



UNIVERSITE SENGHOR

Université internationale de langue française au service du développement africain

DEPARTEMENT GESTION DES SYSTEMES DE SANTE ET POLITIQUES ALIMENTAIRES

Mémoire en vue de l'obtention du

Diplôme d'Etudes Professionnelles Approfondies

CONTRIBUTION A LA PROMOTION DE L'ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF AU CONGO : EXPERIENCE DU GROUPE HOSPITALIER DU HAVRE EN FRANCE

Présenté et soutenu par :

Maurice NDEDI MALONDA

Jury :

Christian Mésenge

Alain Grynberg

Mohammed Helmi Gad

Alexandrie
Egypte 2005

Promotion 2003-2005

Dédicace

Mes parents, que le seigneur vous accorde un repos éternel mérité. Car vos conseils raisonnent toujours dans mon esprit, vous êtes éternels dans mon cœur.

*Mon épouse **Carine BIZENGA**, pour sa patience et ses encouragements, ainsi que pour avoir accepté de lutter avec moi pendant la période sombre de ma vie. Ma fille **Vanessa Oruch**, un exemple pour ta vie.*

Mes frères et sœurs, c'est grâce à votre soutien que je suis entrain de réussir à surmonter toutes les épreuves, que Dieu vous bénisse.

Remerciements

Je remercie très sincèrement

*Monsieur **Christian MESENGE**, Directeur du département Gestion des systèmes de santé et Politiques alimentaires, pour nous avoir conduit jusqu'à la fin de la formation.*

*Monsieur **JP. Heurtel** Directeur MCO au Groupe hospitalier du havre, et ses collaborateurs. Ainsi que Madame **Martine CHERRIER**, chef de service diététique au Groupe Hospitalier du Havre pour avoir accepté de nous accueillir pour ce stage.*

*Dr **Claire Laurent**, formatrice d'IPSN Co-naître, consultante en lactation attachée du service de médecine néonatale du Groupe Hospitalier du Havre, secrétaire du Centre de formation et de documentation sur l'allaitement maternel (C.F.D.A.M.)*

Pour son aide dans la conception de ce travail.

*Monsieur **Francis Delpauch**. Directeur de recherche à l'institut de recherche pour le développement (IRD) Montpellier, France.*

*Madame **Sylvie Colardelle**, Maître de conférences, Inspecteur de la santé publique Vétérinaire, Unité pédagogique Qualité et sécurité des Aliments, à l'école nationale vétérinaire de Lyon en France*

*Monsieur **JD.Rainhorn**, de l'institut de développement, Genève en Suisse*

Pour leurs orientations dans la conception de ce travail.

Tous les professeurs et les agents de l'Université Senghor d'Alexandrie qui ont consacré leur temps pour nous.

Résumé

Le déclin de l'allaitement maternel (AM) est constaté dans tous les pays du tiers-monde, mais aussi dans les pays développés. Moins de 35% seulement des enfants dans le monde sont exclusivement allaités pendant les quatre premiers mois de vie selon OMS, en 2001. Il est montré que les avantages que procure le lait humain sont mieux perçus lorsque le nourrisson reçoit l'allaitement maternel exclusif (AME) ; il est aussi démontré que la supplémentation précoce est associée à une augmentation du risque des maladies diarrhéiques.

Dans la plupart des pays africains, malgré la pratique quasi universelle de l'allaitement maternel, la prévalence de l'AME reste à un niveau très faible, entre 1,3% au Niger à 17% au Sénégal, en république du Congo, il est de 4%.

Plusieurs causes sont citées pour expliquer ce déclin, dont le déficit de formation et d'information des agents de santé sur la gestion de la période de lactation, mais aussi le manque d'information sur la pratique optimale de l'AM, au niveau de la population.

Quelles sont les stratégies que nous pouvons mettre en place au Congo, afin de relever la prévalence d'AME ?

Pour cela, nous avons effectué notre stage de mise en situation professionnelle au Groupe Hospitalier du Havre (GHH), afin d'observer et d'analyser la pertinence des stratégies mises en place dans le cadre du projet allaitement, pour l'obtention du label de l'OMS/UNICEF « hôpital ami des bébés », et leur applicabilité au Congo.

Notre travail a consisté sur l'analyse de la littérature, des observations directes, rencontres et discussions avec les agents de santé et différentes personnalités de l'hôpital.

Cette réflexion montre que la formation et l'information des agents de santé à la gestion de la période de lactation est primordiale, car elles influencent le choix des mères sur le mode d'alimentation de leurs enfants. « L'initiative hôpital ami des bébés » est à ne point douter, la stratégie idéale pour y parvenir, appuyé par des mesures législatives protégeant la femme allaitante, ainsi qu'un soutien de toute la communauté et surtout de l'environnement immédiat.

La promotion de l'AME, permettra d'améliorer la santé de nos enfants, ainsi que celle des mères. Le colostrum, représente la première vaccination de l'enfant, il doit donc en bénéficier.

Mots clés : Allaitement maternel exclusif, Promotion, Hôpital ami des bébés

Abstract

The decline of the breast-feeding (AM) is noticed in all the Third World countries, but also in the developed countries. Less than 35 % only children in the world are exclusively breast-fed during the first four months of life according to OMS, in 2001. It is shown that the advantages that get the human milk are better perceived when the infant receives the exclusive breast-feeding (SOUL); it is demonstrated as well as the premature supplementation is associated to an increase of the risk of the diarrheic diseases.

In most of the African countries, in spite of the almost universal practice of the breast-feeding, prevalence of the SOUL stays at a very weak level, between 1,3 % in Niger in 17 % in Senegal, in republic of Congo, it is 4 %. Several causes are quoted to explain this decline, among which the deficit of forming and piece of information of the agents of health about the management of the period of lactation, but also the lack of piece of information about the optimal practice of the AM, at the level of the population. What are the strategies which we can set up in Congo, to raise prevalence of SOUL?

For that purpose, we made our training of professional overview in the Hospital complex of Havre (GHH), to observe and analyze the relevance of the strategies organized within the framework of the project feeding, for the obtaining of the label of the OMS / UNICEF «friendly hospital of babies », and their applicability in Congo.

Our work consisted on the analysis of the literature, the direct observations, the meetings and the discussions with the agents of health and the various personalities of the hospital. This reflection shows that the forming and the piece of information of the agents of health in the management of the period of lactation are essential, because they influence the choice of the mothers on the mode of food (supply) of their children. "The initiative friendly hospital of babies" is not to doubt, the ideal strategy to reach there, rested (supported) by legislative measures protecting the allaitante woman, as well as support of all the community and especially the immediate environment.

The promotion of the SOUL, will allow to improve the health of our children, as well as that of the mothers. The colostrum, represents the first inoculation of the child, he thus has to benefit from it.

Keywords: exclusive Breast-feeding, Promotion, friendly Hospital of babies

TABLE DES MATIERES

<i>Dédicace</i>	i
<i>Remerciements</i>	ii
Résumé	iii
Abstract.....	iv
TABLE DES MATIERES	v
Liste des Tableaux.....	viii
Liste des figures	viii
Liste des annexes.....	viii
Liste des annexes.....	ix
Introduction générale.....	11
CHAPITRE 1 : LAIT MATERNEL ET L'ALLAITEMENT MATERNEL	14
1.1. Le lait maternel.....	14
1.1.1. Intérêt pour l'enfant	14
1.1.2. Le lait mature.....	15
1.1.3. Intérêt pour la mère.....	17
1.1.4. Composition du lait maternel	18
1.1.5. Particularité du lait de prématuré.....	18
1.1.6. Variation de la composition du lait au cours d'une tétée.....	18
1.1.7. Comparaison avec le lait de vache.....	19
1.2. Physiologie de la lactation	20
1.2.1. Anatomie du sein, contrôle hormonal de la lactation	20
1.2.2. Hormonologie du post-partum	21
1.2.3. Engorgements et autres problèmes de sein	23
1.3. Le nouveau-né	23
1.3.1. Adaptation à la vie Extra-utérine.....	23
1.3.2. Compétences motrices et relationnelles du nouveau-né	23
1.3.3. Déroulement de l'allaitement maternel.....	24
1.4. Lactarium et inconvénients de l'allaitement maternel.....	25
1.4.1. Législation sur l'utilisation du lait et les lactariums en France.....	25
1.4.2. Inconvénients de l'allaitement maternel	26
CHAPITRE 2 : ALLAITEMENT MATERNEL ET VIH/SIDA.....	28
2.1. Risques de transmission du virus sida par l'AM.....	28

2.2. Recommandations d'alimentation des nourrissons de mères séropositives.....	29
2.3. Autres Options pour l'alimentation des nourrissons de mères séropositives.....	29
2.4. Complexité de la prévention	31
2.5. Priorités	31
2.5.1. Avantages de l'allaitement maternel.....	32
2.5.2. Risques de l'allaitement artificiel	33
CHAPITRE 3 : ACTIVITES PENDANT LE STAGE	34
3.1. Présentation du lieu de stage	34
3.2. Un Pole socio-économique de première importance	35
3.3. Fonctionnement d'un établissement public de santé	35
3.4. Contexte du stage.....	36
3.5. Situation de l'allaitement maternel en France.....	37
3.5.1. Situation de l'allaitement maternel en Seine –maritime	39
3.5.2. Situation de l'allaitement au GHH	39
3.6. Bases de la protection de l'allaitement maternel et du soutien des mères qui allaitent	40
3.6.1. Organisation mondiale de la santé (OMS) : code international de commercialisation des substituts du lait maternel 1981.....	40
3.6.2. OMS/Unicef : protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel, le rôle spécial des services liés à la maternité 1989	40
3.6.3. La déclaration Innocenti.....	40
3.6.4. Union européenne	41
3.6.5. République Française.....	41
3.6.6. Organisation mondiale de la santé résolution sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (WHA54.2)2001	41
3.6.8. Les conditions pour le succès de l'AM.....	42
CHAPITRE 4 : ANALYSE DES PRATIQUES EN NEONATOLOGIE DU GROUPE HOSPITALIER DU HAVRE	43
4.1. Introduction	43
4.2. Accompagner la mère dans sa décision d'allaiter ou de tirer le lait	44
4.3. Assurer une bonne production de lait à la mère (tirer le lait).....	44
4.4. Nourrir le bébé en attendant qu'il exprime des compétences pour apprendre à téter	45
4.5. Etablir un contact mère bébé le plus étroit possible	46
4.5.1. Les effets « peau à peau » sont bien étudiés	46

4.6. Ne pas troubler les compétences du bébé prématuré pour téter	46
4.8. Mesurer l'efficacité des tétées du prématuré.....	48
4.9. Résultats du recueil des souhaits de formation sur l'allaitement maternel au Groupe Hospitalier du Havre.....	49
4.9.1. Réponses des personnels des services de Pédiatrie	49
5.1. Présentation de la république du Congo (Brazzaville)	58
5.1.1. Les données Géographiques.....	58
5.1.2. Population.....	58
5.1.3. Economie.....	59
5.2. Situation Alimentaire.....	59
5.3. Situation nutritionnelle au Congo.....	60
5.4. Pratiques optimales d'allaitement maternel	60
5.5. Pratiques d'allaitement maternel en Afrique.....	60
5.6. Situation de l'allaitement maternel au Congo	63
5.6.1. Pratiques de sevrage.....	65
5.6.2. Disponibilité et prix des produits.....	66
5.6.3. Niveau nutritionnel des bouillies.....	67
5.7. Organisation sociale de la promotion de l'allaitement maternel.....	67
5.7.1. Programmes internationaux.....	67
5.7.2. Organisation de la promotion de l'allaitement maternel : Exemple du Burkina Faso....	68
Discussion et commentaires.....	69
Conclusion générale et propositions pour le Congo.....	72
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	74
ANNEXES	a

Liste des Tableaux

- Tableau 1 : Comparaison de la composition du lait de vache et du lait maternel (page22)
- Tableau2 : Directives pour l'agent de santé en fonction de la situation (page 34)
- Tableau 3 : Répartition des agents enquêtés par fonction et par services
- Tableau 4 : Formation par Co-Naître
- Tableau 5 : Souhait de formation par service
- Tableau 6 : Type de formation souhaitée par le personnel
- Tableau 7 : Engagement dans la démarche d'obtention du label « hôpital ami des bébés »
- Tableau 8 : répartition des personnels de maternités par fonctions page 54
- Tableau 9 : Formation antérieure Co-Naître des professionnels de maternités (page 54)
- Tableau 10 : Souhait de nouvelle formation en allaitement par les professionnels de maternité
- Tableau 11 : Souhait de nouvelle formation par fonction
- Tableau 12 : Priorité de formation sur l'allaitement maternel
- Tableau 13 : Type de formation souhaitée
- Tableau 14 : Engagement pour l'obtention du Label « Hôpital ami des bébés »
- Tableau 15 : Evolution de la durée de l'AM en Afrique avant 1990
- Tableau 16 : Evolution de la durée de l'AM en Afrique après 1990
- Tableau 17 : Consommation moyenne de lait suivant l'âge dans les en développement
- Tableau 18 : Diversité de la pratique de l'AM dans 4 pays d'Afrique

Liste des figures

- Figure1 : Prévalence et durée de l'allaitement maternel en Seine-Maritime
- Figure2 : Nature des bouillies consommées au Congo

Liste des annexes

Annexe 1 : Politiques et recommandations internationales d'appui à la femme et à l'allaitement maternel (PRAIL-LAC).

