



FACTEURS EN RAPPORT AVEC LA SANTE MATERNELLE ET INFANTILE
AYANT UNE INCIDENCE SUR L'ALLAITEMENT AU SEIN

par le

Dr M. Behar^a

Parce qu'un apport suffisant d'éléments nutritifs est plus important pendant la petite enfance qu'à tout autre moment de la vie, la protection et la promotion de l'allaitement maternel sont une contribution essentielle à la croissance et au développement sains des nourrissons et des jeunes enfants. Toutefois, il existe un certain nombre de situations, relativement rares heureusement, où les nourrissons ne peuvent ou ne doivent pas être allaités. Le présent document examine les situations où l'allaitement maternel n'est pas possible, ou est même contre-indiqué pour des raisons qui tiennent à la santé de la mère et de l'enfant, et où des substituts du lait maternel risquent donc d'être nécessaires pendant des périodes prolongées. Il passe également en revue un certain nombre de situations que l'on considère généralement comme des obstacles à l'allaitement maternel, mais qui n'en sont généralement pas. Dans un cas comme dans l'autre, ces situations ont des incidences non négligeables sur la politique sanitaire et nutritionnelle, tant du point de vue de l'information, de l'éducation et de la formation concernant l'alimentation et la nutrition du nourrisson et du jeune enfant que de l'organisation et du bon fonctionnement des services de santé et des services de protection sociale connexes concernés.

Sommaire

	<u>Pages</u>
Introduction	2
Situations liées à la santé du nourrisson	2
Situations liées à la santé de la mère	5
Situations qui, normalement, ne doivent pas être considérées comme des contre- indications à l'allaitement maternel	7
En ce qui concerne le nourrisson	7
En ce qui concerne la mère	8
Conclusion	13
Références	14

^a Consultant OMS, ancien chef du service de Nutrition, Organisation mondiale de la Santé, Genève (Suisse).

INTRODUCTION

1. Un apport suffisant en éléments nutritifs est plus important pendant la petite enfance qu'à tout autre moment de la vie, d'une part en raison des besoins nutritionnels élevés du nourrisson par rapport à son poids corporel, et d'autre part en raison des conséquences que peut avoir le régime alimentaire pendant les premiers mois de la vie sur la santé et le développement futurs de l'enfant. En outre, le nourrisson est plus sensible, et moins adaptable, que l'enfant plus âgé à des types, formes, proportions et quantités d'aliments différents.
2. L'allaitement au sein est un moyen inégalé de donner aux nourrissons une alimentation complète qui favorise une croissance et un développement sains, et assure une base biologique et affective indispensable à la santé tant de la mère que de l'enfant. En outre, les propriétés anti-infectieuses du lait maternel contribuent à protéger les nourrissons contre la maladie et il existe une relation importante entre l'allaitement maternel et l'espacement des naissances. La protection et la promotion de l'allaitement au sein tiennent donc une place importante parmi les mesures sanitaires, nutritionnelles et autres mesures sociales nécessaires pour favoriser la croissance et le développement sains des nourrissons et des jeunes enfants de même que la santé et le bien-être de leurs mères.
3. Toutefois, il existe un certain nombre de situations, relativement rares heureusement, où les nourrissons ne peuvent ou ne doivent pas être allaités. Le présent document examine les situations où l'allaitement maternel n'est pas possible, où il est même contre-indiqué, pour des raisons liées à la santé des nourrissons et des mères, et où l'emploi de substituts du lait maternel peut donc s'avérer nécessaire pendant des périodes prolongées. On ne s'est pas occupé, dans la présente étude, d'autres situations d'ordre psychosocial ou résultant d'un choix délibéré.
4. Avant tout, il convient de faire la distinction entre les nourrissons à qui l'on ne doit pas donner de lait maternel et les nourrissons qui ne peuvent pas être nourris au sein mais pour qui le lait maternel reste l'aliment de choix. Il existe également une petite minorité de nourrissons qui ne doivent être nourris ni au lait maternel ni à aucune autre préparation à base de lait, et à qui il faut des préparations spéciales. Enfin, il existe un certain nombre de situations que l'on considère généralement comme étant des contre-indications à l'allaitement maternel mais qui en fait n'en sont généralement pas. Elles seront également passées en revue.

SITUATIONS LIEES A LA SANTE DU NOURRISSON

Troubles congénitaux du métabolisme

5. Certains troubles congénitaux et héréditaires du métabolisme, caractérisés par des déficits enzymatiques particuliers, limitent considérablement ou rendent impossible l'utilisation de certains composants du lait. Des troubles graves peuvent apparaître si l'on ne restreint pas, ou si l'on n'élimine pas complètement, les composants en question dans l'alimentation du nourrisson. Trois troubles du métabolisme sont particulièrement intéressants à cet égard : la galactosémie, la phénylcétonurie et la leucïnose.
6. Galactosémie. Cette maladie peut revêtir deux formes principales : l'une se caractérise par un déficit en galactokinase, enzyme nécessaire à la décomposition du galactose, composant du lactose. Si l'on donne du lait maternel, ou toute préparation contenant du lactose, à des nourrissons souffrant de cette maladie, le taux de galactose dans le sang augmente, le sucre apparaît dans les urines et, cliniquement, l'enfant est atteint de cataracte.
7. L'autre forme de la maladie, encore plus grave, est due à un déficit en une autre enzyme nécessaire ensuite au métabolisme du galactose, la galactose-1-phosphate-uridyl-transférase. Le métabolite qui, dans ce cas, s'accumule dans le sang, est encore plus nocif que dans la première forme de la maladie. Les symptômes d'un nourrisson atteint de cette maladie sont la diarrhée, les vomissements, l'hépatomégalie, l'ictère et la splénomégalie. Si le lactose n'est pas éliminé du régime alimentaire, il peut provoquer une cataracte, une cirrhose du foie et une arriération mentale.

8. Le diagnostic de la galactosémie se fait en laboratoire, soit au cours de la période intra-utérine soit immédiatement après la naissance, si l'on a des raisons d'en soupçonner la présence. Etant donné qu'il faut éliminer le lactose du régime alimentaire des nourrissons souffrant des deux formes de la maladie, ceux-ci ne pourront être nourris ni au lait maternel, ni à aucun autre lait, ni aux substituts habituels du lait maternel. Des préparations spéciales à base de lait mais sans lactose, ou bien à base de soja, sont indiquées. Heureusement cette maladie est rare; on ne dispose de chiffres concernant la prévalence que pour les pays industrialisés où ils vont de 1 pour 20 000 à 1 pour 200 000 nourrissons (0,5 à 5/100 000).¹

9. Phénylcétonurie. Cette affection se caractérise par un défaut du métabolisme de la phénylalanine, un acide aminé. Ce défaut de métabolisme est dû à l'absence dans le foie d'une enzyme, la phénylalanine hydroxylase et sa manifestation clinique la plus dangereuse est une arriération mentale modérée à grave. Le diagnostic peut être fait dès la naissance en laboratoire; ces épreuves sont d'ailleurs réalisées systématiquement dans de nombreux pays développés. On peut éviter l'apparition des manifestations cliniques de cette affection par un régime pauvre en phénylalanine. Heureusement, le lait maternel contient une concentration relativement faible de cet acide aminé, bien inférieure en fait à celle du lait de vache. Les nourrissons souffrant de phénylcétonurie peuvent donc être nourris au sein tant que l'on surveille le taux sanguin de phénylalanine. Si les concentrations sanguines atteignent un niveau dangereux, on remplacera le lait maternel par une préparation spéciale pauvre en phénylalanine.² Dans les pays industrialisés, la prévalence est comprise entre 1 pour 5000 à 1 pour 100 000 (1-20/100 000).³

