}

Proposer aux étudiants en médecine et aux internes de venir faire des stages dans votre cabinet.^{25,26} Encourager la mise en œuvre d'une formation officielle en matière d'allaitement pour les futurs professionnels de santé et pour ceux en exercice.

Suivre le taux d'allaitement et sa durée dans votre clientèle et vous renseigner sur le taux d'allaitement dans votre communauté.

RECOMMANDATIONS POUR DE FUTURES RECHERCHES

Il n'existe actuellement aucune étude démontrant l'efficacité d'interventions spécifiques d'information sur l'allaitement (comme par exemple la distribution de feuillets, le conseil par le principal responsable du suivi médical, le soutien par des réunions, le conseil par une infirmière) à l'occasion des visites pédiatrique préventives.

Davantage d'études sont nécessaires sur les pratiques spécifiques aux cabinets médicaux et leur impact sur l'allaitement, que ce soit sur sa durée, son caractère exclusif et son maintien.

Plus d'études seraient utiles sur l'efficacité à court et à long terme des programmes de formation à l'allaitement destinés aux professionnels de santé.

Des recherches seraient nécessaires sur les difficultés spécifiques au soutien des femmes en ambulatoire.

Des études seraient nécessaires sur le rapport coût/efficacité des étapes nécessaires pour rendre une consultation médicale amie de l'allaitement.

REMERCIEMENTS

Ce travail a été financé en partie par une subvention du Maternal and Child Health Bureau, Département Américain de la Santé et des Services Humains.

RÉFÉRENCES

1. Bentley M, Caulfield L, Gross S, et al. Sources of influence on intention to breastfeed among African-American women at entry to WIC. *J Hum Lact* 1999; 15(1):27–34.
2. Lu M. Provider encouragement of breastfeeding: Evidence from a national survey. *Obstet Gynecol* 2001; 97:290–295.
3. U.S. Preventative Services Task Force. *Behavioral Interventions to Promote Breastfeeding: Recommendations and Rationale*. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD, 2003.
4. Sikorski J, Renfrew M, Pindoria S, Wade A. Support for breastfeeding mothers: A systematic review. *Paediatr Perinatal Epidemiol* 2003;17(4):407–417.
5. de Oliveira M, Camacho L, Tedstone A. A method for the evaluation of primary health care units' practice in the promotion, protection, and support of breastfeeding: Results from the state of Rio de Janeiro, Brazil. *J Hum Lact* 2003;19(4):365–373.
6. Lawlor-Smith C, McIntyre E, Bruce J. Effective breastfeeding support in a general practice. *Aust Fam Physician* 1997;26(5):573–575, 578–580.

7. Jones D, West R. Effect of a lactation nurse on the success of breast-feeding: A randomized controlled trial. *J Epidemiol Commun Health* 1986;40(1):45–49.
8. UNICEF Breastfeeding Initiatives Exchange. The Baby Friendly Hospital Initiative. Accessed Nov. 24, 2005. Available at: www.unicef.org/programme/breastfeeding
9. Shariff F, Levitt C, Kaczorowski J, et al. Workshop to implement the baby-friendly office initiative. Effect on community physicians' offices. *Can Fam Physician* 2000;46:1090–1097.
10. DiGirolamo A, Grummer-Strawn L, Fein S. Maternity care practices: Implications for breastfeeding. *Birth* 2001;28(2):94–100.
11. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005;115(2):496–506.
12. Howard C, Howard F, Lanphear B, et al. Randomized clinical trial of pacifier use and bottle-feeding or cup feeding and their effect on breastfeeding. *Pediatrics* 2003;111(3):511–518.
13. Section on Breastfeeding. *Ten Steps to Support Parents' Choice to Breastfeed Their Baby*. American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village, IL, 2003.
14. Ingram J, Johnson D. A feasibility study of an intervention to enhance family support for breast feeding in a deprived area in Bristol, UK. *Midwifery* 2004;20(4): 367–379.
15. Donnelly A, Snowden H, Renfrew M, Woolridge M. Commercial hospital discharge packs for breastfeeding women. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;2:CD002075.
16. Snell B, Krantz M, Keeton R, et al. The association of formula samples given at hospital discharge with the early duration of breastfeeding. *J Hum Lact* 1992;8(2):67–72.
17. American Academy of Pediatrics Subcommittee on Hyperbilirubinemia. Management of Hyperbilirubinemia in the Newborn Infant 35 or more weeks of gestation. *Pediatrics* 2004;114:297–316.
18. Howard C, Howard F, Lawrence R, et al. Office prenatal formula advertising and its effect on breastfeeding patterns. *Obstet Gynecol* 2000;95(2):296–303.
19. Wolfberg A, Michels K, Shields W, et al. Dads as breastfeeding advocates: Results from a randomized controlled trial of an educational intervention. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191(3):708–712.
20. World Health Assembly. The global strategy for infant and young child feeding. World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2003. Accessed May 13, 2006. Available at www.who.int/nutrition/publications/gi_infant_feeding_text_eng.pdf.
21. Grummer-Strawn L, Rice S, Dugas K, et al. An evaluation of breastfeeding promotion through peer counseling in Mississippi WIC clinics. *Matern Child Health J* 1997;1(1):35–42.
22. American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding and Committee on Coding and Nomenclature. *Supporting Breastfeeding and Lactation: The Primary Care Pediatrician's Guide to Getting Paid*. Accessed February 9, 2006. Available at: www.aap.org/breastfeeding/PDF/coding.pdf
23. Ortiz J, McGilligan K, Kelly P. Duration of breast milk expression among working mothers enrolled in an

employer-sponsored lactation program. *Pediatr Nurs* 2004;30(2):111–119.

24. Healthy Mothers Healthy Babies Coalition of Washington State. *Working and Breastfeeding*. Accessed Nov. 24, 2005.

Available at:

www.hmhbwa.org/forprof/materials/BCW_packet.htm

25. Freed G, Clark S, Sorenson J, et al. National Assessment of physicians' breast-feeding knowledge, attitudes, training, and experience. *JAMA* 1995;273(6):472–476.

26. Hillenbrand K, Larsen P. Effect of an educational intervention about breastfeeding on the knowledge, confidence, and behaviors of pediatric resident physicians. *Pediatrics* 2002;110(5):e59.

Comité pour les protocoles

Caroline J. Chantry, M.D., Co-Chairperson

Cynthia R. Howard, M.D., M.P.H., Co-Chairperson

Ruth A. Lawrence, M.D.

Nancy G. Powers, M.D.

Contributeur

Ulfat Shaikh, M.D., M.P.H.

University of California Davis Medical Center

Sacramento, CA