

AVANTAGES DE L'ALLAITEMENT AU COURS DE LA DEUXIÈME ANNÉE DE LA VIE ET AU-DELÀ

POURQUOI LES PRÉPARATIONS DE SUITE
(APPELÉES PARFOIS « LAITS DE SUITE »)
POUR DES ENFANTS ÂGÉS DE 6 À 36 MOIS DEVRAIENT-ILS
ÊTRE CLASSÉS COMME SUBSTITUTS DU LAIT MATERNEL

1. L'OMS et l'UNICEF recommandent la poursuite de l'allaitement au sein jusqu'à l'âge de deux ans et au-delà¹. Plusieurs facteurs expliquent cette recommandation :
 - a. **MORTALITÉ:** La poursuite de l'allaitement au sein durant la deuxième année permet de protéger contre la mortalité infantile. Dans le cadre d'une méta-analyse menée en 2015², Sankar et al. ont identifié six études ayant examiné l'effet sur la mortalité de l'allaitement au sein comparé au non allaitement entre 12 et moins de 23 mois. Le risque relatif par groupe correspondait à une mortalité 1,97 (1,45-2,67) fois plus élevée chez les enfants non allaités (total n=17 761). Cela signifie que les enfants qui ne sont pas allaités à l'âge de 12 à 23 mois ont environ deux fois plus de risques de mourir que ceux qui sont allaités au sein au cours de la deuxième année de leur vie.
 - b. **ALIMENTATION:** Le lait maternel contribue de manière importante et unique à l'apport alimentaire des jeunes enfants durant la seconde année de vie. Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, on estime que l'apport moyen en lait maternel à l'âge de 12 à 23 mois équivaut à 550 g/jour, contribuant à 35-40 % environ des besoins énergétiques du jeune enfant.³ Le lait maternel est une source importante d'acides gras essentiels. Il fournit 70 % des besoins en vitamines A, 40 % des besoins en calcium et 37 % des besoins en riboflavine à 15-18 mois.⁴ En cas de maladie, le jeune enfant continue à consommer du lait maternel alors que son appétit pour d'autres aliments diminue.^{5,6} Des études cliniques ont confirmé que la poursuite de l'alimentation pendant les infections réduit la durée de la maladie et améliore l'état nutritionnel.^{7,8}
 - c. **SURCHARGE PONDÉRALE CHEZ L'ENFANT:** Les enfants allaités pendant plus d'une année bénéficient d'une plus grande protection contre la surcharge pondérale infantile. Dans le cadre d'une étude de grande envergure menée auprès d'enfants issus de familles à faible revenu aux États-Unis, les enfants allaités pendant au moins 12 mois étaient 28 % moins susceptibles de souffrir d'une surcharge pondérale à quatre ans que ceux n'ayant jamais été allaités (odds ratio ajusté 0,72, IC : 0,65-0,80).⁹ Dans le cadre d'une méta-analyse de 17 études menées dans sept pays,¹⁰ Harder et al. ont trouvé que chaque mois supplémentaire d'allaitement au sein réduisait de 4 % le risque d'obésité pendant l'enfance.
 - d. **SANTÉ MATERNELLE:** Les mères qui allaitent bénéficient d'une durée prolongée de l'allaitement. La poursuite de l'allaitement permet de retarder le retour de la fécondité, contribuant à des intervalles plus longs entre les naissances en l'absence de méthodes contraceptives. Allaiter pendant plus de 12 mois permet de réduire de 26 % le risque de cancer du sein, selon une méta-analyse de 50 études publiées.¹¹ Le même article indique que la poursuite de l'allaitement pendant plus de 12 mois permettait de réduire le cancer ovarien de 37 %, selon 29 études. Chaque année supplémentaire de durée de l'allaitement au sein était associée à un taux de 9 % de protection contre le diabète de type 2 (RR 0,91, IC de 95 % : 0,86-0,96).¹²
2. L'allaitement au cours de la deuxième année est une pratique courante dans de nombreux pays. Une majorité des enfants (>50 %) continuent d'être allaités au sein pendant au moins deux ans dans 41 des 130 pays présentant des données dans la base de données de l'UNICEF IYCF.¹³ Il est important de protéger la poursuite de l'allaitement maternel de la pression exercée par la commercialisation des produits laitiers ciblant les enfants de cette tranche d'âge.