10. Leucinose. Cette maladie est due à un défaut du métabolisme de la chaîne ramifiée d'acides aminés valine, leucine et isoleucine, qui sont les composants normaux de toutes les protéines naturelles. Le déficit enzymatique spécifique n'est pas encore bien déterminé. L'affection se caractérise par une odeur caractéristique de l'urine (odeur de sirop d'érable) du nourrisson, le manque d'appétit, des vomissements, une acidose métabolique ainsi qu'une détérioration neurologique et mentale progressive. Non traitée, la maladie est fatale en quelques mois. Des préparations de synthèse spéciales, à faible teneur en acides aminés non tolérés, ont été mises au point pour alimenter les nourrissons atteints de cette maladie. Cette maladie est très rare et la prévalence n'est que de 1 pour 200 000 nourrissons (0,5/100 000).⁴

Insuffisance pondérable à la naissance

11. Une forte proportion de nouveau-nés hypotrophiques (moins de 2500 g) sont nés à terme et se comportent comme des nourrissons totalement matures, en particulier dans les pays en développement. Ils sont petits du fait de la malnutrition chronique et de la petite taille de leur mère. Ils peuvent, et doivent même, être allaités et ne présentent aucun problème particulier à cet égard.

12. Cependant, certains nourrissons dont le poids à la naissance est très faible (moins de 1500 g), que le poids corresponde ou non à l'âge gestationnel, généralement nés avant terme, posent des problèmes d'alimentation particuliers. D'abord, leurs besoins nutritionnels en calories, protéines, calcium, sodium et fer sont proportionnellement supérieurs à ceux des nourrissons nés à terme dont le poids est suffisant. Ces besoins accrus doivent être satisfaits si l'on veut que ces enfants rattrapent "leur retard de croissance". En même temps, les systèmes digestifs, métaboliques et excrétoires de ces nourrissons ne sont pas entièrement développés. Ils mettent plus longtemps à digérer et ont du mal à digérer certaines protéines, comme la caséine et les graisses animales. Leurs besoins en acides aminés sont particulièrement stricts. En raison de leur équilibre hydro-électrolytique très précaire, dû à l'immaturation rénale, ces nourrissons risquent davantage une déshydratation et un déficit en sodium. Un équilibre nutritionnel très délicat est donc nécessaire, il faut veiller à ce que leur alimentation comporte une concentration d'éléments nutritifs relativement forte sans leur créer de difficultés supplémentaires.

13. Les enfants nés avant terme ont une capacité de succion très faible, voire inexistante, et ne peuvent donc être nourris au sein. Dans la plupart des cas, une sonde gastrique est nécessaire. La question qui se pose est de savoir quelle est l'alimentation la plus appropriée pour ces nouveau-nés. D'un point de vue strictement qualitatif, c'est-à-dire en se fondant sur

les éléments nutritifs présents dans le lait maternel, sa digestibilité, ses propriétés anti-infectieuses, etc., celui-ci constitue l'aliment idéal pour les enfants nés avant terme. Mais d'aucuns estiment que la concentration d'éléments nutritifs contenus dans le lait maternel est insuffisante pour répondre aux besoins des nourrissons nés avant terme,⁵ alors que le lait de vache modifié ou les préparations normales ne conviennent pas non plus pour des raisons de digestibilité et à cause de leur teneur biologique en caséine, graisses et fer. Des formulations spéciales doivent donc être mises au point pour l'alimentation des enfants hypotrophiques nés avant terme.

14. Dernièrement, il a cependant été démontré que le lait des mères des enfants nés avant terme n'avait pas la même composition que le lait des mères d'enfants nés à terme, sur lequel étaient généralement basées les estimations de la teneur en éléments nutritifs par rapport aux besoins. En fait, le lait des mères de nourrissons hypotrophiques a une plus forte teneur en éléments énergétiques et nutritifs que le lait des mères d'enfants nés à terme, et convient donc parfaitement aux besoins particuliers des enfants nés avant terme.⁶ L'aliment de choix des enfants hypotrophiques nés avant terme reste donc le lait de la mère, tiré puis administré d'une manière ou d'une autre.

15. Outre les avantages nutritionnels et immunologiques que présente le lait maternel, en nourrissant l'enfant né avant terme au lait de sa mère, mais au biberon, on permet également à la mère de compenser le fait de ne pouvoir s'occuper de son enfant qui, dans la plupart des cas, est hospitalisé. L'expression du lait est également essentielle pour maintenir la lactation en prévision d'un allaitement au sein normal dès que le nourrisson sera assez fort.

16. La meilleure solution pour remplacer le lait de la mère de l'enfant né avant terme est le lait de femme obtenu auprès d'une banque. Cependant ce lait est généralement moins satisfaisant car sa composition varie selon la méthode de collecte et parce qu'il est prévu pour des enfants nés à terme. Si l'on utilise du lait provenant d'une banque pour nourrir des enfants nés avant terme, il faudra surveiller de très près leur croissance et leur état de santé général. Dans ces cas-là, des compléments de calcium et de sodium ainsi que des compléments énergétiques ou protéiques sont souvent nécessaires.

17. Lorsque l'on ne dispose pas de lait maternel, il convient d'utiliser des substituts de composition spécifique pour nourrir les enfants nés avant terme. Des soins attentifs sont nécessaires pour veiller à ce que les besoins nutritionnels particuliers de ces nourrissons soient satisfaits sans qu'ils soient exposés à des risques de santé supplémentaires.

Bec-de-lièvre et fissure du palais

18. Les enfants nés avec un bec-de-lièvre ou une fissure du palais peuvent avoir des difficultés à créer le vide nécessaire à une bonne succion. La gravité du problème dépend de l'étendue de la lésion. La plupart des nouveau-nés qui ont un bec-de-lièvre mais un palais intact arrivent à téter et leurs mères apprennent vite à les aider en comblant avec leur sein l'ouverture entre la bouche et le nez. Pour ces nourrissons, l'allaitement au sein peut s'avérer en réalité plus facile que le biberon.

19. Comme pour le bec-de-lièvre, l'allaitement au sein en cas de fissure du palais dépend de la gravité du défaut. Si la fissure est unilatérale et petite, la mère pourra peut-être placer son sein de façon à rendre la succion possible. Mais la succion ne sera peut-être pas assez forte, auquel cas la production de lait diminuera. Dans ce cas, on laissera l'enfant téter, puis on lui donnera à la main du lait tiré au sein, ce qui à la fois stimulera la lactation et satisfera les besoins nutritionnels de l'enfant.

20. En cas de malformation bilatérale grave, la succion du sein ou d'une tétine étant impossible, une cuillère, une tasse, une seringue ou tout autre ustensile devront être utilisés. Le problème posé par cette malformation n'est pas tant d'avoir à choisir entre le lait maternel ou un substitut du lait maternel que d'avoir à résoudre le problème de succion de l'enfant. L'aliment de choix reste le lait maternel, en raison de ses avantages nutritionnels et immunologiques et parce qu'il est important de maintenir la lactation pour que la mère puisse allaiter l'enfant normalement une fois le défaut corrigé. L'incidence des becs-de-lièvre est de l'ordre de 1 pour 1000 et celle des fissures du palais de 1 pour 2500 (1/1000, 0,4/1000).

