



L'INITIATIVE
des *amis*
des *bébés*

L'USAGE DE SUPPLÉMENTS CHEZ LE BÉBÉ ALLAITÉ
DANS LES PREMIÈRES SEMAINES DE VIE

Québec 

**L'USAGE DE SUPPLÉMENTS DANS LES PREMIÈRES
SEMAINES DE VIE CHEZ LE BÉBÉ ALLAITÉ**

**DOCUMENT PRÉPARÉ
PAR LE COMITÉ D'AGRÉMENT DE L'INITIATIVE DES AMIS DES BÉBÉS
DÉPOSÉ AU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
FÉVRIER 2014**

Rédaction

Ginette Bélanger, maître-évaluatrice

Suzanne Dionne, maître-évaluatrice

Louise Dumas, maître-évaluatrice

Laura Haiek, évaluatrice

Odile Lapointe, maître-évaluatrice

Nathalie Lévesque, répondante ministérielle et coordination de l'agrément IAB

MISE EN CONTEXTE

Ce document est un guide concernant l'utilisation des suppléments en lien avec la condition 6 de l'Initiative des amis des bébés :

« Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que du lait maternel, sauf indication *médicale*. »

Il remplace le document intitulé *Raisons médicales acceptables pour recourir aux suppléments après la sortie de l'hôpital ou de la maison de naissance* (2006) ainsi que le tableau inclus dans la formation de base en allaitement diffusé par le ministère de la Santé et des Services sociaux en 2008. Il peut être utilisé pendant le séjour hospitalier ou en maison de naissance et lors du retour à la maison, particulièrement pendant la période de l'allaitement exclusif.

INFORMATION ENTOURANT L'USAGE DE SUPPLÉMENTS CHEZ LE BÉBÉ ALLAITÉ DANS LES PREMIÈRES SEMAINES DE VIE

La majorité des mères peuvent allaiter avec succès, ce qui inclut l'initiation de l'allaitement dans la première heure de vie, l'allaitement exclusif pour les six premiers mois et la poursuite de l'allaitement avec l'ajout d'aliments complémentaires appropriés, jusqu'à l'âge de 2 ans ou au-delà.

L'allaitement exclusif^a pendant les six premiers mois de vie est important pour les mères et les nourrissons. Il est à la base des bénéfices reconnus : plus l'allaitement est exclusif et plus sa durée augmente, meilleurs en sont les bénéfices (effet dose/réponse).

Un petit nombre de mères n'allaiteront pas ou ne pourront pas le faire exclusivement pour des raisons médicales pendant les six premiers mois. Un petit nombre de bébés devront recevoir des suppléments, par exemple des préparations commerciales pour nourrissons (PCN), en surplus du lait maternel ou à la place de ce dernier.

Ce document ne décrit pas d'indications médicales précises pour donner des suppléments dans les premières semaines de vie. Une liste ne peut jamais être parfaite et donne lieu à une application qui peut ressembler à une « recette ». Il est primordial de faire une évaluation clinique de chaque dyade mère-bébé et de juger si le supplément est approprié dans cette situation et à ce moment donné. C'est donc le jugement clinique qui importe.

La liste des raisons médicales de l'OMS de 2009¹ reste le seul outil donnant des indications précises sur les raisons médicales de donner des suppléments (traduction libre en annexe).

Ainsi, une surveillance étroite impliquant la rencontre de la mère et du bébé est nécessaire. Il faut faire une évaluation globale² pour établir un diagnostic et un plan de traitement approprié et adapté à chaque dyade mère-bébé, chacune ayant son propre rythme. Des visites de suivi sont souvent requises.

Avant d'administrer des suppléments, il faut faire l'examen clinique de la mère et du bébé et évaluer les points suivants :

- ❖ le confort émotif et physique de la mère et du bébé;
- ❖ le soutien disponible dans l'entourage;
- ❖ les attentes de la mère et de ceux qui la soutiennent;
- ❖ les positions d'allaitement chez la mère et le bébé;
- ❖ la prise du sein;
- ❖ l'efficacité de la tétée, soit le transfert du lait maternel au bébé;
- ❖ le nombre des tétées selon l'âge du bébé;
- ❖ l'expression du lait maternel (si apport insuffisant au sein), méthode utilisée, fréquence, quantité ou l'apport de lait maternel d'une banque de lait lorsque c'est indiqué.