Annexe 2 : Les dix étapes vers un allaitement maternel heureux

Liste des abréviations et sigles

AA	Alimentation Artificielle
AM	Allaitement maternel
AME	Allaitement Maternel Exclusif
ANAES	Agence Nationale pour l'Accréditation et l'Evaluation en Santé
AS	Aide Soignant
CFDAM	Centre de Formation et de Documentation sur l'Allaitement Maternel
FCFA	Franc de la Communauté Financière Africaine
GHH	Groupe Hospitalier du Havre
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
HIV	Human Immuno deficiency virus
IHAB	Initiative des Hôpitaux Amis des Bébé
IRD	Institut de Recherche pour le Développement
MAMA	Méthode d'Allaitement Maternel et d'Aménorrhée
MCO	Médecine et Chirurgie Obstétrique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PNAN	Plan National d'Action pour la Nutrition
SIDA	Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
SLM	Substituts du Lait Maternel
SMAM	Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	Virus de l'Immuno Déficience Humaine
WHO	World Health Organisation

Introduction générale

En 2002, l'OMS et l'UNICEF ont lancé la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant qui appelle les gouvernements et tous les responsables à faire en sorte que le secteur de la santé et les autres secteurs pertinents protègent, encouragent et soutiennent l'allaitement maternel exclusif pendant six mois et la poursuite de l'allaitement jusqu'à l'âge de deux ans ou au-delà, tout en donnant aux femmes l'accès aux moyens nécessaires, dans la famille, dans la communauté et au travail, pour y parvenir.

La plupart des nourrissons ne sont pas exclusivement allaités, environ 1,5 million d'enfants dans le monde meurent encore chaque année parce qu'ils ne sont pas alimentés de manière appropriée, moins de 35% des enfants sont allaités exclusivement les quatre premiers mois de vie (OMS, rapport du secrétariat, décembre 2001). Pourtant le lait maternel peut fournir tout ce dont un bébé a normalement besoin durant les six premiers mois de sa vie, y compris toute l'eau nécessaire, et ce même dans les pays à climat chaud.

D'une manière générale on note une lente diminution de la prévalence mondiale de la malnutrition protéino-énergétique qui est à l'origine de plus de la moitié des 10,9 millions de décès annuels chez les enfants de moins de 5 ans dans les pays en développement. Cependant près de 30%, soit 161 millions souffrent encore de retard de croissance. Plus de 70% de ces enfants vivent en Asie, plus de 25% en Afrique, et 4% environ en Amérique latine et dans les Caraïbes. L'émaciation touche 50,6 millions d'enfants de moins de 5 ans dans le monde, dont 9,6% en Afrique, le taux de létalité chez ces enfants est généralement de 20 à 30% (OMS, rapport du secrétariat, décembre 2001).

Ces résultats montrent que la situation nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans dans le monde reste préoccupante en particulier dans les pays en développement, des efforts restent donc à faire.

L'allaitement maternel est l'un des aspects importants de l'alimentation des nourrissons, il s'agit donc d'optimiser cette pratique pourtant naturelle chez tous les mammifères et très mal conduite chez l'homme, en faisant recours à l'allaitement maternel exclusif (AME) pendant les six premiers mois de la vie de l'enfant et un calendrier de sevrage scientifiquement prouvé.

L'assemblée mondiale de la santé a invité instamment les états membres à renforcer les activités et développer de nouvelles approches pour protéger, promouvoir et soutenir l'AME pendant six mois, ce qui doit être considéré comme une recommandation de santé publique mondiale (OMS, rapport du secrétariat, décembre 2001).

L'AM reste largement pratiqué en Afrique, plus de 95% de nourrissons sont allaités à la naissance, et la durée est généralement longue et varie en fonction de la culture des populations. Cependant l'AME reste encore très peu pratiqué, seulement 61,3% de nourrissons sont exclusivement allaités en Afrique du nord, 7,2% en Afrique de l'ouest, 38,7% en Afrique de l'est et 24,9% en Afrique centrale et du sud (Dop, 2002).

En république du Congo, la prévalence d'allaitement maternel est de 90% (IRD, 1990), seulement 4% des enfants sont nourris exclusivement jusqu'à six mois, 94% des enfants entre six et neuf mois sont allaités en recevant en plus des aliments de sevrage, 14% sont encore allaités entre 20-23 mois (Unicef, situation des enfants dans le monde, 2004).

L'analyse de ces résultats montre qu'au Congo, il n'y a pas visiblement une politique visant à mettre en pratique les recommandations de l'OMS et l'UNICEF sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

Les résultats de l'enquête nutritionnelle réalisée en République du Congo en 1987 chez des enfants de moins de 5 ans donne des résultats préoccupants. Cette enquête dont l'objectif principal était de fournir une évaluation de la situation nutritionnelle des enfants d'âge préscolaire au Congo, (Cornu et al, 1987) révèlent que :

- les retards de croissance staturale constituent la forme de malnutrition la plus fréquente, 27,5%.
- La prévalence de la maigreur est de 5,5% et atteint 14% dans la classe d'âge de 12 à 17 mois.
- La coexistence de ces deux formes de malnutrition a été observée chez 1,9% des enfants.

Le Congo se distingue des autres pays africains par une moindre prévalence des retards de croissance staturale mais aussi par une proportion forte des enfants amaigris. La situation nutritionnelle des enfants de moins de 5 ans, doit être encore plus grave aujourd'hui, avec le programme d'ajustement structurel (PAS) des années 1980, la dévaluation du franc CFA en 1994, et la longue période de trouble politique que le pays vient de traverser depuis 1990 jusqu'en 2000.

Des programmes d'intervention nutritionnelle de grande envergure sont nécessaires, afin d'améliorer la situation des enfants au Congo. Une approche holistique incluant également des actions dans le domaine de l'AM, contribuera à relever ce défi.

Ce travail a pour objectif principal d'analyser la pertinence des stratégies mises en place dans le cadre du projet allaitement, pour l'obtention du label de l'OMS/UNICEF « Hôpital ami des bébés » et leur application au Congo, ensuite faire des propositions.

Ainsi pour la mise en situation professionnelle, nous avons effectué un stage de trois mois au GHH en France, dans le cadre de notre formation à l'université internationale de langue Française au service du développement africain, université Senghor d'Alexandrie en Egypte, en vue de l'obtention du Diplôme d'études professionnelles approfondies (DEPA), au département « gestion des systèmes de santé et politiques alimentaires ».

Notre méthodologie de travail, est une méta analyse de la revue bibliographique sur l'allaitement maternel, complétée par une observation directe des séances d'accompagnement des mères à la mise en route de l'allaitement, par des visites dans le service de néonatalogie, des rencontres et discussions avec le personnel et les mères allaitantes.

Dans cette réflexion nous nous sommes posé les questions suivantes :

- les taux d'AME au Congo peuvent être relevés, grâce à une promotion, soutien et protection de l'AM intégrant la stratégie mondiale de l'OMS et UNICEF sur l'alimentation du nourrisson du jeune enfant ?
- les leçons apprises au groupe hospitalier du havre sont elles pertinentes et applicables au Congo ?
- l'initiative hôpital ami de bébés (IHAB), et les dix conditions pour le succès de l'AM pourront- elles contribuer de façon significative à l'augmentation de la prévalence de l'AME au Congo ?

Le travail est structuré en cinq grandes parties, à savoir :

- Une revue bibliographique sur l'allaitement maternel et la physiologie de la lactation
- Le VIH/SIDA et la promotion de l'allaitement maternel
- Présentation du lieu de stage et des activités pendant le stage
- Présentation de la situation de l'allaitement maternel en France
- Présentation de la situation de l'AM en République du Congo et les perspectives

CHAPITRE 1 : LAIT MATERNEL ET L'ALLAITEMENT MATERNEL

1.1. Le lait maternel

La plupart des femmes dans le monde en développement commencent à allaiter leur nourrisson mais la promotion de produits de remplacement du lait maternel, l'évolution des valeurs sociétales, l'urbanisation et la disparition des systèmes de soutien traditionnels posent autant de menaces pour l'AM. Les avantages de l'AM et les différences entre le lait maternel et les SLM doivent être soulignés pour renforcer le message, éduquer de nouveaux publics et maintenir le changement de comportement individuel.

1.1.1. Intérêt pour l'enfant

La composition du lait maternel répond de façon parfaite aux besoins de l'enfant en s'adaptant jour après jour à son évolution (Tellier, 1998).

1.1.1.1. Le colostrum

La première substance sécrétée par la glande mammaire est le colostrum, liquide jaune orangé, épais, relativement peu abondant. Le colostrum permet la protection contre les infections. Par sa richesse en protide et en sels minéraux, il permet à l'enfant de lutter contre la déshydratation, il retient l'eau dans son organisme. Au contraire, l'eau sucrée fait uriner le nouveau-né et lui fait perdre son eau trop rapidement, elle est donc à proscrire.

1.1.1.2. Aliment hautement énergétique

A la naissance, le nouveau-né va consommer une grande quantité d'énergie pour maintenir son équilibre thermique et pour le fonctionnement de ses différents organes. Cette énergie, il la trouve dans la combustion du glucose sanguin. La glycémie pourra être maintenue par l'apport du colostrum riche en lactose (32g/l) et en gynolactose (23g/l) sucre immédiatement utilisable pour le nouveau-né (Laurent C. Cours, 2004).

En tétant librement pendant les premières heures aussi souvent qu'il le demande, l'enfant pourra faire face à ses dépenses énergétiques.

Le colostrum contribue à la prévention de l'hypoglycémie, dont les formes graves peuvent générer des séquelles cérébrales irréversibles.

1.1.1.3. Le colostrum favorise l'expulsion du méconium

Les premières selles d'un enfant épaisses, visqueuses, qui se sont formées au cours de la vie intra-utérine sont très difficiles à éliminer. Le colostrum, excellent laxatif, va favoriser la motricité intestinale et ainsi l'expulsion du méconium. L'influence du colostrum sur le transit intestinal va permettre également l'évacuation des glaires qui peuvent encombrer l'enfant au niveau de son estomac et être source de régurgitation.

1.1.1.4. La prévention de la déshydratation et de l'hypothermie

Le nouveau-né qui baignait dans le liquide amniotique est brutalement transposé à un milieu aérien sec et froid. Il peut perdre une importante quantité d'eau à travers la peau qui se double d'un risque d'hypothermie. Le colostrum des premières heures particulièrement riche en sels et en protéines, va aider le nouveau-né à maintenir une bonne hydratation.

Toutes ces propriétés, illustrent la parfaite adaptation du colostrum aux besoins de l'enfant. C'est en cela qu'il constitue une substance inimitable.

Après quelques jours, le lait de transition se substitue au colostrum puis au lait définitif, très clair, un peu bleuté : le lait mature

Pour un bon équilibre hydrique, il faut limiter les pertes d'eau en utilisant le peau à peau, donner des calories et des protéines qui retiennent de l'eau (colostrum), ne pas donner de l'eau pure ou eau glucosée. En Afrique, le portage est un aspect à encourager, il favorise le contact permanent entre la mère et le nourrisson.

Conclusion partielle : l'utilisation du colostrum doit être vivement recommandée, et combattre toutes les croyances négatives, soutenant que ce produit n'est pas bon pour le nourrisson. Ainsi donc, le colostrum est rejeté dans plusieurs régions en Afrique, pendant cette période d'autres liquides sont administrés à l'enfant. Les messages de promotion, doivent faire le marketing de ce produit, afin de permettre son utilisation.

1.1.2. Le lait mature

Le lait maternel, reste le meilleur aliment adapté aux besoins divers de nos enfants, pendant les tout premiers mois de leur croissance. Le lait maternel joue un rôle nutritif et protecteur.

Le lait maternel continue à être une source importante de haute qualité en protéine, d'énergie (70kcal pour 100g de lait maternel : Laurent et Sawadogo, 2002), de vitamines (surtout la vitamine A), de minéraux et d'acides gras essentiels, pour les bébés un peu plus grand et ceux qui commencent à marcher.

1.1.2.1. Rôle immuno-protecteur

Comme le colostrum, le lait mature assure une protection immunitaire remarquable. Cette protection s'explique par la présence de facteurs cellulaires, immunologiques et biologiques dont l'évolution a participé à celle du lait mature, s'adaptant toujours parfaitement aux besoins de l'enfant. Plusieurs études ont démontré que les enfants nourris au sein sont plus résistants aux infections que ceux nourris au lait artificiel (Academy for Education Development, janvier 1999)

1.1.2.2. Rôle dans la prévention des allergies

L'absence dans le lait de Béta-lactoglobuline, substance très allergisante, fait faire l'économie chez nombre d'enfants d'accidents de type allergique. L'effet protecteur du lait maternel contre ces réactions allergiques est particulièrement remarquable lorsque de telles manifestations sont connues dans les antécédents familiaux. Les phénomènes allergiques, devenant de plus en plus fréquents, l'avantage de l'allaitement maternel dans de telles situations paraît presque aussi important que celui apporté dans la lutte contre les infections. L'AME pendant au moins quatre mois semble avoir un effet protecteur sur les nourrissons susceptibles de développer des cancers, diabète, obésité etc. (Academy for Education Development, janvier 1999)

1.1.2.3. Intérêt pour la qualité de la dentition et l'acquisition du langage

L'acte de la tétée fournit à l'enfant l'exercice nécessaire à un développement adéquat du palais et des mâchoires, contribuant par ailleurs à une meilleure acquisition du langage. Les mâchoires et les dents mal formées nécessitant le port d'appareil ainsi qu'une plus grande fréquence des caries dentaires seraient dans plusieurs cas étroitement liées à l'alimentation artificielle.