SITUATIONS LIEES A LA SANTE DE LA MERE

Insuffisance de lactation

21. L'insuffisance de lactation signifie que la femme ne peut pas produire une quantité de lait suffisante après l'accouchement. Il faut distinguer l'insuffisance de lactation de l'insuffisance de lait telle qu'elle est perçue par la mère, dont il sera question ci-après (voir paragraphes 76-77). L'insuffisance de lactation est une des raisons souvent invoquées par les mères pour ne pas allaiter leur enfant; elle est fréquente surtout et presque exclusivement dans les pays industrialisés et dans les couches socio-économiques élevées des villes dans les pays en développement. Or, ces femmes sont généralement en bonne santé et bien nourries; elles ont des enfants forts et en bonne santé et n'ont apparemment aucune raison physiologique de ne pas pouvoir sécréter de lait.

22. En revanche, dans les sociétés traditionnelles, même les femmes qui vivent dans des conditions insalubres, qui sont mal nourries et souvent malades, qui effectuent des travaux physiquement pénibles et qui ont le plus grand nombre d'enfants hypotrophiques n'ont généralement pas de mal à allaiter. Ainsi, lors d'une étude collective de l'OMS sur l'allaitement au sein,⁸ on s'est aperçu que sur un total de 3898 mères interrogées au Nigéria et au Zaïre, aucune n'était incapable de sécréter du lait. Cet échantillon comprenait aussi bien des femmes de la population urbaine favorisée que de populations urbaines et rurales pauvres. Dans une étude prospective effectuée dans un petit village indien pauvre des montagnes du Guatemala,⁹ tous les enfants nés pendant une période de huit ans ont été suivis longitudinalement. On a observé que les 448 enfants nés vivants pendant cette période et qui avaient survécu au-delà de 48 heures avaient été nourris au sein.

23. L'incidence de l'insuffisance de lactation en tant que phénomène physiopathologique primaire n'est pas facile à déterminer car il faut pouvoir évaluer quelle est la proportion de femmes incapables de sécréter du lait alors qu'aucune considération extérieure n'intervient dans le phénomène de lactation. Ce phénomène est en effet très sensible à des facteurs psychosociaux souvent difficiles à déterminer. Dans les pays industrialisés, l'agalactie est étroitement liée au manque d'information sur l'allaitement au sein, au manque d'expérience quant à la mécanique de l'allaitement, au manque de confiance en soi, au fait que les femmes n'ont parfois pas de parents proches, d'amis ou d'autre soutien social pour les aider à surmonter les problèmes qu'elles peuvent rencontrer au début de l'allaitement. En même temps, ces femmes sont exposées à toute une série de facteurs sociaux, économiques et culturels peu propices à favoriser l'allaitement.

24. Par contre, dans les sociétés où l'allaitement au sein est considéré comme une fonction physiologique aussi naturelle que la respiration ou le sommeil et comme la seule façon de nourrir un nouveau-né, et où l'allaitement est valorisé, et donc encouragé et appuyé par la famille et les amis, l'insuffisance de lactation est pratiquement inconnue.

25. D'après l'expérience des pays industrialisés, il semblerait que de 1 à 5 % des problèmes d'insuffisance de lactation soient purement physiologiques.¹⁰ Les observations faites dans les sociétés traditionnelles laissent supposer que ce chiffre est même inférieur.

Maladie de la mère

26. L'allaitement au sein est contre-indiqué uniquement en cas de maladie grave de la mère, par exemple dans le cas d'insuffisance cardiaque, de maladie rénale, hépatique ou pulmonaire grave ou de malnutrition extrême, comme pendant les périodes de famine. L'allaitement au sein est également déconseillé dans de rares cas de psychose ou de dépression postnatale grave où l'on risque de mettre la vie du nourrisson en danger en le confiant à une mère perturbée. Néanmoins, la plupart des maladies courantes ne constituent pas à elles seules des contre-indications à l'allaitement au sein. Le risque de transmission de maladies infectieuses au nouveau-né est par contre toujours un sujet de préoccupation et mérite d'être étudié de façon plus détaillée.

27. Mastite. La forme non épidémique de mastite puerpérale est une cellulite du tissu conjonctif interlobulaire du sein, généralement due à Staphylococcus aureus. Elle se caractérise

par de la fièvre et par le gonflement des seins, qui sont douloureux et rouges, et se manifeste le plus souvent pendant les premières semaines de lactation. Les micro-organismes décelés dans le lait maternel au cours de ce type d'infection sont les mêmes que ceux que l'on retrouve souvent dans le lait de femmes non infectées, c'est-à-dire des micro-organismes courants de la peau ou de la bouche de la mère, qu'elle transmet à son enfant quelques heures après la naissance, sans conséquences graves pour celui-ci.

28. Il a été suggéré que l'infection précoce du nouveau-né par ce type de micro-organisme non pathogène jouait un rôle important dans la constitution des mécanismes immunitaires de l'enfant.¹¹ L'allaitement au sein ne doit donc pas être interrompu en cas de mastite de ce type; au contraire, le drainage par excrétion du lait est bénéfique et l'on a observé que l'infection était de plus courte durée et présentait moins de complications d'abcès lorsque la mère continuait d'allaiter. Si le sein touché est trop douloureux, on extraira le lait manuellement ou à l'aide d'une tireuse. Les symptômes disparaissent généralement dans les 36 à 48 heures, mais un traitement aux antibiotiques peut s'avérer nécessaire dans les cas graves.

29. Il existe également une forme de mastite épidémique, qui est une infection nosocomiale due à plusieurs micro-organismes pathogènes. Lorsque les symptômes apparaissent, la mère et l'enfant sont déjà infectés. L'antibiothérapie est nécessaire pour l'un comme pour l'autre, mais, là encore, il n'y a pas de raison d'interrompre l'allaitement au sein.

30. Abcès du sein. L'abcès du sein est une complication possible de la mastite, mais il est le plus souvent dû à l'interruption brutale de l'allaitement. Il nécessite un drainage chirurgical et une antibiothérapie appropriée. L'allaitement doit être poursuivi au sein non infecté et le lait du sein infecté tiré doucement à la main jusqu'à ce qu'il puisse être à nouveau tété.

31. Infection de l'appareil urinaire. Il s'agit d'une infection bactérienne observée couramment pendant le postpartum. Elle doit être traitée aux antibiotiques mais ne pose aucun problème pour le nourrisson. L'allaitement au sein doit être poursuivi.

32. Tuberculose. La tuberculose évolutive doit être dépistée et traitée pendant la grossesse pour éliminer le risque d'infection pour l'enfant après la naissance. Pour la même raison, les contacts doivent également être traités le cas échéant. Si l'on s'aperçoit après l'accouchement que la mère est bactériologiquement positive, il y a risque d'infection pour l'enfant, non pas par l'allaitement mais par simple contact, alors que les deux choses sont normalement bénéfiques. Dans ce cas, on administrera à la mère le traitement triple et dès le début du traitement le risque d'infection pour l'enfant sera supprimé. L'enfant recevra une dose prophylactique d'isoniazide pendant six mois au moins (10 à 15 mg par kg de poids corporel en une seule dose quotidienne). Il est également recommandé d'administrer le vaccin BCG à l'enfant. Il est d'autant plus important de nourrir l'enfant au sein qu'une mère chez qui le diagnostic n'a été fait qu'après l'accouchement a toutes les chances d'appartenir à une couche socio-économique défavorisée de la population où les conditions environnementales laissent à désirer. Dans ce cas, ne pas allaiter l'enfant risque de constituer au contraire un risque supplémentaire pour celui-ci. En outre, d'un point de vue purement pratique, faute de place, il risque d'être impossible de séparer la mère de l'enfant.