3. Pour faire la distinction entre un substitut du lait maternel et un aliment complémentaire, il convient de savoir si l'aliment réduit directement la consommation du lait maternel ou s'ajoute à la pratique de l'allaitement. Les aliments complémentaires sont consommés en sus du lait maternel lorsque celui-ci ne suffit pas pour satisfaire aux besoins nutritionnels. En revanche, une consommation de lait chez les jeunes enfants remplace l'apport en lait maternel. Lorsque des laits sont introduits, les mères allaitantes réduisent le nombre de tétées par jour ou s'arrêtent tout simplement d'allaiter leur enfant¹⁴. Les laits ciblant spécifiquement les jeunes enfants de moins de trois ans remplacent alors l'apport en lait maternel et constituent de fait un substitut du lait maternel.
4. Un aliment peut être qualifié de substitut du lait maternel que cet aliment convienne ou non à cet usage. Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel souligne explicitement ce point dans la définition de ces produits (Article 3) : « les substituts du lait maternel signifient tout aliment commercialisé ou présenté de toute autre manière comme produit de remplacement partiel ou total du lait maternel, qu'il convienne ou non à cet usage ». ¹⁵ Pour cette raison, il n'est pas logique de présumer que les préparations de suite pour des enfants âgés de 6 à 36 mois ne constituent pas des substituts du lait maternel car n'ont pas les mêmes exigences en matière de composition que les préparations pour nourrissons.
5. Il n'existe aucune base sur laquelle établir un classement différent pour des produits commercialisés pour des enfants de moins de 12 mois par rapport à ceux commercialisés pour des enfants de 12 à 36 mois. Le Code ne fait aucune distinction à 12 mois. Les recommandations mondiales relatives à l'allaitement au sein ne font aucune distinction à 12 mois. De même, les Principes directeurs pour une alimentation complémentaire de l'enfant allaité¹⁶, publiés par l'OPS/OMS, s'appliquent à tous les enfants de moins de 24 mois.

Il est important de protéger la poursuite de l'allaitement maternel de la pression exercée par la commercialisation des produits laitiers ciblant les enfants de cette tranche d'âge.

Références:

1. World Health Organization. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding. 2003. http://www.who.int/nutrition/publications/gi_infant_feeding_text_eng.pdf. Accessed March 9, 2017.
2. Sankar MJ, Sinha B, Chowdhury R, et al. Optimal breastfeeding practices and infant and child mortality: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*. 2015;104(S467):3-13. doi:10.1111/apa.13147
3. Dewey KG, Brown KH. Update on Technical Issues concerning Complementary Feeding of Young Children in Developing Countries and Implications for Intervention Programs. *Food Nutr Bull*. 2003;24(1):5-28. doi:10.1177/156482650302400102
4. Prentice AM, Paul AA. Fat and energy needs of children in developing countries. *Am J Clin Nutr*. 2000;72(5):1253s-1265s. doi:10.1093/ajcn/72.5.1253s
5. Brown KH, Stallings RY, de Kanashiro HC, Lopez de Romaña G, Black RE. Effects of common illnesses on infants' energy intakes from breast milk and other foods during longitudinal community-based studies in Huascar (Lima), Peru. *Am J Clin Nutr*. 1990;52(6):1005-1013. doi:10.1093/ajcn/52.6.1005
6. Paintal K, Aguayo VM. Feeding practices for infants and young children during and after common illness. Evidence from South Asia. *Matern Child Nutr*. 2016;12:39-71. doi:10.1111/mcn.12222
7. Duggan C, Nurko S. "Feeding the gut": the scientific basis for continued enteral nutrition during acute diarrhea. *J Pediatr*. 1997;131(6):801-808. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9427881>. Accessed August 24, 2018.
8. King CK, Glass R, Bresee JS, Duggan C, Centers for Disease Control and Prevention. Managing acute gastroenteritis among children: oral rehydration, maintenance, and nutritional therapy. *MMWR Recomm reports Morb Mortal Wkly report Recomm reports*. 2003;52(RR-16):1-16. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14627948>. Accessed August 24, 2018.
9. Grummer-Strawn LM, Mei Z, Centers for Disease Control and Prevention Pediatric Nutrition Surveillance System. Does breastfeeding protect against pediatric overweight? Analysis of longitudinal data from the Centers for Disease Control and Prevention Pediatric Nutrition Surveillance System. *Pediatrics*. 2004;113(2):e81-6. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14754976>. Accessed July 26, 2018.
10. Harder T, Bergmann R, Kallischnigg G, Plagemann A. Duration of Breastfeeding and Risk of Overweight: A Meta-Analysis. *Am J Epidemiol*. 2005;162(5):397-403. doi:10.1093/aje/kwi222
11. Chowdhury R, Sinha B, Sankar MJ, et al. Breastfeeding and maternal health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Acta Paediatr*. 2015;104(S467):96-113. doi:10.1111/apa.13102
12. Aune D, Norat T, Romundstad P, Vatten LJ. Breastfeeding and the maternal risk of type 2 diabetes: A systematic review and dose-response meta-analysis of cohort studies. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2014;24(2):107-115. doi:10.1016/j.numecd.2013.10.028
13. United Nations Children's Fund (UNICEF). The State of the World's Children 2016: A fair chance for every child. 2016. https://www.unicef.org/publications/files/UNICEF_SOWC_2016.pdf. Accessed March 8, 2017.
14. Bellevue B, Kelly B, Hector D, et al. Systematic Reviews of Evidence on the Marketing of Breast Milk Substitutes Foods & Non-Alcoholic Beverages. Update of the Evidence to December 2014. [Draft Report]. 2015.
15. World Health Organization. International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. 1981.
16. Dewey KG. Guiding Principles for Complementary Feeding of the Breastfed Child. 2003.