1.1.2.4. Adaptation quantitative

La succion du mamelon, au cours des tétées, déclenche chez la mère un double réflexe neuro-hormonal qui va permettre l'entretien de la sécrétion lactée. Ainsi la quantité de lait produite par la mère est directement dépendante des besoins de l'enfant. Plus l'enfant tète, plus la mère produit de lait. Rapidement l'enfant dispose des rations dont il a besoin.

1.1.2.5. Satisfaction du besoin de contact physique

Le sens le plus éveillé d'un nouveau-né est celui du toucher. La première région de son corps par laquelle il établira cette communication cutanée est la région de la bouche.

La communication qui s'établit lors de la première tétée va permettre d'instaurer la relation mère-enfant. Celle-ci est très importante et aura un impact sur le développement futur de l'enfant. Certains psychiatres pensent même que certaines maladies d'origine psychosomatique seraient étroitement liées au manque de contacts physiques avec la mère pendant les premières années de la vie, en particulier à la privation du sein maternel (Academy for Education Development, janvier 1999)

1.1.3. Intérêt pour la mère

1.1.3.1. Avantage pratique et économique

Dans le cadre d'un allaitement maternel, le lait est toujours prêt, sûr et de plus à la bonne température (37°C). Cela n'est pas de même lors d'un allaitement artificiel où il faut prévoir biberons, tétines, sans oublier leur nettoyage, rinçage et stérilisation. A cela il faut ajouter l'acquisition du lait, de l'eau et les manipulations pour la confection des biberons, sont autant d'étape qui augmentent les risques de contamination de l'aliment du nourrisson, surtout dans les pays en voies de développement, où les problèmes d'hygiène sont préoccupant.

Une femme allaitante sur une période de six mois, produit environ trois cents litres de lait ; pour produire cette même quantité de lait maternisé, il faudra plus de quatre cents litres de lait de vache (CLARCK Colette-op .cit-p38).

L'allaitement au sein offre d'importants avantages économiques pour les familles, les pourvoyeurs des services de santé, les programmes de planification familiale et les budgets nationaux, par la réduction des épisodes de maladies, des dépenses de santé et des pertes liées à l'absentéisme au travail (Tellier, 1998)

1.1.3.2. Rôle physiologique de l'allaitement dans la rétraction utérine

Lors des tétées, la sécrétion d'ocytocine déclenchée par la succion du mamelon, va agir sur les cellules musculaires de l'utérus. Des contractions utérines sont déclenchées et vont favoriser ainsi la rétraction utérine. Par une tétée précoce, la libération d'ocytocine contribue à la prévention d'une hémorragie de la délivrance ; avec la poursuite de l'allaitement, les contractions induites à chaque tétée vont permettre l'élimination des débris et caillots sanguins facilitant ainsi l'involution utérine. L'utérus reprend plus vite sa place initiale et les mères peuvent retrouver plus facilement le ventre plat.

L'AME retarde le retour des menstruations contribuant ainsi à la restauration du capital –fer et à l'espacement des naissances, méthode MAMA (Tellier, 1998). Mais dès le retour des menstruations, une autre méthode de contraception est nécessaire, tout en maintenant l'allaitement maternel exclusif.

Le retour au poids corporel initial est également plus rapide. L'AM diminue le risque de contracter des cancers du sein ou des ovaires avant la ménopause (Tellier, 1998)

1.1.4. Composition du lait maternel

L'enfant a un corps qui se développe lentement sur une quinzaine d'années alors que son cerveau subit une mutation et une croissance intense pendant les deux premières années .Le lait maternel est composé d'éléments en proportion adaptée à la vitesse de croissance et à la mutation du nourrisson .La composition du lait humain, est très complexe et présente des avantages énormes pour la bonne croissance de l'enfant.

Le lactose (60g/l) et les oligosaccharides assurent la croissance du cerveau et l'équilibre de la flore microbienne digestive.

Les protéines très assimilables, non allergisantes sont en quantités juste adaptée à la croissance de l'enfant et ce, sans surcharger les fonctions hépatiques et rénales.

Les lipides essentiellement insaturés sont facilement digérés.

Le faible taux de sels minéraux économise le travail rénal.

Une composition globale qui facilite au mieux l'absorption du calcium, du phosphore, du fer, donc la construction des tissus osseux et sanguins.

1.1.5. Particularité du lait de prématuré

Des études relativement récentes ont démontré que le lait d'une femme ayant accouché prématurément est encore plus riche en sucre et en protéines. Ces éléments vont contribuer au mieux à la croissance de cet enfant plus fragile.

C'est ainsi que nous avons observé au service de néonatalogie du GHH, l'utilisation du lait de mère, pour l'alimentation des bébés prématurés né en bonne santé, sans malformation apparente. Dans un premier temps en utilisant la sonde, ensuite on donne le lait de la mère à la tasse jusqu'à ce que, l'enfant puisse être capable de téter.

1.1.6. Variation de la composition du lait au cours d'une tétée

Si le lait varie selon l'âge de l'enfant, sa composition varie également au cours d'une tétée. Les premières substances constituant le début d'une tétée sont l'eau et le sucre. Ces

substances calment la soif et la faim, et fournissent une énergie immédiate. Ensuite le lait s'enrichit en protéines et en graisses. En fin de tétée, les graisses augmentent encore pour fournir à l'enfant une sensation de satiété.

Le goût du lait maternel est influencé par la consommation alimentaire de la mère, vraisemblablement l'enfant s'habitue progressivement aux différents goûts des aliments de son environnement immédiat.

1.1.7. Comparaison avec le lait de vache

Le lait maternel présente une composition chimique différente de celle des autres mammifères, il ne peut être remplacé par aucun autre aliment.

- Apport énergétique :

Il n'y a aucune différence sur le plan calorique, un litre de lait de vache et de femme apporte en moyenne 670kcal.

-Les protéides :

Le lait de vache contient trois fois plus de protéines que le lait maternel. Avec du lait de vache non modifié le nourrisson doit éliminer les deux tiers des protéines qu'il reçoit ; cela constitue un supplément de travail pour le foie et les reins.

-Les glucides :

Le principal sucre du lait est le lactose, qui entre dans la composition des cérébrosides nécessaire à la synthèse de la myéline. Le lait de vache ne contient que très peu de lactose.

-Les lipides :

Le lait maternel est beaucoup plus riche en acides gras insaturés (acide linoléique et arachidonique) que le lait de vache. Ces acides gras ne peuvent être synthétisés par l'organisme et doivent donc être apportés par l'alimentation.

Tableau n°1 : Comparaison de la composition du lait de vache et du lait maternel

	Lait de vache	Lait maternel
Eau	87%	87%
Glucides	5%	7%
Lipides	4%	4,7%
Protéines	4%	1,3%
Vitamines	A, D, B	A, D, B
Sels minéraux	Calcium et phosphore	Calcium et phosphore

Source : (Agbessi et al. *Nutrition africaine, élément de bases appliquées*, 1987)

1.2. Physiologie de la lactation

La production du lait, par les seins de la femme, est sous le contrôle de deux hormones essentielles produites par l'axe hypothalamo-hypophysaire : la prolactine et l'ocytocine.

1.2.1. Anatomie du sein, contrôle hormonal de la lactation

Le sein a trois fonctions : esthétique, érotique et nourricière ...et que « c'est sur la base du plaisir que se produisent les actes biologiquement nécessaires à la survie de l'individu et de l'espèce ».

1.2.1.1. Configuration interne

Le sein est un organe plein, composé de quatre tissus, ayant tous un rôle important :

- Le tissu glandulaire se développe et s'organise dès le début de la grossesse, il est prêt à quatre mois de grossesse. Le sein est une glande exocrine ,composée de multiples alvéoles regroupées en lobules ,eux-mêmes regroupés en lobes (une dizaine).Les alvéoles ont une membrane très fine constituée d'une seule couche de cellules où le lait se fabrique .

Le lait s'écoule des alvéoles dans des canaux qui se regroupent, s'élargissent légèrement derrière l'aréole au niveau des sinus, et débouchent au bout du mamelon par une vingtaine de pores.

Le sein est un lieu de passage actif, où le lait ne se fabrique que dans la mesure où il est prélevé .Il n'y a pas de lieu de réserve dans le sein ; entre deux tétées il y a un peu de lait dans les alvéoles, les canaux et les sinus.

L'accumulation accidentelle de lait dans les seins (absence de tétée, blocage d'écoulement, surproduction) conduit à la formation d'un œdème interstitiel : l'engorgement.

- Le tissu capillaire sanguin se développe également pendant la grossesse, réalisant une éponge sanguine autour des alvéoles .On observe sur les seins des dilatations de veines. En post partum, le débit vasculaire augmente considérablement (multiplié par trois), pour conduire les matériaux nécessaire à la production du lait.

- Le tissu contractile myo-épithélial est formé de fibres enserrant les alvéoles et les canaux, qui se contractent pour éjecter le lait jusqu'aux sinus.

- Le tissu interstitiel adipo-conjonctif forme le galbe du sein .Le volume du sein est dû au tissu graisseux, et n'a pas d'incidence sur la lactation. Ce tissu est très riche en vaisseaux lymphatiques, permettant une bonne défense du sein qui va fonctionner comme un organe lymphoïde pendant la lactation (apport d'anticorps à l'enfant, réaction inflammatoires en cas d'agression).

1.2.1.2. Configuration externe

La forme des seins et leur taille ne jouent pas dans la capacité à allaiter, pour cela toutes les femmes sont physiologiquement capables de réaliser cette fonction.

Sur le plan externe du sein, on distingue : l'aréole de taille très variable

Le mamelon peut être court, long, plat et très rarement rétracté (ombiliqué ou inversé).

L'ensemble aréole et mamelon a un rôle important dans la réaction d'allaitement (présence des glandes sébacées qui oriente le nouveau-né pendant la tétée : odeur et lubrification.

L'enfant reconnaît le sein dans les toutes premières heures de vie par l'odeur, cela est montré dans les expériences de mise au sein précoce aussitôt après la naissance.

1.2.2. Hormonologie du post-partum

La lactation est un phénomène physiologique complexe sous contrôle hormonal. Ces hormones, la prolactine et l'ocytocine sont fabriquées par l'hypophyse, elle-même sous dépendance de l'hypothalamus. L'hypothalamus lui-même est sous l'influence des émotions et des connaissances (cortex cérébral). Le cerveau va influencer positivement ou négativement les réflexes de lactation. Le phénomène de lactation sera donc sensible à l'état psychologique de la mère et de son environnement.

La prolactine permet la fabrication du lait, en agissant sur le débit sanguin des vaisseaux qui entourent les alvéoles, et sur les cellules sécrétrices. L'ocytocine permet l'éjection du lait, en agissant sur les petits muscles (tissu myo-épithélial) enserrant les alvéoles et les canaux galactophores ; ce brassage musculaire active aussi la circulation sanguine des seins.

L'enfant en tétant stimule les terminaisons nerveuses du mamelon, l'influx arrive à l'hypophyse qui libère prolactine et ocytocine. Plus l'enfant tète efficacement, souvent, et longtemps, plus il y aura sécrétion de lait; la position de la bouche de l'enfant est essentielle.

Dans le but d'optimiser l'allaitement maternel, cela doit faire l'objet d'une formation spéciale des mères sur la mise au sein dans les heures qui suivent l'accouchement réalisé dans des bonnes conditions. En Afrique ces pratiques sont transmises de mère à fille, avec l'urbanisation et la perte des valeurs socioculturelles, il est impérieux que les agents de santé soient formés à jouer ce rôle dans les hôpitaux.

1.2.2.1. Réflexe ocytocique

S'il se fait bien on remarquera souvent dès les premiers jours une sensation de tension ou de picotement dans les seins, un écoulement de lait du sein non tété et des contractions utérines.

L'ocytocine est libérée lors de stimulations sensorielles (voir, entendre, toucher, sentir son

enfant ...) et lors des stimulations émotionnelles (penser à son enfant, imaginer le lait qui coule, se sentir bien ...). C'est pour cela, dans la promotion de l'allaitement maternel, il est important de maintenir le nouveau-né avec sa mère, favoriser le contact peau à peau, être bien installée, avec quelqu'un de confiance pour accompagner, créant un climat émotionnel calme et détendu.

1.2.2.2. La prolactine

C'est une hormone plus stable, souvent fabriquée la nuit, et à l'heure de la sieste, surtout si la mère est allongée, mais chaque tétée donne un pic de prolactine qui augmente encore son taux (pic 20 minutes après le début de la tétée, et demie vie de 2 heures).