Infections virales

33. Les maladies virales courantes comme la rubéole, la varicelle, la rougeole et les oreillons peuvent survenir, quoique rarement, chez des mères allaitantes. Dans ce cas, au moment où la maladie sera diagnostiquée, l'enfant aura probablement déjà été infecté. Il n'y a donc aucune raison de l'isoler ou d'interrompre l'allaitement au sein. Au contraire, les propriétés anti-infectieuses du lait maternel protégeront le nourrisson qui, bien qu'infecté, ne manifestera pas nécessairement de symptômes. Par contre, le syndrome d'immunodéficit acquis (SIDA) chez la mère n'a pas encore été suffisamment étudié pour que l'on puisse déterminer quel est le risque de transmission du virus LAV/HTLV-III de la mère à l'enfant par l'allaitement au sein.

34. Un certain nombre d'autres infections virales méritent d'être abordées brièvement.

35. Cytomégalovirus. Les infections intra-utérines à cytomégalovirus (CMV) sont une cause courante d'anomalie congénitale. Après la naissance, l'infection n'est cependant pas dangereuse pour l'enfant. On a retrouvé des CMV dans les sécrétions cervicales d'une forte proportion de

mères en bonne santé (14 % lors d'une étude effectuée aux Etats-Unis d'Amérique). Leurs enfants sont infectés pendant l'accouchement mais ne présentent aucune pathologie.¹² De même, on peut trouver des CMV dans la salive ou dans le lait de la mère, ce qui a pour résultat inévitable d'infecter l'enfant, mais sans autre conséquence.¹³ La découverte du CMV chez une mère allaitante n'est donc pas une raison d'interrompre l'allaitement au sein.

36. Herpès simplex. L'infection d'un nouveau-né par le virus Herpès simplex, qui se traduit par une maladie grave, se fait au cours du passage par les voies génitales de la mère qui présente des lésions herpétiques. La césarienne est indiquée si les lésions sont dépistées à temps, c'est-à-dire en début de travail.¹⁴ Le lait maternel n'est pas infectant dans ce cas, et il n'y a donc pas de raison d'interrompre l'allaitement au sein. Une hygiène rigoureuse est toutefois nécessaire pour éviter l'infection de l'enfant à partir des mains ou des vêtements de la mère.

37. Hépatite B. Le risque de transmission du virus de l'hépatite B d'une mère porteuse saine ou malade à son nouveau-né par l'allaitement au sein ne peut être exclu. Dans ce cas, toutefois, l'enfant a déjà été exposé à un risque supérieur d'infection par le sang maternel, le liquide amniotique et les sécrétions vaginales pendant l'accouchement.¹⁵ En outre, dans les zones à forte endémicité où la prévalence de porteurs sains du virus est élevée, l'exposition dans l'environnement est si fréquente que le fait de ne pas allaiter l'enfant ne lui assure qu'une protection minime.¹⁶ Des études effectuées en Angleterre, où la prévalence des porteurs d'hépatite B est faible, montrent que l'allaitement au sein n'accroît pas le taux d'infection parmi les nouveau-nés.¹⁶ Aux Etats-Unis d'Amérique, où la prévalence de porteurs est inférieure à 1 %, l'American Academy of Pediatrics recommande l'administration d'immunoglobulines anti-hépatite B aux nouveau-nés de mères porteuses désireuses d'allaiter.¹⁷ En conclusion, l'allaitement au sein doit être encouragé chez les mères porteuses saines ou malades un peu partout dans le monde en raison de tous les avantages qu'il comporte étant donné que le risque accru d'infection par le virus de l'hépatite B par cette voie est négligeable.

Rétablissement de la lactation

38. Il est possible à des mères qui ont cessé d'allaiter et dont la sécrétion de lait s'est arrêtée, de recommencer à allaiter. Même des femmes qui n'ont pas été enceintes depuis longtemps peuvent sécréter du lait maternel si elles sont suffisamment motivées et stimulées par un nouveau-né qui tète. Chez les mères qui ont récemment nourri leur enfant au sein, en particulier lorsqu'elles produisent encore un peu de lait, la lactation peut être rétablie si l'enfant est à nouveau mis au sein fréquemment et s'il tète vigoureusement. C'est d'autant plus important pour les mères de nourrissons pour lesquelles l'alimentation artificielle est difficile ou risquée.

SITUATIONS QUI NORMALEMENT NE DOIVENT PAS ETRE CONSIDEREES COMME DES CONTRE-INDICATIONS A L'ALLAITEMENT MATERNEL

En ce qui concerne le nourrisson

39. Naissances multiples. L'allaitement de jumeaux de devrait présenter aucun problème pour une mère en bonne santé et bien nourrie en ce qui concerne la quantité de lait. La capacité de production de lait d'une mère allaitante est généralement bien supérieure à sa production effective. Etant donné que la sécrétion est déterminée dans une large mesure par la demande, des jumeaux tétant vigoureusement stimuleront la lactation et permettront à la mère de produire suffisamment de lait pour les nourrir tous les deux. Ce phénomène a souvent été observé par les nourrices.

40. En cas d'insuffisance pondérale à la naissance, ou si la capacité de succion des enfants est insuffisante, le lait maternel peut dans un premier temps être tiré pour être administré à la main, afin de maintenir la lactation jusqu'à ce que l'enfant soit assez fort pour prendre directement le sein (voir ci-dessus le paragraphe concernant les enfants nés avant terme). Les mères souffrant de malnutrition chronique risquent de ne pas pouvoir nourrir suffisamment deux enfants. Dans ce cas, il est conseillé de compléter le régime alimentaire de la mère; une alimentation d'appoint pourra également être nécessaire pour les nourrissons, tout en maintenant l'allaitement maternel.

41. On connaît des cas de mères qui allaitent sans problème des triplés. Mais il n'est pas rare que le poids à la naissance de ces enfants soit faible et que leur capacité de succion soit insuffisante. Une alimentation d'appoint peut donc être indiquée, tout en continuant de stimuler la production de lait et de l'utiliser le mieux possible pour répondre aux besoins nutritionnels de l'enfant.

42. Ictère associé à l'allaitement au sein. En dehors de l'ictère du nouveau-né que l'on connaît bien, il existe un type très rare d'ictère associé à l'allaitement au sein et qui se développe généralement environ une semaine après la naissance.¹⁸ Il dure environ deux mois et se caractérise par des taux élevés de bilirubine non conjuguée dans le sang. L'anomalie du métabolisme de la bilirubine est associée à l'ingestion du lait maternel "mûr" (mais non du colostrum) de certaines mères. Le mécanisme responsable n'a pas encore été identifié. Ictère mis à part, le nouveau-né est généralement bien portant et se développe normalement. Cette affection n'ayant pas d'autres effets sur la santé, il est important d'établir un diagnostic différentiel afin d'éliminer toutes les autres causes possibles d'ictère, qui peuvent avoir des conséquences plus graves.