^a Allaitement exclusif : le nourrisson ne reçoit que du lait maternel (ce qui peut inclure du lait maternel exprimé ou provenant d'une banque de lait) sans aucun aliment ni boisson, y compris de l'eau; à l'exception de médicaments et de gouttes ou de sirops de vitamines ou de sels minéraux (les solutions intraveineuses et les fortifiants sont considérés comme étant des médicaments). Définition inspirée de celle de l'OMS/UNICEF, 2009.

On doit s'informer des objectifs d'allaitement de la mère et lui donner le soutien approprié. L'expression du lait maternel devrait lui être enseignée, d'abord de façon manuelle et, au besoin, à l'aide de tire-lait puisque l'apport de lait maternel doit prévaloir à l'administration de suppléments de PCN.

Toutes les recommandations et pratiques mises en place pour aider la dyade mère-bébé doivent être consignées au dossier (soutien, contact peau à peau, position instinctive, expression manuelle du lait, fréquence des tétées, information sur les tétées groupées, etc.).

Dans les références^{3,4,5}, on trouvera des renseignements cliniques sur l'allaitement et la supplémentation.

Références bibliographiques

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION ET UNICEF. *Acceptable medical reasons for use of breast-milk substitutes*. Genève, World Health Organization. 2009, 12 p.
2. PERINATAL SERVICES BC. *Health Promotion Guidelines: Breastfeeding Healthy Term Infants*, [Accueil Web], may 2012, Vancouver, Perinatal Services BC. <http://www.perinatalservicesbc.ca/NR/rdonlyres/6A2A2690-B9BF-4D1C-ABC6-9477425BCCD5/0/BFGuidelinesBreastfeedingHealthyTermInfantsJune2012.pdf> (Consulté le 19 mars 2014)
3. ACADEMY OF BREASTFEEDING MEDICINE. « ABM Clinical Protocol #3 : Hospital Guidelines for the Use of Supplementary Feedings in the Healthy Term Breastfed Neonate, Revised 2009 », *Breastfeeding Medicine*, vol. 4, n° 3, 2009, p. 175-182. doi: 10.1089/bfm.2009.9991
4. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. « *Breastfeeding and the Use of Human Milk* », 27 february 2012. doi : 10.1542/peds.2011-3552.
5. FELDMAN-WINTER, Lori, et Ann L. KELLAMS. *Time to Prepare for The New Joint Commission Perinatal Care Core Measure on Breast Milk Feeding*, [Présentation Powerpoint d'un Webinaire], 2013. American Academy of Pediatrics. diapos 23 à 52. <https://www2.aap.org/breastfeeding/files/pdf/NewJointCommissionPerinatalCareCoreMeasure.pdf> (Consulté le 20 mars 2014)

ANNEXE

Raisons médicales acceptables pour recourir aux substituts du lait maternel

RAISONS MÉDICALES ACCEPTABLES POUR RECOURIR AUX SUBSTITUTS DU LAIT MATERNEL

Traduction libre du document WORLD HEALTH ORGANIZATION ET UNICEF. *Baby-Friendly Hospital Initiative: Revised Updated and Expanded for Integrated Care - Section 4.1: The Hospital Self-Appraisal Tool*, Genève, World Health Organization et Unicef, 2009, 6 p.



Introduction

Presque toutes les mères peuvent allaiter avec succès, ce qui inclut l'initiation de l'allaitement dans la première heure de vie, l'allaitement exclusif pour les six premiers mois et la poursuite de l'allaitement (avec l'ajout d'aliments complémentaires appropriés) jusqu'à l'âge de 2 ans ou au-delà.

L'allaitement exclusif pendant les six premiers mois de vie est particulièrement bénéfique pour les mères et les nourrissons.

Les effets positifs de l'allaitement sur la santé des nourrissons et des mères sont observés dans tous les contextes. L'allaitement réduit le risque d'infections aiguës comme la diarrhée, la pneumonie, l'otite, *Haemophilus influenza*, la méningite et l'infection des voies urinaires (1). Il protège aussi contre des conditions chroniques apparaissant plus tard dans la vie comme le diabète de type 1, la colite ulcéreuse et la maladie de Crohn. L'allaitement en bas âge est associé avec une pression artérielle moyenne et un taux de cholestérol sérique total moins élevés, et avec une prévalence plus faible de diabète de type 2, de surplus de poids et d'obésité pendant l'adolescence et la vie adulte (2). L'allaitement retarde le retour de la fertilité chez la femme et réduit le risque d'hémorragie post-partum, de cancer du sein en préménopause et de cancer des ovaires (3).