Dans les premiers jours d'allaitement, les récepteurs à prolactine (et sans doute à ocytocine) se multiplient dans le sein d'autant plus que les tétées sont fréquentes, et ensuite cela permettra une plus grande facilité à s'adapter aux besoins du bébé, d'où l'importance des tétées fréquentes dans les premiers jours. Dès la montée de lait, la lactation n'est plus directement liée à la sécrétion de la prolactine, c'est le prélèvement régulier dans un contexte hormonal toujours favorable qui en commande la production.

Si le lait n'est pas prélevé, la pression augmente dans les alvéoles et les peptides inhibiteurs contenus dans le lait se fixent sur les cellules sécrétrices pour inhiber la lactation.

NB : Pendant les tétées, il y a aussi sécrétion d'autres hormones, comme par exemple :

- les hormones gastro-intestinales et endorphines, entraînant bien-être sommeil, et stimulant la mémorisation et les apprentissages.
- l'insuline, entraînant une baisse glycémique avec utilisation des réserves et faim (ou malaise).

1.2.2.3. Les Phases d'allaitement

Pendant la grossesse, les tissus du sein se développent sous l'action de la progestérone, de la prolactine et de l'hormone lactogène placentaire.

Le sein est prêt à produire du lait à partir du quatrième mois de grossesse, d'où la possibilité d'allaiter un enfant prématuré.

A l'accouchement, il y a chute des hormones de grossesse. La chute de la progestérone (trois jours) plus rapide que celle des œstrogènes (huit jours) crée souvent un état comparable au syndrome prémenstruel (hypersensibilité des seins et des mamelons, labilité émotionnelle, rétention d'eau).

L'allaitement est très différent selon l'âge du bébé et la phase de lactation de la mère. Les deux premiers jours : colostrum en petite quantité, le nouveau-né s'endort facilement au sein, et il apprend à téter (tétées courtes de plus en plus fréquentes).

De trois à quatre jours, mise en route de la lactation, le nouveau-né peut téter efficacement s'il est bien placé, il s'arrête quand il n'a plus faim, vers le septième ou dixième jours il y a baisse fréquente de lait.

Les deux premiers mois : adaptation progressive aux besoins croissants du bébé.

De deux à quatre mois : régularité des tétées, plaisir .nécessité de ne pas sauter trop de tétées car la fabrication du lait est encore sous forte dépendance du nombre de tétées.

De quatre à vingt quatre mois ou plus : la lactation est bien établie, il est possible d'allaiter complètement (en proposant d'autres aliments à partir de six à 9 mois).

1.2.3. Engorgements et autres problèmes de sein

Les engorgements peuvent être provoqués par une évacuation insuffisante des seins ou par une mauvaise tétée de l'enfant. Le sein se remplit et devient vite douloureux, oedematié. Les crevasses rendent les tétées douloureuses et une diminution de sécrétion lactée.

1.3. Le nouveau-né

1.3.1. Adaptation à la vie Extra-utérine

Les réserves à la naissance en eau (10% du poids de son corps) et en énergie (graisse brunes et glycogène) permettent au nouveau-né de se nourrir et de boire très peu pendant 2à3 jours dans un environnement adapté (s'il est estimé à terme et s'il n'utilise pas ses réserves en luttant contre le froid ou en pleurant beaucoup).

(Laurent C. Séminaire de formation sur les rythmes et les besoins des nouveaux-nés et des nourrissons, 2004.)

1.3.2. Compétences motrices et relationnelles du nouveau-né

La mémorisation des repères sensoriels in utero l'aide à trouver le sein (ou le bras) où il se sent en sécurité. IL se repère surtout avec l'odorat, mais aussi avec l'ouïe, le toucher, la manière dont on le porte.

Ses réflexes nutritionnels (fouissement, orientation, ouverture de la bouche, succion et déglutition) lui permettent de trouver le sein, d'apprendre à téter et de recevoir d'abord du colostrum qui renforce ses défenses immunitaires.

(Laurent C. Séminaire de formation sur les rythmes et besoins des nouveaux-nés et des nourrissons, 2004)

Dans un environnement adapté (des adultes qui entrent en contact avec lui dès qu'il se réveille), le nouveau-né peut apprendre à téter et trouver le plaisir, grâce à la sécrétion d'endorphine que cette activité entraîne.

L'enchaînement « éveil- recherche du sein – tétée – plaisir – mémorisation » se renforce à chaque réveil, de même que l'enchaînement « éveil- recherche du contact – besoins physiologiques comblés(chaleur ,relation, alimentation...)- sécurité – mémorisation » .

L'hypothalamus, horloge interne, intègre ces enchaînements et cherche à les reproduire, créant ainsi des habitudes.

Ces habitudes évoluent en fonction des apprentissages et des nouvelles capacités du nourrisson, et aussi en fonction de son environnement.

1.3 .3. Déroulement de l'allaitement maternel

1.3.3.1. Position du bébé au sein

La position de l'enfant au sein est primordiale, pour une bonne alimentation. La tête du bébé est dans l'axe de son corps, son ventre est face au ventre de sa mère, et la bouche face au mamelon, grande ouverte, nez et menton contre le sein ; la langue est entre le mamelon et la lèvre inférieure, et elle avance quand le bébé avale.

Une mauvaise position entraîne une baisse de lactation (par stimulation insuffisante de la prolactine), des problèmes de mamelons (par étirement) et des engorgements (par défaut d'éjection).

1.3.3.2. Déroulement d'une tétée

En apprenant à observer une tétée, on découvre où interviennent les hormones (et la finesse des interventions mère/bébé). Tout est idéal si le bébé est réveillé, recherche activement le mamelon ouvre grand la bouche et sort la langue :

- Le bébé s'agite : la mère sent une petite tension dans ses seins, le lait coule
- Prise du sein : le bébé obtient 20g de lait contenu dans les sinus
- Temps de latence plus ou moins long : le bébé peut s'énerver
- Erection du mamelon et tensions dans les seins ce qui entraîne un flux de lait, le bébé déglutit et même quelques fois s'étouffe

- Plusieurs réflexes d'éjection dans une même tétée (2 à 5 en quelques minutes), le lait jaillit mieux si la mère est détendue.

Plus on aide pour la « mise au sein », plus la mère et le bébé perdent leur capacité à se débrouiller. Il vaut mieux être seulement là pour la présence, encourager la mère, laisser faire, corriger éventuellement un peu la position en demandant à la mère si elle se sent bien, l'aider à sentir et à regarder ce que fait son bébé.

Le travail des agents de santé est d'aider la mère à repérer les signes d'éjection, signes d'une bonne mise en route de la lactation.

1.3.3.3. Séparation mère enfant et tirer le lait

Contrairement à ce que pensent nombre de gens, la modernisation et le rôle croissant des femmes comme salariées ne sont en aucune façon incompatibles avec l'AM. Des enquêtes démontrent que les femmes peuvent vivre en milieu urbain, être salariées et allaiter leur bébé, même pendant des périodes prolongées. Toute fois, pour atteindre ce but, elles ont besoin d'appui et d'encouragement.

Pour maintenir une quantité suffisante de lait, les femmes doivent soit pouvoir donner fréquemment le sein à leur nourrisson, soit tirer leur lait fréquemment, et le conserver dans des conditions hygiéniques.

Ainsi pour favoriser l'AM, certaines conventions collectives donnent aux mères la possibilité de ne pas travailler pendant quelques heures au cours de la première année de vie de l'enfant. Un matériel de plus en plus moderne permet de tirer et conserver le lait dans des conditions hygiéniques, et donc d'allaiter le bébé même pendant l'absence de sa mère. Nous avons observé ces techniques au sein du service de néonatalogie du Havre.

1.4. Lactarium et inconvénients de l'allaitement maternel

1.4.1. Législation sur l'utilisation du lait et les lactariums en France

La loi autorise en effet l'utilisation du lait cru de la mère, seulement si celui-ci est donné à l'enfant dans un délai inférieur à 12 heures. (Circulaire DGS/SP2 n° 97-785, en annexe).

Dans une lettre à la rédaction des archives de pédiatrie du Havre, les docteurs C.Laurent, H.Bruehl, J.P Chabrolle de médecine néonatale au GHH, démontrent la difficulté de respecter cette circulaire tout en assurant, un AM exclusif des nouveaux nés malades ou prématurés, dans leur service. Le délai de 12 heures étant trop court, ils proposent un délai de 24 heures, qui serait infiniment plus facile à respecter.

En tenant compte des arguments scientifiques développés par les pédiatres, et dans l'intérêt de la promotion d'un allaitement exclusif, cette circulaire nécessite bien une révision.

1.4.2. Inconvénients de l'allaitement maternel

1.4.2.1. Pollution du lait maternel

La présence des produits dangereux dans le lait humain avait déjà été établie par MARFAN en 1903.

➤ Polluants volontaires individuels :

La caféine, la nicotine, la drogue et l'alcool, sont des toxiques qui diffusent dans le lait maternel avec toutes les conséquences nocives qu'ils peuvent avoir sur la vie de l'enfant qui allaite. La femme allaitante est tenue de s'abstenir de la consommation de ces substances, pendant toute la période d'allaitement.

➤ Médicaments :

La mère allaitante doit le préciser à son médecin afin que ce dernier puisse établir une prescription compatible, excluant les produits dangereux pouvant se retrouver dans le lait maternel, c'est le cas des antimétabolites, anticoagulants oraux, antithyroïdiens de synthèse, atropiniques, benzodiazépines, bromures, chloramphénicol, dérivés de l'ergot de seigle, furosémide, morphiniques, produits iodés, produits radioactifs, quinine, sels d'or, sulfamides, tétracyclines, thiazidiques, etc.

➤ les germes :

La pollution virale (virus des hépatites, virus VIH, etc.) et bactérienne (staphylocoque, BK, etc.) est connue depuis longtemps et explique la plupart des contre indications à l'AM.

1.4.2.2. Autres inconvénients

Certains Inconvénients peuvent gêner certaines mères. C'est notamment la servitude que cela implique, d'être toujours disponible pour son bébé. C'est également l'existence de « fuites » disgracieuses marquant les chemisiers d'une auréole humide.

Le problème esthétique est souvent posé par les mères comme raison pour refuser le lait maternel à sa progéniture. Il faut éviter au cours de la grossesse une prise de poids trop importante, et porter un bon soutien gorge. La prévention de l'engorgement pendant la lactation évite les déformations inesthétiques de la poitrine des femmes.

1.4.2. 3.contres indications de l'AM

Les contres indications de l'AM sont exceptionnels, même le sida n'interdit pas l'AM (Academy for Educational Development, janvier 1998).

Des études sont en cours, et l'OMS préconise pour l'instant de continuer la promotion de l'AM partout , de pasteuriser le lait maternel à 56°C durant 30 minutes avant de l'utiliser pour un autre enfant .

En cas de mère infectée, il s'agit de comparer le risque de transmission (que l'on sait faible), avec le risque lié à l'utilisation de l'AA que l'on sait par contre très élevé, dans les pays en développement.

Même une mère en situation alimentaire difficile produit un lait adapté aux besoins du nourrisson, en puisant dans ses réserves.

Une dénutrition importante de la mère entraîne une baisse de la production de lait, le taux de lipides saturés diminue, celui des acides gras insaturés indispensables au développement du cerveau reste stable .Avant trois mois, la croissance du nourrisson est correcte.

NB : Cependant si toutes les conditions sont réunies pour assurer une bonne AA, une décision de contre indication de l'AM doit être prise dans les cas suivant :

- Septicémie aigue
- Séroposivité hépatite C récente
- Séroposivité hépatite B très récente (contamination pendant la grossesse)
- Maladie maternelle grave (état de dénutrition)
- Traitement indispensable et incompatible (pollution du lait maternel).

CHAPITRE 2 : ALLAITEMENT MATERNEL ET VIH/SIDA

En 1985, on a découvert la présence du VIH dans le lait des mères séropositives, et de nombreuses enquêtes prouvent la transmission du virus à l'enfant par le lait maternel. L'Afrique est le continent le plus touché par l'épidémie, 90% environ de toutes les infections par le VIH chez l'enfant y surviennent (WHO, UNAIDS, 1998). Ce qui pose un grand problème dans la promotion de l'allaitement maternel.

2.1. Risques de transmission du virus sida par l'AM

Le risque global de transmission du VIH, de la mère à l'enfant pendant la grossesse, l'accouchement et l'allaitement, est estimé à 25-45%. Environ un tiers des cas d'infection du nourrisson seraient liés à l'allaitement (WHO, UNAIDS, 1998). En plus du risque lié à la grossesse et à l'accouchement, le taux de transmission par l'AM est de 14%¹, lorsque la mère a contracté le VIH avant l'accouchement, et de 29% lorsque l'infection de la mère est survenue pendant le post-partum (Dunn, 1992).

Environ deux tiers des infections dues à l'allaitement sont survenues avant 4 mois (Nduati, 2000), il observe une relation étroite entre la durée de l'allaitement et la transmission post-natale tardive (après 2,5 mois de vie). Ces travaux montrent une augmentation quasi linéaire du risque de transmission du VIH, avec la durée de l'allaitement, lorsque la mère est séropositive.