43. On peut effectuer un diagnostic positif si la mère cesse d'allaiter pendant 24 à 36 heures. On observe alors une chute rapide et sensible du taux sanguin de bilirubine chez le nouveau-né, taux qui se remet à augmenter, mais moins qu'auparavant, lorsque l'on reprend l'allaitement. Pendant que l'on pratique cette épreuve, la lactation doit être maintenue par expression du lait. L'ictère étant temporaire et ne produisant pas d'effet nocif, il n'y a généralement pas de raison d'interrompre l'allaitement au sein. Une brève interruption (24-48 heures) peut cependant s'avérer nécessaire si le taux sanguin de bilirubine dépasse 15 mg pour 100 ml.¹⁹ L'allaitement au sein peut ensuite être poursuivi sans danger.

44. Maladie hémorragique du nouveau-né. Les taux des facteurs de coagulation sanguine vitamine K-dépendants, déjà faibles chez l'enfant né à terme, sont plus faibles encore chez l'enfant né avant terme. Ils diminuent encore deux à trois jours après la naissance pour revenir au niveau où ils étaient à la naissance entre le septième et le dixième jour. Cette affection est associée à un temps de prothrombine et à un temps de coagulation prolongés.

45. Bien que rare chez les enfants nés à terme, la défaillance transitoire des facteurs vitamine K-dépendants est parfois grave ou prolongée chez les enfants nés avant terme et se traduit par des hémorragies gastro-intestinales, nasales et intracrâniennes, ou par des saignements après une circoncision. Ce syndrome n'existe pas chez les enfants alimentés artificiellement, chez qui la flore intestinale normale de l'enfant nourri au sein, essentiellement acidophile, est remplacée par une flore alcaline où sont présents en abondance *Escherichia coli* et une forte proportion de bactéries anaérobies. La synthèse de la vitamine K s'effectue alors dans la lumière intestinale et son absorption corrige le défaut de coagulation. Même grave, cette affection est aisément corrigée par l'injection intramusculaire d'une dose unique de 1 mg de vitamine K et ne devrait pas motiver l'arrêt de l'allaitement.

46. Diarrhée. La diarrhée est moins fréquente chez les enfants nourris au sein que chez les enfants nourris au biberon. Elle ne doit pas motiver l'arrêt de l'allaitement au sein, même temporairement. Au contraire, les nourrissons qui continuent d'être nourris au sein assimilent une proportion considérable d'éléments nutritifs ingérés et s'en tirent généralement mieux que les enfants que l'on met à la diète. Il n'est pas recommandé dans ce cas d'utiliser des substituts du lait maternel.

En ce qui concerne la mère

47. Cancer du sein. Certaines données épidémiologiques laissent supposer que le cancer du sein est moins fréquent chez les femmes qui ont allaité que chez les autres. Mais beaucoup d'autres variables interviennent dans l'étiologie du cancer du sein, en particulier si l'on étudie l'incidence dans différentes populations, aussi aucune conclusion précise ne peut-elle être tirée. D'autre part, la grossesse et l'allaitement ne représentent pas un risque supplémentaire pour une mère qui serait atteinte d'un cancer du sein au cours de sa grossesse. Par contre, un cancer du sein qui a été opéré peut constituer une raison d'éviter la grossesse. Si une grossesse est menée à terme dans ce cas, l'allaitement au sein sera fonction de l'état de santé général de la mère et de l'état de la fonction mammaire. Il y a quelques années, des

particules virales analogues à celles que l'on associe au cancer du sein chez la souris ont été trouvées dans le lait humain. On a même pensé à un moment donné qu'il était possible que les mères transmettent le risque à leurs filles nourries au sein, mais les données épidémiologiques ont démenti cette hypothèse.²⁰

48. Rétraction du mamelon. La rétraction du mamelon est une malformation physique relativement rare et les cas bénins peuvent être traités dans les dispensaires prénatals. Des exercices simples que la mère peut pratiquer elle-même pendant le dernier trimestre de la grossesse peuvent l'aider à préparer le mamelon à l'allaitement. Dans les cas plus sérieux, la chirurgie peut s'avérer nécessaire mais pour la majorité des cas, l'allaitement au sein est tout à fait possible.

49. Pharmacothérapie. La nécessité d'une pharmacothérapie pour une mère allaitante²¹ peut parfois poser des problèmes difficiles. Si tous les médicaments ou presque sont sécrétés dans le lait maternel, leur concentration et leurs effets possibles sur le nourrisson varient considérablement. On ne dispose pas encore de suffisamment de données sur tous les médicaments existants pour se prononcer et l'arrivée constante de nouveaux médicaments sur le marché aggrave encore le problème. En général, les concentrations de médicaments dans le lait maternel sont très proches de celles du plasma maternel. La quantité de médicament ingérée par le nourrisson est fonction de la quantité de lait qu'il absorbe. La dose totale de médicament ingérée n'est toutefois pas suffisante en elle-même pour que l'on puisse apprécier le risque d'effets secondaires. Certains médicaments, bien que présents dans le lait maternel, ne sont pas assimilés par le nourrisson. D'autre part, celui-ci peut réagir de façon idiosyncratique à des doses infimes de certains médicaments. Les médicaments peuvent aussi s'accumuler chez les nouveau-nés en raison de leur capacité d'élimination réduite; enfin, les nourrissons peuvent montrer une sensibilité particulière à des médicaments qui ne sont pas spécialement toxiques pour les enfants plus âgés ou les adultes. Aussi, si la plupart des médicaments courants peuvent être administrés en toute sécurité aux mères allaitantes sans risque grave pour les enfants nourris au sein, il convient toujours de le faire avec une extrême prudence. On trouvera ci-après un certain nombre de recommandations générales à cet égard.

50. On évitera la pharmacothérapie chez les mères allaitantes chaque fois que possible. Si l'on doit prescrire des médicaments, l'on choisira de préférence ceux qui sont le moins susceptibles d'avoir des effets indésirables sur le nourrisson. Les mères allaitantes doivent de préférence prendre les médicaments pendant qu'elles allaitent, ou immédiatement après, pour éviter les périodes de concentration maximale dans le sang (et le lait). Si l'on doit administrer un médicament que l'on sait nocif pour l'enfant, on interrompra temporairement l'allaitement au sein.

51. La décision est plus difficile à prendre lorsqu'il s'agit de médicaments nouveaux dont on connaît mal les effets possibles sur le nourrisson. Dans ce cas, la conduite la plus prudente consistera à interrompre l'allaitement au sein. Mais le fait de nourrir un enfant au biberon lui fait parfois courir un risque accru, auquel cas il est préférable de continuer l'allaitement au sein tout en surveillant l'enfant pour déceler d'éventuels effets indésirables. Dans tous les cas, si un enfant nourri au sein par une mère sous médicaments présente des symptômes que l'on n'attribue pas clairement à d'autres facteurs, il faut se demander si ces symptômes ne sont pas liés aux médicaments administrés à la mère.

52. Le Committee on Drugs de l'American Academy of Pediatrics a entrepris une étude exhaustive de la littérature existante et publié une liste²² où figurent :

- a) les médicaments contre-indiqués pendant l'allaitement, tels que l'améthoptérine, l'ergotamine, les sels d'or et le thio-uracile, connus pour avoir des conséquences nocives pour le nouveau-né;
- b) les médicaments qui exigent une interruption temporaire de l'allaitement au sein, par exemple : toute préparation qui se traduit par une radioactivité du lait maternel pendant une période variable pendant laquelle l'allaitement au sein n'est pas conseillé; et
- c) les médicaments qui sont généralement compatibles avec l'allaitement au sein, parmi lesquels la grande majorité des préparations les plus courantes.