Néanmoins, un petit nombre de conditions de santé chez le nourrisson ou la mère peuvent justifier de recommander qu'elle n'allait pas de façon temporaire ou permanente (4). Ces conditions, lesquelles concernent très peu de mères et leurs nourrissons, sont énumérées ci-dessous, ainsi que certaines conditions de santé de la mère qui, bien que sérieuses, ne sont pas des raisons médicales acceptables pour justifier l'utilisation de substituts du lait maternel.

À chaque fois que l'on considère arrêter l'allaitement, les bienfaits de l'allaitement devraient être mesurés aux risques posés par la présence de conditions spécifiques énumérées.

CONDITIONS CHEZ LE NOURRISSON

Nourrissons qui ne devraient pas recevoir de lait maternel ni aucun autre lait à l'exception de la formule spécialisée :

- Nourrissons ayant la galactosémie classique : une formule spéciale sans galactose est nécessaire.
- Nourrissons ayant la leucinose (maladie du sirop d'érable) : une formule spéciale sans leucine, isoleucine et valine est nécessaire.
- Nourrissons ayant la phénylcétonurie : une formule spéciale sans phénylalanine est nécessaire (un allaitement partiel est possible, sous surveillance étroite).

Nourrissons pour lesquels le lait maternel demeure la meilleure option d'alimentation, mais qui peuvent nécessiter un apport nutritionnel supplémentaire au lait maternel pour une période de temps limitée :

- Nourrissons dont le poids de naissance est inférieur à 1 500 g (très faible poids de naissance).
- Nourrissons nés à moins de 32 semaines de gestation (grand prématuré).
- Nouveau-nés à risque d'hypoglycémie secondaire à une déficience métabolique ou à un besoin accru en glucose (comme chez les prématurés, les nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel ou qui ont eu un épisode important de stress hypoxique / ischémique intrapartum, les nouveau-nés malades et ceux dont la mère est diabétique (5)) si leur glycémie ne s'améliore pas malgré un allaitement optimal ou l'administration de lait maternel.

CONDITIONS CHEZ LA MÈRE

Les mères qui sont affectées par toute condition mentionnée ci-dessous devraient recevoir un traitement selon les lignes directrices en vigueur.

Conditions maternelles qui peuvent justifier un non-allaitement permanent :

- Infection au VIH^b: si le remplacement du lait maternel est acceptable, faisable, abordable, durable et sécuritaire (AFASS) (6). Si non, l'allaitement exclusif pour les six premiers mois est recommandé.

^b L'option d'alimentation pour le nourrisson la plus appropriée lorsqu'une mère est infectée par le VIH dépend de sa situation individuelle ainsi que de celle de son nourrisson, incluant son état de santé. Cependant, la disponibilité des services de santé, ainsi que le suivi et le soutien dont elle pourrait disposer sont à prendre en considération. L'allaitement exclusif est recommandé pour les six premiers mois de vie à moins qu'une alimentation de remplacement réponde aux critères « AFASS ». Lorsque l'alimentation de remplacement est AFASS, il est recommandé qu'une mère ayant le VIH s'abstienne totalement d'allaiter. L'alimentation mixte pendant les 6 premiers mois de vie (c.-à-d. le lait maternel combiné à l'administration d'autres liquides, de préparation pour nourrissons ou d'aliments solides) devrait toujours être évitée par les mères infectées au VIH.

Conditions maternelles qui peuvent justifier un non-allaitement temporaire :

- Maladie sévère qui rend la mère inapte à prendre soin de son nourrisson, ex. septicémie.
- Virus de l'herpès simplex de type 1 (HSV-1) : le contact direct entre les lésions sur les seins de la mère et la bouche du nourrisson devrait être évité jusqu'à ce que les lésions actives soient guéries.
- Médication maternelle :
 - les médicaments psychothérapeutiques sédatifs, les médicaments antiépileptiques et les opiacés et leurs combinaisons peuvent causer des effets secondaires comme la somnolence et la dépression respiratoire et il est préférable de les éviter si une alternative plus sécuritaire est disponible (7);
 - l'iode-131 radioactive est préférablement à éviter étant donné que des alternatives plus sécuritaires sont disponibles – une mère peut reprendre l'allaitement environ deux mois après avoir reçu cette substance;
 - l'utilisation excessive d'iode ou d'iodophores topiques (ex. povidone-iode), particulièrement sur des plaies ouvertes ou des membranes muqueuses, peut causer la suppression de la thyroïde ou des anomalies électrolytiques chez le nourrisson allaité et devrait être évitée;
 - la chimiothérapie cytotoxique (antimétabolites) nécessite un arrêt de l'allaitement pendant la thérapie.