La mesure du risque en cas d'AME (Coust, 1999), montre à partir d'une étude réalisée chez des mères séropositives qui choisissaient l'AM comme mode d'alimentation, aux quelles on a recommandé un AME : à six mois, la probabilité d'infection était la même chez les nourrissons allaités exclusivement pendant au moins trois mois et chez ceux qui n'avaient jamais reçu de lait maternel (19%), alors qu'elle était plus élevée chez ceux qui avaient reçu un AM d'un autre type (26%) (Morse JM et al. 1990).²

L'AM non exclusif serait la pratique la plus risquée en termes de transmission du VIH à l'enfant. Si cette observation se confirme par des nouvelles études, elle aurait des implications majeures sur la propagation de l'épidémie en Afrique, en raison de la non utilisation courante de l'AME (Dop, 2002)

¹ La situation des enfants dans le monde, 1998 ; allaitement maternel et transmission du VIH. « C'est vers la fin de la grossesse et au moment de l'accouchement que l'enfant court le plus grand risque estimé à 20%-d'une transmission verticale du VIH. L'allaitement par une mère séropositive y ajoute un risque de contamination estimé à 14%.

² Dans, l'AM en Afrique : l'évolution favorable sera-t-elle remise en question par l'épidémie du sida ? DOP MC, 2002 ; cahier santé.

2.2. Recommandations d'alimentation des nourrissons de mères séropositives

Les organismes internationaux (OMS, UNICEF, ONUSIDA), ont élaboré des recommandations d'alimentation des nourrissons, au fur et à mesure de la publication des données confirmant la TME du VIH par le lait maternel, dans le but de réduire ce risque (Dop MC, 2002). Les options recommandées en 2004, sont : l'alimentation aux SLM ou l'AME pendant au moins six mois avec un sevrage court de deux semaines (Desclaux, 2004)

Conclusion partielle

A la lumière des recommandations des organismes internationaux, il est important de promouvoir en l'Afrique l'AME, à cause de ses avantages multiples sur la santé du couple mère-enfant, et des contraintes économiques et sanitaires qui ne facilitent pas l'adoption d'une alimentation par les SLM.

2.3. Autres Options pour l'alimentation des nourrissons de mères séropositives

Pour limiter la transmission par le lait maternel, plusieurs alternatives à l'AM ont été proposées (Situation des enfants dans le monde ,1998)¹.

Nous pouvons citer :

- la proposition de faire nourrir le bébé au sein, mais par une femme séronégative (Allaitement par une nourrice).
- Un bon choix pour certaines femmes pourra être de prélever le lait de la mère et de le traiter à la chaleur (62,5°C pendant 30 minutes), ce qui détruit le virus. Cette alternative est contraignante, et sa faisabilité sur une durée de plusieurs mois est douteuse.
- l'utilisation des SLM, car leur composition nutritionnelle est plus proche du lait maternel ; mais leur coût est très élevé, sa réussite nécessite une aide des organismes gouvernementaux et des ONGs, dans les pays en développement. Les gouvernements doivent s'attacher à répondre particulièrement aux besoins des plus désavantagées, ce qui se passe par l'amélioration de l'assainissement et de l'approvisionnement en eau potable, et par des soins attentifs aux familles (Desclaux, 2004)²

Les conseils que les agents de santé peuvent donner aux mères se fondent sur des estimations des risques de transmission liée à l'AM et les risques de mortalité due à l'AA dans différentes situations en utilisant la meilleure information disponible dans un modèle de prise de décision.

¹ HIV and infant feeding. A guide for health-care managers and supervisors. Genève : world health organisation, 1998)

² DESCLAUX A, prévention de la transmission du VIH par AM.

Mais chaque situation est unique et les agents de santé doivent faire correspondre leurs conseils aux besoins individuels de chaque mère. La démarche à suivre se trouve résumé dans le tableau suivant (Academy for Educational Development, janvier 1998).

Tableau 2 : Directives pour l'agent de santé en fonction de la situation

situation	Directives pour l'agent de santé
Tests confidentiels ne sont pas disponibles ou ne sont pas utilisés (on ne sait pas si la mère est séropositive)	<ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir la disponibilité et l'utilisation de tests confidentiels • Promouvoir l'AM comme comportant moins de risque que l'AA • Enseigner à la mère à éviter l'exposition au risque de contracter le VIH
Mère séropositive Produits de remplacement du lait maternel disponibles, d'un coût abordable et sans danger Soins de santé adéquats disponibles à un coût abordable	<ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir l'AA comme comportant moins de danger que l'AM • Aider la mère à choisir la méthode d'alimentation la plus sûre et fournir cette méthode • Protéger et promouvoir l'AM pour le reste de la population • Enseigner à la mère à éviter la transmission du VIH
Mère séropositive Les produits de remplacements du lait maternel ne sont pas disponibles, sont trop chers ou dangereux	<ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir l'AME comme présentant moins de danger que l'AA • Enseigner à la mère à éviter la transmission du VIH
Mère séropositive	<ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir l'AME comme la méthode d'alimentation la plus sûre pour le bébé • Apprendre à la mère à éviter de s'exposer au risque de contracter le VIH

Source : Académie pour le développement de l'éducation, janvier 1998

2.4. Complexité de la prévention

Les stratégies préventives pour la transmission du VIH par le lait maternel, sont difficiles à définir pour plusieurs raisons :

- Objectivement du point de vue des programmes :

Le sevrage est l'une des principales causes des malnutritions infantiles dans les pays du sud, il faut aussi noter le coût particulièrement élevé des SLM et des aliments de complément qui doivent être régulièrement être fourni à l'enfant (Desclaux, 2004)

Le dilemme entre stratégie générale et stratégies adaptées à des sous populations, comme les femmes allaitantes séropositives (qui sont autorisées à utiliser l'alimentation artificielle) et les femmes allaitantes séronégatives (chez les quelles les messages doivent conseiller un allaitement exclusif) est complexe ; souvent l'utilisation des SLM est noté, par des mères qui n'en ont pas besoin, au détriment de l'allaitement maternel, d'où la nécessité d'une harmonisation des différents programmes.

- Subjectivement du point de vue des femmes :

Les choix préventifs ne sont jamais faciles à respecter .Les déterminants qui orientent le choix des femmes ou leur changement de pratique alimentaire sont nombreux, et difficiles à contrôler. Problèmes d'approvisionnement, difficultés d'observance du choix initiale par la femme pendant les six mois, à cause de différents événements qui peuvent bouleverser la vie d'une femme séropositive. Ces déterminants relèvent de trois domaines (Desclaux, 2000) :

- les conditions matériels, telles que l'accès à l'eau potable, les moyens pour l'achat des SLM, l'état de santé de la mère et de l'enfant, etc.
- les facteurs culturels et psychosociaux
- les facteurs relatifs au système de soin, la gestion du conseil, l'organisation des programmes, les attitudes des professionnels de santé vis-à-vis des femmes séropositives,etc.

2.5. Priorités

Pour améliorer la prévention, il faut :

- ✓ Assurer la disponibilité et l'accessibilité des SLM
- ✓ Remettre à niveau les services de lutte contre la malnutrition, mais aussi les services SMI (services de santé maternelle et infantile) et les maternités, encore peu compétent en matière de VIH/SIDA
- ✓ Assurer la formation des professionnels de santé et des membres associatifs
- ✓ Favoriser la mise en réseau des intervenants

Mettre en place un dispositif de suivi évaluation, en particulier des malnutritions infantiles.

2.5.1. Avantages de l'allaitement maternel

La recherche a fourni des documents circulants sur l'importance de l'AM pour la survie et la bonne croissance de l'enfant, la santé de la mère, l'espacement des naissances, etc.

2.5.1.1. Le lait maternel est un produit Biologique vivant

Il contient des cellules vivantes (lymphocytes, macrophages, etc.) qui s'opposent aux agressions microbiennes dont fait l'objet le bébé dans ces premiers mois de vie (le lait maternel est la première vaccination du bébé).

2.5.1.2. Sa composition varie au cours de la tétée

Le lait est très riche en graisse en fin de tétée, provoquant la sensation de satiété, et selon l'âge de l'enfant (colostrum très riche en IgA, et lait mature).

2.5.1.3. L'allaitement maternel permet l'espacement des naissances

Dans les six mois suivant l'accouchement, si l'enfant est exclusivement nourri au sein, avec des tétées jour et nuit espacées au maximum de 4 heures, le risque de grossesse est inférieur à 2 %).

L'AM prolongé permet statistiquement un intervalle moyen de deux ans entre les naissances (Devaux, 1990).

2.5.1.4. L'allaitement maternel est bénéfique pour la santé de la femme

La mise au sein, tout de suite après l'accouchement, peut réduire le risque d'une hémorragie post-partum pour la mère. Elle stimule la sécrétion d'ocytocine, qui favorise la montée du lait et son écoulement ; de plus, elle provoque la contraction de l'utérus et donc réduit les risques d'hémorragie (Georgetown University, 1988)

2.5.1.5. Aspect psychoaffectif

L'AM favorise la constitution d'une relation affective forte mère-enfant, attachement physique ineffaçable.

Dans les pays en développement, l'AM constitue une nécessité vitale pour l'enfant (lutte contre la malnutrition, la mortalité et la morbidité infantile. C'est la première vaccination de l'enfant (Devaux, 1990)

2.5.2. Risques de l'allaitement artificiel

Ces risques sont plus importants et remarquables dans les pays en voies de développement :

2.5.2.1. Aspects immunologiques et hygiéniques

A partir des données de quelques pays(Brésil,Pakistan,Philippines) on a pu estimer que le risque de mortalité en l'absence d'allaitement était,avant l'âge de 2 mois,de 5,8 fois celui des enfants allaités, puis à 2-3 mois de 4,1 fois. Le risque était décroissant avec l'âge (Dop MC, 2002).

L'allaitement mixte multiplie par dix les risques de décès. Les diarrhées avec déshydratation, représentent la première cause de mortalité. Il y a deux raisons pour cela :

- Le lait artificiel n'apporte pas les agents de défense adaptés du lait maternel
- La préparation correcte des biberons nécessite des conditions rarement réunies, surtout dans les pays en développement.

2.5.2.2. Aspect économique

Il est très coûteux à la famille d'assurer une alimentation artificielle optimale et régulière à leur nourrisson.

Les substituts au lait maternel sont chers et l'emploi de biberon demande, l'acquisition d'un matériel spécifique, de l'eau salubre et du combustible. En général les familles pauvres, n'ont pas les moyens d'acheter les préparations pour nourrisson en quantité suffisante ; par conséquent, leurs enfants reçoivent des mélanges délayés ou des produits moins nutritifs qui ne peuvent pas assurer une croissance et un développement suffisants (Georgetown University, 1988).

Il paraît donc plus que dangereux, dans les pays en développement, de conseiller une alimentation artificielle, pour une raison ou une autre. Toutes les précautions, doivent être prises pour accompagner les familles en cas de nécessité avéré.

CHAPITRE 3 : ACTIVITES PENDANT LE STAGE

3.1. Présentation du lieu de stage

Le centre hospitalier du havre est un établissement de santé public de 2366 lits, dans le département de la seine maritime, en région de Haute Normandie, en France. Du fait des activités très diverses et de sites dispersés pour une seule entité morale, l'établissement a été dénommé groupe hospitalier du havre (GHH). Il est l'hôpital de référence du secteur sanitaire de l'estuaire qui couvre la partie ouest de la Haute-Normandie ainsi que la zone périphérique de Pont-Audemer. Au niveau national, c'est le plus grand établissement public de santé non universitaire.

L'histoire hospitalière locale depuis le XVI^e siècle amène à identifier six sites spécialisés et de nombreux sites annexes :

- L'hôpital Gustave Flaubert au centre ville, ou siège la direction de l'établissement, est un hôpital qui regroupe actuellement le pôle mère- enfant (PMA) et l'une des maternités du GHH avec une sécurité des soins niveau 3, un service pour patients auxiodépressifs et un service de réadaptation fonctionnelle.
- L'hôpital Jacques Monod en périphérie, à quinze minutes environ de l'hôpital Gustave Flaubert lorsque la circulation est fluide, regroupe l'essentiel des activités de médecine et de chirurgie.
- L'hôpital Pierre Janet au centre ville est dévolu à la psychiatrie.
- Les résidences de Rouelles, Calmette et Pasteur ainsi que Sanvic sont plus particulièrement occupées par des activités de soins de longue durée pour personnes âgées.

Il existe deux principales maisons de retraite, Guillaume le Conquérant et une partie de Sanvic. L'établissement a nombreux sites annexes, en particulier une maison des adolescents et d'autres locaux pour les secteurs psychiatriques et les activités médico-sociales. L'établissement dispose d'un institut de formation en soins infirmiers (IFSI) préparant au métier d'infirmier et d'aide soignant.

Les maisons de retraite, les activités médico-sociales et l'IF SI ne font pas partie du champ d'application de l'accréditation.

L'activité du GHH est importante pour les habitants de l'agglomération Havraise. Les trois quarts des personnes hospitalisées en MCO habitent l'agglomération. Le quart restant des patients hospitalisés vient des communes voisines.