53. L'utilisation de contraceptifs hormonaux par les femmes qui allaitent pose un certain nombre de problèmes particuliers.²³ Les produits contenant des oestrogènes provoquent souvent une chute significative de la quantité de lait maternel sécrété, alors que les produits contenant des progestatifs diminuent la concentration de lipides dans le lait maternel. Ces stéroïdes sont également présents dans le lait maternel, bien que les quantités ingérées par l'enfant dans ce cas soient très faibles. Néanmoins, les stéroïdes de synthèse normalement utilisés dans les pilules contraceptives ne sont pas métabolisés aussi rapidement que les stéroïdes naturels et peuvent provoquer un engorgement du sein et des modifications sexuelles secondaires chez le nourrisson.

54. La contraception n'est généralement pas nécessaire pendant les premiers mois de lactation en raison de l'aménorrhée et de l'absence d'ovulation qu'elle entraîne. Si l'on désire une protection complète ou si l'on a un doute sur le moment de l'ovulation, l'on utilisera plutôt des méthodes contraceptives non hormonales. Si l'on doit utiliser des méthodes hormonales, on donnera la préférence aux produits contenant uniquement des progestatifs.

55. Polluants de l'environnement. Le lait maternel peut contenir des composés chimiques indésirables en raison de la pollution de l'environnement. Sont particulièrement préoccupants les insecticides chlorés, et notamment le dichlorodiphényltrichlorétane (DDT) et ses dérivés, en raison de leur niveau élevé de toxicité. Le DDT est un produit chimique liposoluble biologiquement non dégradable; il s'accumule dans la graisse des animaux qui y sont exposés. La seule façon dont le produit peut être excrété est le lait, où il est concentré dans les lipides. On a décelé du DDT dans le lait humain un peu partout dans le monde. Des concentrations très élevées ont été observées dans des régions où le DDT a été largement utilisé, sans réglementation, pour l'épandage aérien à des fins agricoles.²⁴

56. Dans la plupart des pays industrialisés, la concentration de DDT dans le lait maternel a beaucoup diminué depuis l'entrée en vigueur de réglementations sévères. Dans la plupart des pays en développement, où il a été utilisé massivement comme insecticide agricole et dans les programmes de lutte antipaludique, le DDT est désormais beaucoup moins utilisé en raison de la résistance des insectes qui s'est manifestée. Dans les zones hautement contaminées, le DDT est également présent dans le lait de vache. Par contre, les substituts du lait maternel de fabrication industrielle en sont exempts, même lorsqu'ils sont fabriqués avec du lait contaminé car les matières grasses du lait sont remplacées par des graisses végétales.

57. Bien que le degré de toxicité du DDT pour les adultes soit relativement faible, il peut provoquer chez certains animaux des effets aussi graves et indésirables qu'un dysfonctionnement hépatique, une interruption du processus reproducteur et une carcinogenèse. On ne dispose d'aucune information concernant les effets nocifs éventuels pour les nouveau-nés des concentrations de DDT que l'on trouve dans le lait maternel. Aucun effet secondaire associé à l'allaitement au sein, même dans des régions où la contamination est élevée, n'a été observé. Cela n'exclut pas toutefois la possibilité de conséquences à long terme.

58. Les doses quotidiennes maximales de DDT et de ses dérivés ont été fixées par l'OMS et d'autres institutions.^{25,26} Ces doses sont considérées comme des "niveaux souhaitables" et ont donc été fixées bien au-dessous des niveaux connus de toxicité. Cela explique pourquoi la santé des nouveau-nés qui risquent d'ingérer des doses plus élevées de DDT que les doses recommandées n'est pas nécessairement en danger pour autant.

59. La façon d'alimenter les nouveau-nés dans les régions où l'on enregistre un degré élevé de pollution de source chimique en même temps qu'une contamination bactérienne de l'environnement pose un sérieux problème aux mères et au personnel de santé. Il faut faire un choix entre les risques connus de l'alimentation au biberon et les risques potentiels inconnus de contamination chimique du lait maternel. En tout état de cause, la toxicité éventuelle du DDT et de composés similaires doit être étudiée de façon plus approfondie. Il est au demeurant beaucoup plus important de prendre des mesures efficaces pour protéger l'environnement en réglementant l'utilisation de ces produits toxiques. Les effets nocifs possibles sur la santé des nouveau-nés et les doutes qu'ils font planer sur l'allaitement au sein ne sont qu'une raison supplémentaire d'en prévenir l'abus.

60. Une réduction sensible de la présence et de la concentration de DDT dans le lait maternel a été observée dans les pays industrialisés où l'usage de ce produit a été interdit ou restreint depuis plus de 10 ans. Par ailleurs, d'autres produits chimiques industriels de même nature qui sont une source de pollution de l'environnement sont également préoccupants.
61. Les polychlorobiphényles (PCB), qui sont des produits chimiques toxiques, non dégradables biologiquement et liposolubles, ont été largement utilisés pour la fabrication de matériel électrique et de machines hydrauliques. Les PCB s'accumulent dans l'organisme et sont excrétés uniquement dans le lait maternel. La contamination de l'environnement par les PCB est universelle. Bien que leur utilisation industrielle soit désormais réglementée, la pollution environnementale persistera encore quelque temps, car il n'y a pas de moyen pratique et économique d'éliminer ces produits chimiques très stables.
62. Des produits encore beaucoup plus toxiques tels que les polychlorodioxines (PCDD) et les polychlorofuranes (PCDF) peuvent être produits accidentellement à la suite d'incendies ou de l'explosion de matériel électrique. On a également observé que la plupart des incinérateurs produisaient de tels polluants.
63. Aucune donnée scientifique ne permet d'établir si l'ingestion de ces polluants à travers le lait maternel, dans lequel les concentrations sont généralement très faibles, produit des effets indésirables pour les nouveau-nés. Néanmoins, on n'a pas acquis une expérience suffisante pour pouvoir exclure la possibilité d'effets à long terme, particulièrement en cas d'exposition due à un allaitement au sein prolongé. Dans l'ensemble, les avantages de l'allaitement au sein sont encore jugés supérieurs à ces risques potentiels, en particulier pendant les premiers mois de la vie.
64. Dans plusieurs pays industrialisés, où l'allaitement au sein au-delà de quatre mois est moins important que dans d'autres sociétés, on envisage de conseiller aux mères de ne pas allaiter trop longtemps pour éviter une accumulation de PCB chez leurs enfants. On sait cependant que la concentration de PCB diminue à mesure que l'allaitement se prolonge. Une telle mesure ne paraît donc pas justifiée sur la base des données scientifiques actuelles.
65. Nouvelle grossesse. Malgré les nombreux tabous et les croyances culturelles qui réprouvent l'allaitement au sein lorsque la mère est à nouveau enceinte, il n'est pas rare, dans les pays en développement, que l'allaitement soit poursuivi pendant la grossesse. Les modifications du volume ou de la composition du lait maternel associées à une nouvelle grossesse n'ont pas été confirmées par des observations concrètes, non plus que l'on a décelé d'effets indésirables pour la mère ou pour l'enfant. La principale préoccupation dans ces situations est de s'assurer que les besoins nutritionnels supplémentaires de la mère sont satisfaits. Or ils ne sont pas importants pendant le premier trimestre de grossesse, période pendant laquelle la plupart des mères allaitantes ne savent même pas qu'elles sont à nouveau enceintes.
66. Il convient de noter qu'il est tout à fait improbable qu'une femme qui allaite soit enceinte avant d'avoir commencé à sevrer son enfant. Généralement, ce n'est que lorsqu'elle administre à l'enfant des quantités suffisantes d'aliments de complément, et donc que la fréquence et l'intensité des tétées a diminué, que la mère peut être à nouveau enceinte. Dans les pays en développement, cela se produit rarement avant que le nourrisson n'atteigne l'âge de six mois. Trois autres mois peuvent encore s'écouler avant que la femme ne s'aperçoive qu'elle est enceinte. C'est alors qu'elle doit décider de continuer à allaiter ou pas. A ce moment-là, l'enfant a été nourri au sein pendant la période où l'allaitement est le plus bénéfique, et, en cas de besoin, il est plus facile de commencer à lui donner des aliments familiaux disponibles sur place.
67. Les problèmes à cet égard surgissent essentiellement dans les populations qui consomment des aliments qui ne conviennent pas à l'alimentation d'un nourrisson, comme c'est le cas des produits de base comme le manioc, la banane du paradis ou le maïs, et qui consomment très peu d'autres aliments et pratiquement aucun produit d'origine animale. Dans ces conditions, le problème n'est pas tant de remplacer le lait maternel que choisir de bons aliments de sevrage. Il est donc préférable que la mère continue à allaiter aussi longtemps qu'elle le peut et le souhaite, tout en s'efforçant de compléter son propre régime alimentaire avec des aliments faciles à trouver, plutôt que de sevrer l'enfant en cas de nouvelle grossesse, en particulier lorsqu'il est difficile de trouver des aliments de sevrage adéquats.