Conditions maternelles pendant lesquelles l'allaitement peut être poursuivi, bien que ces problèmes de santé peuvent être inquiétants :

- Abscesses au sein : l'allaitement devrait être poursuivi du côté du sein non affecté; l'allaitement du côté du sein affecté peut être repris lorsque le traitement a été débuté (8).
- Hépatite B: les nourrissons devraient recevoir le vaccin de l'hépatite B dans les premières 48 heures de vie ou le plus tôt possible (9).
- Hépatite C.
- Mastite : si l'allaitement est très douloureux, le lait devrait être exprimé afin de prévenir la progression de la condition (8).
- Tuberculose : la mère et le nourrisson devraient être traités selon les lignes directrices nationales sur la tuberculose (10).
- Consommation de substances^c (11):
 - il a été démontré que la consommation maternelle de nicotine, d'alcool, d'extase, d'amphétamines, de cocaïne et de stimulants liés, a des effets nuisibles sur les nourrissons allaités;
 - l'alcool, les opiacés, les benzodiazépines et le cannabis peuvent causer de la sédation chez la mère et chez le nourrisson. Les mères devraient être encouragées à ne pas utiliser ces substances, et devraient recevoir des opportunités et du soutien pour s'en abstenir.

^c Les mères qui décident de ne pas mettre fin à leur consommation de ces substances ou qui en sont incapables devraient demander un avis professionnel sur les risques et bénéfices de l'allaitement selon leur situation individuelle. Pour les mères qui consomment ces substances de façon occasionnelle (brefs épisodes), il peut être pertinent de considérer d'éviter l'allaitement temporairement pendant cette période.

Références bibliographiques

- (1) Technical updates of the guidelines on Integrated Management of Childhood Illness (IMCI). Evidence and recommendations for further adaptations. Geneva, World Health Organization, 2005.
- (2) Evidence on the long-term effects of breastfeeding: systematic reviews and meta-analyses. Geneva, World Health Organization, 2007.
- (3) León-Cava N et al. Quantifying the benefits of breastfeeding: a summary of the evidence. Washington, DC, Pan American Health Organization, 2002 (<http://www.paho.org/English/AD/FCH/BOB-Main.htm>, accessed 26 June 2008).
- (4) Resolution WHA39.28. Infant and Young Child Feeding. In: Thirty-ninth World Health Assembly, Geneva, 5–16 May 1986. Volume 1. Resolutions and records. Final. Geneva, World Health Organization, 1986 (WHA39/1986/REC/1), Annex 6:122–135.
- (5) Hypoglycaemia of the newborn: review of the literature. Geneva, World Health Organization, 1997 (WHO/CHD/97.1; http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO_CHD_97.1.pdf, accessed 24 June 2008).
- (6) HIV and infant feeding: update based on the technical consultation held on behalf of the Inter-agency Task Team (IATT) on Prevention of HIV Infection in Pregnant Women, Mothers and their Infants, Geneva, 25–27 October 2006. Geneva, World Health Organization, 2007 (http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595964_eng.pdf, accessed 23 June 2008).
- (7) Breastfeeding and maternal medication: recommendations for drugs in the Eleventh WHO Model List of Essential Drugs. Geneva, World Health Organization, 2003.
- (8) Mastitis: causes and management. Geneva, World Health Organization, 2000 (WHO/FCH/CAH/00.13; http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_FCH_CAH_00.13.pdf, accessed 24 June 2008).
- (9) Hepatitis B and breastfeeding. Geneva, World Health Organization, 1996. (Update No. 22).
- (10) Breastfeeding and Maternal tuberculosis. Geneva, World Health Organization, 1998 (Update No. 23).
- (11) Background papers to the national clinical guidelines for the management of drug use during pregnancy, birth and the early development years of the newborn. Commissioned by the Ministerial Council on Drug Strategy under the Cost Shared Funding Model. NSW Department of Health, North Sydney, Australia, 2006. http://www.health.nsw.gov.au/pubs/2006/bkg_pregnancy.html

Davantage d'information sur la médication maternelle et l'allaitement est disponible sur le site du United States National Library of Medicine (NLM) suivant: <http://toxnet.nlm.nih.gov/cgi-bin/sis/htmlgen?LACT>