Le GHH s'est engagé dans un nouveau programme d'établissement pour la période 2000-2004, ayant pour ambition de positionner l'hôpital comme acteur de santé publique et non plus comme seul producteur de soins.

Aujourd'hui, l'accent est mis sur le développement de nouvelles prises en charge (soins de suite et de réadaptation, psychiatrie, lutte contre la précarité ...) et du réseau ville hôpital.

L'objectif n'est donc plus de centrer l'organisation sur la seule prise en charge de la pathologie mais de considérer le patient dans la globalité de la prévention, de la réinsertion et des problèmes sociaux et psychologiques qu'il connaît.

L'enjeu pour le GHH, en étant cohérent avec les besoins de santé et en étant soucieux de sa cohésion, est d'optimiser la qualité de ses prestations pour une satisfaction maximale de ses patients.

Enfin, dans la même optique, l'établissement s'engage dans une démarche qualité afin d'être accrédité par l'ANAES (Agence Nationale pour l'Accréditation et l'Evaluation en Santé), et ce conformément à la réforme hospitalière d'avril 1996.

3.2. Un Pole socio-économique de première importance

Le GHH est le premier employeur de la ville avec 225 médecins et 3900 salariés qui exercent leurs compétences dans le domaine médical, soignant, éducatif, social, administratif, technique ou médico-technique.

Véritable « ville » dans la ville, plus de 100 métiers différents sont exercés au groupe hospitalier du Havre.

Son budget annuel d'exploitation est de 1,3 milliard d'Euros (dont 71% au titre des dépenses de personnel).

Concernant son activité, ce sont plus de 53000 hospitalisations et 137000 consultations qui sont réalisées par an (incluant plus de 65000 passages aux Urgences, soient 200 passages par jour en moyenne). Le SMUR effectue plus de 5 500 sorties par an tandis que le standard reçoit plus de 2000 appels par jour. Chaque jour, c'est plus de 4000 repas qui sont servis et 12000 tonnes de linge traitées.

3.3. Fonctionnement d'un établissement public de santé

Le Groupe Hospitalier du Havre est un établissement public, relevant du ministère de l'emploi et de la solidarité. En tant qu'établissement public de santé, il possède :

- Une personnalité juridique
- Une autonomie financière

- Un patrimoine propre

Il n'est ni la propriété de l'état, ni celle de la sécurité sociale ou de la collectivité locale.

3.4. Contexte du stage

Dans le cadre de notre formation de deux ans à l'université Senghor d'Alexandrie en Egypte pour la promotion 2003-2005, en vue de l'obtention du diplôme d'étude professionnelle approfondie (DEPA), nous avons bénéficié d'un stage de mise en condition professionnelle de trois mois, du premier mai au trente et un juillet 2004.

Le stage s'est déroulé au sein du Groupe Hospitalier du Havre en seine maritime, en France, grâce aux accords existant entre l'université Senghor et la fédération hospitalière de France.

Pour ce stage, nous avons réalisé en trois mois, des visites de travail dans différents services du GHH. Nous avons également pris part à des nombreuses réunions au niveau des services et au niveau administratif, des séminaires et ateliers de formation, afin de se familiariser aux réalités de la gestion et du fonctionnement d'une structure hospitalière.

Dans le cadre du projet sur l'allaitement maternel, nous avons pris une part active aux activités organisées par la consultante en lactation, responsable du dit projet.

L'esprit de ce projet est d'assurer un accueil adapté aux besoins des nouveau-nés (et nourrissons) et de leurs parents, en créant un environnement favorable à l'allaitement maternel.

Ce projet est fédérateur entre les équipes des deux maternités et entre les services de pédiatrie. Afin de nous permettre de suivre les activités organisées dans le cadre de ce projet sur l'allaitement maternel pour l'obtention du label hôpital ami des bébés, nous avons été autorisé à passer dans les services de néonatalogie et de maternité. Nous avons suivi une séance de formation sur l'allaitement maternel des agents de santé, les autres étant prévues après notre départ.

Pour des raison de contrainte de temps (trois mois de stage seulement) et de rédaction du rapport de stage, nous n'avons pas eu le temps et les éléments nécessaire pour approfondir les aspects observés dans les différents services qui nous ont accueilli pendant notre stage au GHH, Mais ces expériences doivent être enrichies au cours de notre formation, en maintenant le contact avec les principaux animateurs, afin d'en tirer le nécessaire pour nos pays.

Notre rapport ne consistera donc que sur la description des activités organisées dans le cadre du projet allaitement, et nous regarderons quels sont les aspects qui peuvent être exploités pour une application dans notre pays, en tenant compte des contraintes socioculturelles et économiques.

Dans le cadre de « l'initiative Hôpital ami des bébés » le GHH dispose d'une consultante en lactation, responsable du projet sur l'allaitement, qui se charge, dans les services de maternité et de néonatalogie de l'encadrement du personnel de santé (diététiciennes, aides soignants, infirmières, etc.) à l'usage des bonnes pratiques de mise en route et de conduite de l'allaitement maternel, par des enseignements suivis des projections de films vidéo sur l'allaitement maternel réalisé dans différents pays, tant développés qu'en voie de développement. La projection des films vidéo, est souvent suivie de commentaires libres, sur le mode d'alimentation des nouveaux-nés. Plusieurs séances de formation ont été programmées.

La première séance à la quelle nous avons assisté a eu lieu le 18 mai 2004 dans la salle unité 22 de l'hôpital Monod de 9h à 17h, le thème traité était : Rythmes, comportements et pleurs des nouveaux-nés et des nourrissons, Présenté par le Docteur Claire Laurent Consultante en lactation au GHH.

Des sessions de formation sur l'allaitement maternel par l'institut Co-Naître sont prévues d'ici la fin de l'année. Par ailleurs, plusieurs personnes pourront bénéficier de la formation de consultant en lactation ou du DU allaitement sur l'année scolaire 2004-2005. Toutes ces formations sont proposées à toutes les catégories de professionnels, y compris les médecins.

Les mères suivent une séance d'information, d'éducation et communication sur l'allaitement maternel au cours des consultations prénatales et à l'accouchement, pour un choix éclairé et libre sur le mode d'alimentation de leur nourrisson. Elles seront donc accompagnées par une infirmière, formée par le projet dans la mise en route rapide et la conduite de l'allaitement. Les mères sont donc assistées à chaque tétée par le personnel de santé formé, qui leur donne des informations et des conseils sur toutes les inquiétudes et difficultés qu'elles peuvent avoir sur la bonne alimentation du nourrisson, ainsi que sur les problèmes inhérents à un début d'allaitement.

3.5. Situation de l'allaitement maternel en France

L'AM est toujours un mode d'alimentation du nouveau-né et du nourrisson minoritaire en France.

Dans une enquête nationale effectuée du 30 janvier au 5 février 1995, le taux d'allaitement maternel était de 52% à la sortie de la maternité ; 42% des femmes allaitaient exclusivement et 10% partiellement ; 2% des mères avaient arrêté l'allaitement pendant le séjour en

maternité¹ ce taux était de 54% en 1981. Les femmes d'origine étrangère étaient plus nombreuses à allaiter que les Françaises (76% contre 49%). L'AM est le plus souvent très court, sa durée médiane a été estimée à 10 semaines².

La France est à la traîne par rapport aux autres pays Européens : seulement 50,1% des enfants nés en France en 2000 étaient allaités au sortir de la maternité contre plus de 95% en Finlande et en Norvège, plus de 90% en Suède, en Suisse et au Danemark, 85% en Allemagne, 70% au Royaume-Uni, environ 75% au Luxembourg et en Italie.³

En France, seulement un enfant sur 10 est nourri par sa mère pendant plus d'un mois. L'allaitement à quatre mois est maintenu dans plus de 65% des cas en Suède et en Suisse, 34% au Canada, 27% au Royaume-Uni et à peine 5% en France.

Parallèlement, alors que plus de 150 maternités en Europe ont obtenu le label « Hôpital ami des bébés », décerné aux établissements favorisant l'AM, trois établissements seulement en France sont certifiés « amis des bébés ».⁴

Plusieurs causes sont à l'origine de cette situation (Turck, 2001), nous pouvons citer :

- des actions internationales mal connues
- Une forte pression en faveur des aliments de substitution
- Une mauvaise formation des professionnels de santé
- Une information insuffisante des parents
- Un congé post-natal trop court
- Des facteurs culturels souvent défavorables

¹ CORST M, KAMINSKI M. l'allaitement maternel à la maternité en France en 1995 : enquête nationale périnatale. Dans journée nationale pour l'allaitement, 8 décembre 2001.

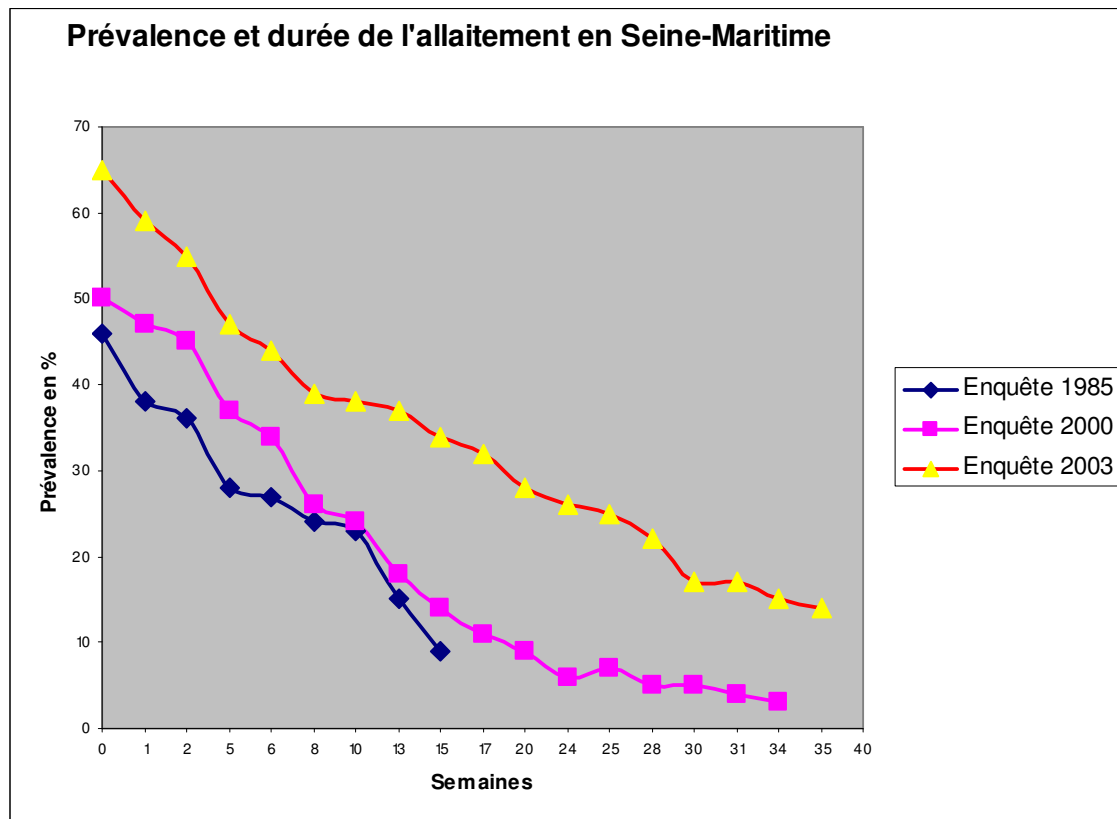
² BRANGER B, et al. Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes, 1998. Dans journée nationale pour l'allaitement maternel, 8 décembre 2001.

³ WHO. Global data bank of breastfeeding; 1996. Dans journée nationale pour l'allaitement, 8 décembre, 2001.

⁴ LAVIOLLE G., Enquête pour le comité Français de l'UNICEF ; 1999. Dans la journée nationale pour l'AM, Décembre, 2001.

3.5.1. Situation de l'allaitement maternel en Seine –maritime

Figure 1 :



L'analyse de la figure 1 : d'une manière globale, on note depuis 1985 une augmentation considérable de la prévalence de l'AM en Seine-Maritime. A partir de l'année 2000, il est remarqué un allongement de la durée moyenne de l'AM, qui passe de 15 semaines à 34 semaines, puis 35 semaines en 2003. La pratique de l'allaitement est en progression, mais il reste encore à un niveau très faible.

3.5.2. Situation de l'allaitement au GHH

L'hôpital du Havre s'est engagé dans le processus de l'IHAB. Nous n'avons pas trouvé des données sur la prévalence de l'AM à la sortie de la maternité, cela prouve bien que l'AM n'a pas été une préoccupation des autorités de cette structure hospitalière.

3.6. Bases de la protection de l'allaitement maternel et du soutien des mères qui allaitent

3.6.1. Organisation mondiale de la santé (OMS) : code international de commercialisation des substituts du lait maternel 1981

Ce code fut approuvé en mai 1981, lors de la 34^{ème} assemblée mondiale de la santé par la majorité des pays. Ce texte est la référence obligée de toute politique de protection de l'allaitement maternel contre les pratiques commerciales agressives des firmes de laits industriels.

Il interdit leur publicité et leur promotion auprès du grand public, leur fourniture gratuite aux établissements, ainsi que toute distribution d'échantillons et de cadeaux, que ce soit aux familles ou aux personnels de santé.