68. Malnutrition. Chez les mères extrêmement mal nourries, notamment pendant une famine, la sécrétion de lait diminue et peut même cesser tout à fait. D'un point de vue pratique, il est cependant plus important de savoir dans quelle mesure la lactation est compromise, en termes de volume et de composition du lait, chez les mères qui souffrent d'une malnutrition chronique faible à modérée.

69. En effet, on estime que dans les pays en développement, une forte proportion de femmes souffrent, à des degrés divers, de malnutrition chronique, sans pour autant présenter des signes cliniques évidents de malnutrition. Il est extrêmement difficile d'apprécier, voire de chiffrer, les effets de cette situation sur la lactation, car l'on manque de méthodes permettant de diagnostiquer les formes sous-cliniques bénignes à modérées de malnutrition. En outre, la malnutrition n'est pas un phénomène isolé; elle va généralement de pair avec toute une série d'autres facteurs qui, en eux-mêmes, peuvent avoir une incidence sur la lactation. Certains de ces facteurs auront un effet positif, par exemple, le fait que l'allaitement au sein soit le moyen traditionnel privilégié d'alimenter les enfants et soit donc à la fois protégé et encouragé par la société. D'autres facteurs peuvent être négatifs : ainsi, un travail physique pénible et le stress lié à l'environnement.

70. Ce type de facteurs a tendance à rendre inutiles les comparaisons entre des populations qui vivent dans des conditions socio-économiques et environnementales très différentes; néanmoins, dans certains pays pauvres, les nourrissons accusent des retards de croissance supérieurs à ce que l'on pourrait attendre d'enfants entièrement nourris au sein,²⁷ et l'on enregistre des variations saisonnières de la production de lait associées aux modifications du régime alimentaire des mères.²⁸ Il n'en reste pas moins que la grande majorité des mères vivant dans des milieux socialement et économiquement défavorisés de pays en développement, que l'on considère comme souffrant à des degrés divers de malnutrition chronique, sont cependant capables de nourrir leurs enfants au sein, et ce pendant des périodes assez longues.

71. Les difficultés liées à l'appréciation de l'état nutritionnel des mères, jointes à l'influence possible d'autres variables, expliquent peut-être l'échec des études relatives à l'effet sur la lactation des régimes d'appoint destinés aux mères. Il y a tout lieu de croire que la nutrition maternelle pendant la grossesse joue un rôle important du point de vue de la lactation. Aussi les compléments alimentaires pendant la période de lactation risquent de ne pas produire les effets escomptés si la mère a été mal nourrie pendant la grossesse.

72. Une étude effectuée par l'OMS sur la quantité et la qualité du lait maternel dans des pays de niveaux socio-économiques différents²⁹ a révélé que chez les femmes de régions rurales pauvres du Zaïre, une production réduite de lait pouvait éventuellement être associée à un mauvais état nutritionnel de la mère, mais qu'elles étaient les seules dans ce cas. Elles n'en étaient pas moins capables de produire la même quantité de lait pendant les 18 premiers mois de vie de leur enfant. La quantité de lait produite par les femmes de populations rurales pauvres du Guatemala et des Philippines n'était pas inférieure à celle des femmes des populations urbaines aisées de ces pays et, au Zaïre, ces femmes pouvaient continuer à allaiter bien au-delà de la première année de vie de leur enfant. L'introduction d'autres aliments dans le régime alimentaire de l'enfant semble être le principal facteur associé à la diminution de la sécrétion de lait maternel. Ainsi, aux Philippines, parmi les mères aisées des villes, la lactation est insuffisante dès le premier mois; celles-ci sont également les principales utilisatrices de substituts de lait maternel.

73. Quant à la composition, toutes les données disponibles indiquent que le régime alimentaire et l'état nutritionnel de la mère n'ont que très peu d'influence sur la teneur du lait en macronutriments (hydrates de carbone, protéines et graisses) et donc sur la valeur énergétique de celui-ci. Il semblerait que la quantité de lait ait tendance à diminuer si la glande mammaire ne dispose pas de suffisamment de matières premières, sans que sa composition en soit sensiblement modifiée.

74. La situation est différente en ce qui concerne les micronutriments (vitamines et minéraux), leur présence dans le lait maternel étant directement liée à l'état nutritionnel de la mère. L'apparition du béribéri chez les enfants de mères présentant une carence en thiamine est un exemple caractéristique de cette relation de cause à effet. Dans l'étude de l'OMS susmentionnée, on n'a trouvé aucune différence significative entre les différents groupes étudiés

en ce qui concerne la valeur énergétique et les principaux constituants du lait maternel. La seule exception à cette règle est la valeur énergétique plus élevée du lait des mères suédoises, caractéristique que l'on ne retrouve pas dans les populations urbaines aisées par rapport aux populations rurales pauvres du Guatemala et des Philippines.

75. En conclusion, la malnutrition dont souffriraient la majorité des femmes dans le monde mérite une attention soutenue, aussi bien du point de vue de la santé des femmes que de celle de leurs enfants. L'accent doit être mis sur l'amélioration du régime alimentaire de la mère plutôt que sur la fourniture d'aliments de complément à l'enfant. D'une manière générale, les formes subcliniques bénignes à modérées de malnutrition ne justifient pas que l'on recommande aux mères de cesser d'allaiter leurs enfants.

76. Insuffisance de lait telle qu'elle est perçue par la mère. Nombreuses sont les mères qui décident de compléter l'alimentation de leurs enfants nourris au sein, ou même de cesser complètement l'allaitement parce qu'elles croient qu'elles ne produisent pas assez de lait ou que leur lait n'est "pas assez riche", etc. Cela arrive surtout parmi des femmes bien nourries et en bonne santé, qui ont un bon niveau d'instruction et qui, physiologiquement, n'ont aucune raison de ne pas produire suffisamment de lait, et encore moins de ne pas produire du lait dont la composition ne serait pas adéquate. Le principal écueil tient en réalité à des facteurs affectifs et psychosociaux ou à une mauvaise connaissance du phénomène de l'allaitement, mais le gain de poids normal de l'enfant devrait contribuer à rassurer la mère. Le problème de "l'insuffisance de lait" risque cependant d'avoir des conséquences réelles du fait de l'anxiété de la mère (qui l'empêchera de se décontracter) ou si l'enfant tète mal, parce qu'on lui donne mal le sein ou pour d'autres raisons (difficultés qui ne sont pas résolues faute de conseils ou d'aide). L'introduction d'autres aliments à un moment mal choisi peut en fait être la principale raison d'une diminution de la sécrétion de lait.