Sont concernés par le code : les préparations pour nourrissons, les laits « deuxième âge » ou « de suite » et les laits « de croissance », les jus de fruit, tisanes et autres aliments, ainsi que les tétines et biberons.

Le code est une recommandation faite aux gouvernements, invités à l'appliquer par des mesures législatives ou réglementaires propres à leur situation nationale.

3.6.2. OMS/Unicef : protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel, le rôle spécial des services liés à la maternité 1989

C'est dans ce texte que l'on trouve les « 10 conditions pour le succès de l'allaitement maternel », qui sont à la base de l'initiative hôpital ami des bébés et de toute politique de service permettant un bon démarrage de l'allaitement. Les données relatives à l'efficacité des 10 conditions ont été analysées par l'OMS et les résultats publiés en 1999 sous le titre « Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel ».

3.6.3. La déclaration Innocenti

Elaborée et adoptée le 1^{er} Août 1990, à la réunion OMS/UNICEF de Florence sur « l'allaitement maternel », cette déclaration appelait solennellement tous les gouvernements à prendre des mesures pour mettre en œuvre intégralement les principes et l'objectif de tous les articles du code OMS, à créer un comité national pour la promotion de l'allaitement maternel,

à faire en sorte que les établissements respectent les dix conditions, à promulguer des lois permettant la poursuite de l'allaitement aux femmes qui travaillent .

3.6.4. Union européenne

Directive n° 91/321/CEE du 14 mai 1991 concernant les préparations pour nourrissons et les préparations de suite-1991

Cette directive veut l'application du code OMS, mais est en retrait par rapport à lui : elle ne concerne pas les substituts autres que les préparations pour nourrissons, ni les biberons et tétines ; elle autorise la publicité dans la presse médicale ; elle ne reprend pas tous les articles du code concernant les cadeaux, financements d'études, subventions aux professionnels de santé.

3.6.5. République Française

Loi n°94-442 du 3 juin 1994, art.7 (articles L. 121-51,121-52 et 121-53 du code de la consommation) et décret numéro 98-688 du 30 juillet 1998 relatif à la distribution gratuite des préparations pour nourrissons, à la documentation et au matériel de présentation les concernant.

Destinés à mettre la législation française en conformité avec la directive européenne de 1991, ces textes prévoient que toute documentation portant sur l'alimentation des nourrissons comporte des informations sur les avantages et la supériorité de l'allaitement au sein, et interdisent la fourniture gratuite de lait aux maternités, le cadeau d'échantillons aux mères à la sortie de maternité, la publicité en faveur des préparations pour nourrissons (0 à 4 mois) dans les médias grand public. Leur point faible est qu'ils ne prévoient pas de sanction en cas de non respect de ces dispositions.

3.6.6. Organisation mondiale de la santé résolution sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (WHA54.2)2001

Adoptée par la 54^{ème} Assemblée mondiale de la santé le 18 mai 2001, cette résolution, suivant l'avis d'un groupe d'experts et mettant fin à sept années de controverse sur la durée optimale de l'allaitement exclusif, invite les états membres à « privilégier l'allaitement maternel exclusif pendant 6 mois », puis l'introduction « d'aliments complémentaires sûrs et appropriés, avec poursuite de l'allaitement jusqu'à l'âge de 2 ans ou au-delà ».

3.6.7. Organisation Mondiale de la santé (OMS) : stratégie mondiale pour la nutrition du nourrisson et du jeune enfant -2002

Adoptée lors de la 55^e assemblée mondiale de la santé , le 18 mai 2002 , ce texte , reprenant les résolutions adoptées lors des précédentes AMS, décrit les interventions essentielles visant à protéger , promouvoir et soutenir l'alimentation appropriée du nourrisson et du jeune enfant (à savoir un allaitement maternel exclusif les six premiers mois , puis la poursuite de l'allaitement jusqu'à deux ans ou plus avec des aliments complémentaires sûrs et adéquats d'un point de vue nutritionnel par « engagement politique au niveau le plus élevé ».

3.6.8. Les conditions pour le succès de l'AM

En 1989, l'OMS et L'UNICEF ont adopté une déclaration conjointe, explicitant les conditions à mettre en œuvre dans les maternités et les services de pédiatrie de tous les pays, pour le soutien, l'encouragement et la protection de l'AM.

Pour obtenir la mise en place de ces conditions, les deux organismes ont lancé une initiative internationale en faveur de l'AM, c'est l'IHAB, ou « l'initiative des hôpitaux amis des bébés ».

3.6.8.1. Initiatives des hôpitaux amis des bébés « IHAB »

L'OMS et l'UNICEF, ont lancé l'initiative hôpitaux amis des bébés en réponse au déclin de l'allaitement (dans les années 1970) dans plusieurs parties du monde qui se manifeste par des taux de mortalité et de morbidité infantiles élevés, en grande partie dus à la malnutrition, aux infections des voies respiratoires et aux maladies diarrhéiques.

L'IHAB fait la promotion des pratiques d'alimentation infantile optimales dans les hôpitaux à travers le monde en proposant des lignes directrices globales, pour faire des hôpitaux des centres de soutien à l'allaitement (IBFAN info, septembre 1999 volume 1, n° 2)

Les hôpitaux doivent remplir l'ensemble des critères de l'IHAB (voir annexe) concernant chacune des dix conditions pour un allaitement réussi ,afin d'obtenir le label d'hôpital ami des bébés .

L'évaluation est un processus rigoureux mené par une équipe d'évaluateurs extérieurs qualifiée, qui rend compte des résultats de l'évaluation à une autorité nationale qui décidera de la question de désignation et de certification.

Depuis le lancement de l'IHAB en 1991, en France trois maternités seulement ont été désignées amies des bébés.

CHAPITRE 4 : ANALYSE DES PRATIQUES EN NEONATOLOGIE DU GROUPE HOSPITALIER DU HAVRE

4.1. Introduction

L'allaitement maternel est un acte modelé, comme tous nos comportements humains, par notre culture (famille, société) et nos émotions (C .Laurent). Car il y a certes les réactions des mères et des pères, mais aussi celles des soignants. Nous ne parvenons pas à nous situer uniquement à un niveau de santé dans un domaine aussi chargé culturellement et émotionnellement. Apprendre à se connaître et à s'accepter permet de se détacher de son comportement pour accepter celui des autres avec empathie et se contenter de donner quelques informations clés.

La culture ambiante au Havre, c'est 50% d'allaitement maternel à la naissance, de courte durée, et aussi la peur du contact trop proche parents- enfants qui pousse à la séparation précoce, et donc nuire à la relation affective qui s'élabore pendant cette période. A cette culture, se superpose ou s'oppose la culture de la mère et du père, et la volonté individuelle de la mère et son désir, souvent contradictoires.

Les limites de notre intervention :

Nous avons obtenu l'autorisation de visiter les différents services, de la maternité et de néonatalogie, mais pour des raisons de sécurité nous n'avions pas tout observé, par exemple le premier accueil des parents, les réunions du lundi, les synthèses du mercredi, où se prenaient des décisions sur chacun des cas dans le service.

Nous avons rencontré aussi quelques parents d'enfants prématurés non allaités. Ils ont autant, si ce n'est plus besoin de soutien. On se demande en particulier si le contact « peau à peau » est autant encouragé pour ces parents là ou s'il est considéré plutôt comme une préparation à la tétée.

Les conditions de mise en route de l'allaitement dans le service de néonatalogie :

Les conditions de base nécessaires à la mise en route de l'allaitement sont bien connues, et elles nous ont servies de base à l'analyse des pratiques, ainsi que les dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel:

4.2. Accompagner la mère dans sa décision d'allaiter ou de tirer le lait

Les mères peuvent revenir sur leur décision de ne pas allaiter voyant que leur enfant est prématuré : dans tous les cas, elles doivent savoir que l'allaitement peut aider leur enfant niveau nutritionnel et immunitaire, et que cela les aidera elles aussi à mettre en route une relation avec lui, à se sentir utile et à reprendre confiance en elles.

Nous avons remarqué comme un affrontement entre la volonté des médecins d'un allaitement le plus fréquent et le plus exclusif possible, et la volonté des autres soignants de tenir compte de cet avis mais aussi du désir émotionnel exprimé par les parents. Volonté et désir peuvent être opposés dans la tête d'une mère : « je veux allaiter (ou tirer mon lait) car c'est le meilleur pour mon bébé, et je n'ai pas envie car je suis trop pudique, ce tire-lait me fait peur ... », il est très difficile pour la mère de passer outre ces émotions car elles sont tout le temps présentes et l'empêchent de réussir.

4.3. Assurer une bonne production de lait à la mère (tirer le lait)

Les mères tirent leur lait assez rapidement après la naissance, avec « le vide » en néonatalogie sous la direction d'une aide soignante (et la maternité de Flaubert), et avec un tire lait électrique kitett ou manuel Avent une fois sorties de la maternité. Ces méthodes ne sont pas satisfaisantes (sauf tire-lait manuel Avent). D'après notre petite enquête auprès des mères, la technique du vide est souvent douloureuse, est à l'origine de crevasses du bout de mamelon, est difficile à utiliser pour une mère primipare, son seul avantage c'est la simplicité, elle nécessite un tuyau de raccordement (qu'il faut avoir). Le tire-lait kitett, modèle ancien délivré habituellement en pharmacie, a les mêmes inconvénients avec en plus le bruit, insupportable pour certaines mères.

Le résultat est que très peu de mères parviennent à tirer plus de 500ml par jour pendant longtemps, et c'est pourtant l'objectif à atteindre (750 ml pour les mères de jumeaux)

Les recommandations actuelles pour tirer le lait efficacement sont les suivantes :

- Informer la mère, lui présenter plusieurs méthodes et lui laisser le choix de la méthode avec de bons tire-laits (tire-laits électriques double pompage Ameda (lactaline) ou Medela (lactalina), tire-lait manuel (Avent), ou la technique d'expression à la main
- Proposer de démarrer dans les heures suivant la naissance

- Fréquence minimum 6 fois/jour, à intervalles plus ou moins réguliers, durée minimum 120min /jour, variable selon les jours (10 à 15 min les premiers jours puis 2 min après fin du flux)
- Proposer à la mère d'établir un relevé du nombre de séances et du volume obtenu
- Viser à obtenir une « surproduction » en deux semaines, car c'est le moment de la lactation le plus optimal pour le faire, et pour maintenir une production suffisante ensuite
- Utiliser la dompéridone si production insuffisante malgré une bonne stimulation (8 gélules/jour pendant 15 jours puis 4 à 6gélules /jour pendant 15jours)

4.4. Nourrir le bébé en attendant qu'il exprime des compétences pour apprendre à téter

Le lait le plus adapté au bébé est le lait de sa mère frais, tous les soignants le savent, mais dans la pratique ce n'est pas facile car :

- La législation actuelle exige une durée de conservation maximale de 12 heures,
- Actuellement les mères ne tirent pas leur lait dans le service
- Actuellement la liaison domicile service n'est pas organisée pour respecter ces 12 heures, et pourtant il est prouvé que le lait le plus frais possible est le plus adapté car il y a des pertes de graisses, de cellules et d'autres moyens de défenses immunologique pendant la conservation.

Quand la production de lait des mères est importante, tenir compte de quelques données sur l'utilisation du lait maternel permet d'auto enrichir ce lait :

- Utiliser du lait frais plutôt que du lait réfrigéré (prise de poids multipliée par 1,3)
- Ne pas utiliser le lait recueilli dans les coquilles
- Utiliser plutôt le lait de fin d'expression
- Utiliser d'abord le lait plus gras (surnageant)
- Eviter les pertes de graisses lors du gavage (jusqu'à 34% en gavage continu et 17% en gavages intermittents, par adhérence et densité), éviter les « pièges à graisse »

NB : Reconstituer le lait de mère lyophilisé avec 180 ml d'eau au lieu des 200ml indiqués (recommandations de Pr. Voyer : salle B.Voyer M.Arch Fr. Pediatr 1992 ; 49 :761-62)

4.5. Etablir un contact mère bébé le plus étroit possible

Les mères ont libre accès au service et sont bien accueillies, leur bébé leur est apporté dès que possible si elles ne peuvent se déplacer...Beaucoup d'efforts de rapprochement sont faits.

Le contact doit être encore plus étroit, en peau à peau dès que l'occasion se présente.

Nous avons vu souvent des bébés sortis de couveuse dans une couverture, dans les bras de leurs parents, mais plus rarement en peau à peau, au moins le visage contre le torse de la mère (ou du père).

Les parents disent qu'au début, ils ont besoin d'être guidés, accompagnés.

Là aussi, c'est un acte émotionnel fort, avec des barrières culturelles (la peur des mauvaises habitudes, la peur de la fusion ...)

4.5.1. Les effets « peau à peau » sont bien étudiés

Effets sur l'enfant, il maintient bien sa température, il a une meilleure oxygénation, moins d'apnées et de bradycardies, il a plus de sommeil calme, les phases d'éveil augmente, il tète mieux, régurgite moins, grossit plus vite, il n'y a pas d'augmentation d'infections, la sortie de l'incubateur est plus rapide et à l'âge de six mois, l'enfant pleure moins.