77. La composition du lait maternel est, nous l'avons dit, très constante. Ce n'est que dans des circonstances exceptionnelles, comme dans le cas de troubles congénitaux du métabolisme, dont il est question ci-dessus, que le lait de la mère ne convient pas à une croissance et à un développement sains de l'enfant. Généralement, lorsque les mères se plaignent que leur lait n'est "pas assez riche", c'est que, manquant d'expérience, elles le comparent au lait de vache, tout à fait différent en apparence. Il faut donc rassurer ces mères et bien les conseiller, tout en surveillant de très près la santé et la croissance de leurs enfants (voir également paragraphes 21-25 concernant l'insuffisance de lactation).

Conclusion

78. L'influence des facteurs susmentionnés sur l'incidence et la durée de l'allaitement au sein varie selon les situations. Il est donc particulièrement important, pour assurer aux nouveau-nés un apport suffisant et approprié en éléments nutritifs, de bien faire la distinction entre les situations qui constituent une contre-indication à l'allaitement au sein ou à l'administration de lait maternel et celles qui n'en sont pas.

79. Les mères, les familles et autres personnes qui s'occupent de nutrition et d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants ont besoin de conseils à cet égard, outre une information générale concernant le rôle que joue l'allaitement au sein dans une croissance et un développement sains et les avantages connexes qu'il présente pour les enfants et les mères. Leur niveau de sensibilisation dépendra dans une large mesure des informations objectives et cohérentes qu'ils auront reçues sur la question.

80. Les facteurs en rapport avec la santé maternelle et infantile qui ont une incidence sur l'allaitement au sein ont donc des répercussions importantes, que les autorités nationales compétentes devront prendre soigneusement en considération lorsqu'elles formuleront et mettront en oeuvre des politiques sanitaires et nutritionnelles. Il est primordial à cet égard d'assurer une information, une éducation et une formation en ce qui concerne l'alimentation et la nutrition du nourrisson et du jeune enfant, aussi bien du public que des agents de santé; l'organisation et le bon fonctionnement des services de soins prénatals, obstétricaux et postnatals, des services de pédiatrie et des institutions de protection sociale des jeunes enfants, sont tout aussi importants.

REFERENCES

1. Stanbury, J. B. et al. (eds.) (1983) The Metabolic Basis of Inherited Disease, 5th Ed. McGraw-Hill Book Co., p. 180
2. Berger, L. R. (1981) When should one discourage breast-feeding? Ped., 67: 300
3. Stanbury, J. B. et al., op. cit., p. 279
4. Naylor, E. W. & Cuthrie, R. (1978) Newborn Screening for Maple Syrup Urine Disease (branched chain ketoaciduria). Ped., 61: 262
5. Fomon, S. J., Ziegler, E. E. & Vazquez, H. D. (1977) Human milk and the small premature infant. Am. J. Dis. Child, 131: 463
6. Atkinson, S. A., Anderson, C. H. & Bryan, M. H. (1980) Human milk: Comparison of the nitrogen composition in milk from mothers of premature and full-term infants. Am. J. Clin. Nutr., 33: 811
7. Behrman, R. E. & Vaughan, V. C. (eds.) (1983) Nelson's Textbook of Pediatrics. W. B. Saunders Co., Philadelphia, p. 881
8. Les modes actuels de l'allaitement maternel, OMS, Genève (1981)
9. Mata, L. J. (1978) The Children of Santa Maria Cauque. MIT Press, Cambridge, Mass., p. 202
10. Neifert, M. R. (1983) Infant problems in breast-feeding. In: Lactation, Neville, M. C. & Neifert, M. R. (eds.). Plenum Press, New York
11. Porter, P. (1979) Adoptive immunization of the neonate by breast factors. In: Immunology of Breast Milk, Ogra, P. L. & Dayton, D. H. (eds.). Raven Press, New York
12. Reynolds, D. W. et al. (1973) Maternal cytomegalovirus excretion and perinatal infection. New Engl. J. of Med., 289: 1
13. Pearay, L. O. (1980) Immunology of breast milk: Maternal neonatal interactions. In: Human Milk. Its Biological and Social Value, Freier, S. & Eidelman, A. I. (eds.). Excerpta Medica, Amsterdam-Oxford-Princeton
14. Boehm, F. H. et al. (1981) Management of genital herpes simplex infection occurring during pregnancy. Am. J. Obst. & Gynecol., 141: 735
15. Lee, A. K., LP, H. M. H. & Wong, V. C. M. (1978) Mechanisms of maternal-fetal transmission of hepatitis B virus. J. Infect. Dis., 136: 668
16. Stevens, C. E. et al. (1980) Viral hepatitis in pregnancy. Problems for the clinical dealing with the infant. Pediatr. Rev., 2: 121
17. American Academy of Pediatrics. (1982) Report of the Committee on Infectious Diseases. Edmonston, Illinois, 19th Edition
18. Gartner, L. M. & Lee, K. S. (1977) Jaundice and liver disease. In: Neonatal-perinatal Medical Diseases of the Fetus and Infant, 2nd Ed., Behrman, R. E., Driscoll, J. M. Jr & Seeds, A. E. (eds.). The C. V. Mosby Co. St Louis
19. Gartner, L. M. & Arias, I. M. (1973) Temporary discontinuation of breast-feeding in infants with jaundice. JAMA, 225: 532

20. Fraumeni, J. F. & Miller, R. W. (1971) Breast Cancer from breast-feeding. Lancet, II: 1196
21. Wilson, J. T. (ed.) (1981) Drugs in Breast Milk. MTP Press Limited. Lancaster, England
22. American Academy of Pediatrics: Committee on Drugs. The transfer of drugs and other chemicals into human breast milk. Pediatrics, 72: 375 (1983)
23. Allaitement maternel et régulation de la fécondité : connaissances actuelles et incidences sur l'orientation des programmes. Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé, 61(4), 597-609 (1983)
24. Olzyna-Marzys, A. E. (1978) Contaminants in human milk. Acta Paediatrica Scandinavica, 67: 571
25. Organisation pour l'Alimentation et l'Agriculture, Organisation mondiale de la Santé - Evaluation de quelques résidus de pesticides dans les denrées alimentaires. FAO/AGP/1970/M 12/1; WHO/Food Add/71.42 (1970)
26. Food and Drug Administration. Food and Drug Administration Action Levels for Poisonous or Deleterious Substances in Human Food and Animal Feed. Washington, D.C. (1978)
27. Habicht, J. P. et al. (1974) Height and weight standards for pre-school children. How relevant are ethnic differences in growth potential? Lancet, I: 611
28. Paul, A. A., Muller, E. M. & Whitehead, R. G. (1979) The quantitative effects of maternal dietary intake on pregnancy and lactation in rural Gambian women. Trans. Roy. Soc. Trop. Med. Hygiene, 73: 686
29. The Quantity and Quality of Breast Milk. Geneva, WHO (1985) (traduction française en préparation)

= = =