Effets sur la mère, la température de sa peau s'adapte à son enfant, elle se sent plus proche de son enfant, elle prend confiance en elle et se sent capable d'aider son enfant, elle produit plus de lait, et allaite plus longtemps, elle est souvent impatiente de voir sortir son enfant.

Effets sur le père, le lien se crée plus rapidement, le père est moins anxieux, et si l'enfant cherche à téter le père peut proposer son petit doigt.

4.6. Ne pas troubler les compétences du bébé prématuré pour téter

Les professionnels du service de néonatalogie du Havre sont excellents sur ce point, c'est-à-dire sur l'utilisation de la tasse .Cette pratique a été très difficile à mettre en place, avec des avancées et des reculs mais les résultats sont remarquables. Tous l'utilisent systématiquement, et l'effet de cette pratique sur la confiance des mères en elle-même en les écoutant : « c'est facile la tasse, c'est important pour le bébé, ça ne fausse pas la succion ... »

Rappelons les risques des biberons dans les premières semaines :

- Effets sur la succion du bébé encore mal élucidés car multiples, l'action de la langue n'est pas tout à fait la même sur le sein et la tétine, certains bébés remontent la langue derrière la tétine ;
- Autres mécanismes (le bébé s'habitue au stimulus du palais par la tétine, au flot régulier de lait ...) entraînant un risque de préférence

- Effets sur la confiance de la mère en elle (et père) importants surtout en France où le biberon est vécu comme équivalent (ou concurrent) du sein ; les parents sont plus déstabilisés par les biberons
- Effets sur les soignants : bien intégrer quels enfants sont allaités ou non ... et impossible de forcer un bébé avec la tasse

Plusieurs études concluent à un allaitement exclusif à la sortie beaucoup plus fréquent avec l'utilisation de la tasse, mais il faut tenir compte des autres facteurs (expression du lait bien faite permettant une bonne production)

L'expérience du Havre pourrait faire l'objet d'une publication sur l'utilisation de la tasse et du biberon-tasse, le temps des prises alimentaires, les quantités prises par les bébés, les pertes éventuelles et la difficulté de changer des habitudes.

Etant donnée la situation Française du biberon perçu par beaucoup de mères (et de soignants) comme un « concurrent » du sein, il semble essentiel de ne pas introduire cet objet tant que l'allaitement n'est pas complètement établi, c'est-à-dire avant un mois d'allaitement exclusif.

La succion non nutritive (avec une tétine), pendant et hors des gavages, est intéressante d'un point de vue physiologique pour l'enfant mais actuellement en France, nous pensons qu'elle risque de créer des problèmes d'allaitement, toujours pour les mêmes raisons. IL faut adopter plutôt la succion d'un sein « vide » dès que le bébé cherche à téter. Les sucettes devraient être absolument limitées aux enfants très agités, quand leurs parents ne sont pas là.

4.7. Laisser l'enfant progresser à son rythme dans l'apprentissage de la tétée

Nous avons remarqué le respect de l'apprentissage progressif des bébés prématurés, sans forçage et sans impatience de la part des soignants, ce qui aide les mères à prendre patience.

Nous avons pu observer les différentes tétées décrites par les formatrices de l'institut co-naître (contact, apprivoisement, apprentissage et nutritionnelle).

La recommandation actuelle est de débiter la mise au sein, dès que l'enfant est stable du point de vue cardio-respiratoire, indépendamment de son âge gestationnel. Il convient de proposer le sein « vide » à l'enfant c'est-à-dire après avoir tiré le lait tant qu'il ne présente pas des mouvements de tétée bien coordonnées.

Il serait intéressant de noter plus précisément les points essentiels d'observation des tétées à ne pas oublier, afin de mieux analyser ce qui se passe pour chaque bébé et chaque mère. Mais le plus important est de donner le temps au bébé et à la mère d'apprendre ensemble ; nos interventions peuvent les gêner plus que les aider dans cet apprentissage.

L'installation des mères n'est pas facile du fait des locaux (étroitesse et limité), mais les fauteuils et les blocs pour les pieds sont bien. Les fauteuils ne sont pas toujours adaptés à la taille et à la corpulence des mères et plus de coussins (et des polochons d'allaitement) pourraient les aider. L'utilisation de la chambre pour l'installation allongée ou avec des jumeaux est une idée très appréciée des mères.

La position de ces bébés prématurés est essentielle pour une prise du sein possible : en plus des principes de base (bébé très proche de sa mère, face au sein, ligne oreille -épaule-hanche respectée, tête légèrement défléchie pour que le menton soit contre le sein) ces bébés ont besoin d'avoir le dos et la nuque soutenues, ce qui est plus facile en supportant le bébé avec le bras opposé au sein tété. Il n'est pas sur que toutes les soignantes connaissent cette manière de faire, afin de la proposer aux mères.

Certains enfants, après de multiples essais, ne se mettent pas à téter. Avant de proposer à la mère un bout de sein en silicone, il est indispensable de pratiquer un examen de la succion du bébé, voire des séances de stimulation de la succion en dehors des tétées. Cela est du ressort de la kinésithérapeute.

Pour provoquer la succion au sein, il y a deux possibilités :

- Augmenter le flux de lait, en massant l'aréole avant la tétée pour activer le réflexe d'éjection, en comprimant le sein pendant la tétée, en plaçant une sonde dans la bouche du bébé qui délivre du lait pendant qu'il tète (ou set de nourriture additionnelle Medela)
- Introduire un objet ferme dans la bouche (le contact avec le palais stimule le réflexe de succion) ; l'utilisation d'un bout de sein en silicone aurait cet intérêt (et pour P Meir celui d'aider le bébé à maintenir une dépression suffisante au sein). Mais un bébé qui sait prendre à la tasse, a toutes les chances de réussir au sein.

4.8. Mesurer l'efficacité des tétées du prématuré

La mesure de la quantité absorbée par pesée avant et après la tétée, est une pratique recommandée dans de nombreuses études, pour savoir ce que fait le bébé au sein et s'il devient capable de se nourrir.

Nous avons observé que celle-ci est proposée seulement quand le bébé semble efficace au sein, comme il convient de le faire. Ensuite, elle est proposée à chaque tétée et selon les compétences du bébé et la disponibilité de la mère (et selon les soignants), le complément est donné à chaque tétée ou bien au bout de 2 ou 3 tétées, le bébé tétant dès qu'il en manifeste l'envie sur une période de quelques heures.

Il n'y a aucun inconvénient à ce que le bébé prématuré fasse de petites tétées toutes les ½ heures ou heures, du moment que sa mère ne le fatigue pas en essayant de le maintenir réveillé. Un bébé prématuré qui tète 10 g toutes les ½ heures sur 6 heures a tété autant qu'un autre qui a bu 2 fois 60g. C'est ce qui est pratiqué dans les programmes Kangourou de Bogota avec de très grands prématurés.

L'alimentation instituée toutes les 3 heures vise à ne pas oublier d'alimenter un enfant qui en a besoin, tout en ne rapprochant pas trop les temps de soins (mais le rythme pourrait être de 2h)

Pour les enfants nés à terme ou hospitalisés dans le service après leur sortie, l'évaluation des quantités prises par l'enfant lors de la tétée doit absolument se faire autrement que par la pesée du bébé avant et après la tétée; les mères se sentent profondément remises en cause par cette pesée, elle est stressante pour elles, et de ce fait, on ne sait pas ce que l'on mesure, l'absence d'éjection due au stress de la mère, son insuffisance de production ou l'incapacité du bébé à téter efficacement ?

4.9. Résultats du recueil des souhaits de formation sur l'allaitement maternel au Groupe Hospitalier du Havre

Le label «Ami des bébés» est un piège explosif cela peut ressembler à un concours de performances qui n'apporte rien; mais de l'avis des trois équipes qui l'ont obtenu en France, c'est une démarche très exigeante au niveau de la qualité et de la cohérence du travail, très fédérateur d'équipes et les études montrent que cela *apporte toujours une augmentation de prévalence et de la durée de l'allaitement.*

Le projet allaitement maternel du Groupe Hospitalier du Havre étant fédérateur entre les équipes des deux maternités (Monod et Flaubert) et entre les services de pédiatrie. Une enquête était réalisée dans ces différents services, afin de recueillir les souhaits des différentes catégories professionnelles à suivre une formation spécifique sur l'allaitement maternel, visant le renforcement des capacités sur les pratiques en allaitement maternel.

4.9.1. Réponses des personnels des services de Pédiatrie

Un questionnaire était administré aux agents de santé des différents services. Il faut signaler que nous n'avons pas pris part à cette enquête. Mais seulement, il paraît important de présenter ces résultats dans notre travail, compte tenu du rôle que doit jouer le personnel, dans la décision de la mère.

➤ Les réponses aux questionnaires

Tableau 3 : Répartition des agents enquêtés par fonction et par services

Fonction des répondants								
	AP/AS	IDE/puéri- -cultrice	Sage femme	Cadre	Médecin	Diéti- -cienne	Kinésithér- apeute	Total
Néonatalogie	8	19	0	1	2	0	1	31
Urgences pédiatriques	4	5	0	0	5	0	0	14
Médecine nourrisson	9	13	0	0	0	3	0	25
Chirurgie Pédiatrique	6	7	0	0	0	0	0	13
Réanimation Pédiatrique	3	11	0	1	0	0	0	15
Hôpital de jour Pédiatrie	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	30	55	0	2	7	3	1	98

Les trois diététiciennes interviennent sur tous les services

Dans cet échantillon, nous constatons qu'il n'y a aucun sage femme, alors qu'elles doivent jouer un rôle très important dans le counselling des mères à l'AM. Plus ou moins les autres catégories professionnelles sont représentées, leur soutien au projet est utile, car le projet allaitement s'inscrit dans le cadre général de la démarche qualité mise en place au sein de la structure et qui exige la participation de tous.

- **Formation antérieure**

L'association Co-Naître, propose souvent des formations au profit des agents, sur l'allaitement maternel. Avant de proposer une nouvelle formation, il est important de faire un état de lieux.

Tableau 4 : Formation par Co-Naître

Formation antérieure Co-Naître			
	oui	non	Total
Néonatalogie	5	25	30
Urgences Pédiatriques	0	15	15
Médecine nourrisson	1	24	25
Chirurgie Pédiatrique	0	13	13
Réanimation Pédiatrique	2	13	15
Hôpital de jour Pédiatrie	0	0	0
Total	8	90	98

Q1. Avez-vous déjà participé à une formation sur l'allaitement maternel organisée par un autre organisme ? 16,1% du personnel interrogé a déjà participé et 83,9% n'ont jamais participé à une formation sur l'allaitement maternel.

Au total ,22 professionnels sur les répondants ont bénéficiés d'une formation sur l'allaitement, surtout dans les services de néonatalogie et réanimation pédiatrique.

Q2. Souhait d'une nouvelle formation :

-Souhaitez vous bénéficier d'une (nouvelle) formation sur l'allaitement dans les 3 ans (de2004 à 2007) ?

A cette question 84 agents souhaitent avoir une formation sur l'allaitement maternel et 11 ne souhaitent pas de formation.

Q3. Souhait de formation par service : Les résultats sont consignés dans le tableau suivant

Tableau 5: souhait de formation par service

Dans l'objectif, de ce faire une idée sur le besoin réel de formation. Les réponses sont classées par service. Il ressort bien que le service de néonatalogie est plus demandeur de formation, alors que l'hôpital du jour pédiatrie non.

	oui	Non
Néonatalogie	28	2
Urgences pédiatriques	13	2
Médecine nourrisson	16	7
Chirurgie pédiatrique	13	0
Réanimation Pédiatrique	14	0
Hôpital de jour Pédiatrie	0	0
Total	84	11

84 professionnels de toutes fonctions souhaitent une formation, c'est une priorité pour 67.1% agents.

- **Type de Formation**

Tableau 6 : type de formation souhaitée par le professionnel

Quelle est la formation qui répond le mieux à votre attente : indiquez « 1 » pour votre premier choix et « 2 » pour votre deuxième choix	Rang1	Rang 2
Formation pratique avec C .Laurent, 3 journées sur 9 mois	43	24
Formation théorique avec co-naître, session de 4à 5 jours	38	29
Diplôme de consultant en lactation ,24 jours à Paris sur 18 mois ou 16 jours à Lyon sur 9 mois avec un stage pratique d'accompagnement et de formation	6	6
DU allaitement maternel, 3à 4 jours à Grenoble sur 9 mois avec un mémoire biblio à faire	5	3

63,4% préfèrent une formation ouverte à des participants extérieurs

- **Engagement Label « Hôpital ami des bébés :**

Tableau 7 : Engagement dans la démarche d'obtention du label « hôpital ami des bébés »

Vous sentez vous prêt(e) à vous engager avec les collègues des équipes de maternité et de pédiatrie du GHH dans la démarche d'obtention du label « hôpital ami des bébés » ?		
Oui	62	66.0%
Non	6	6.4%
Ne sait pas	26	27.7%
Total	94	100.0%

Soit 66 % des agents interrogés, se disent prêt à s'engager avec les collègues de maternité, pour l'obtention du label « ami des bébés ».

Conclusion à l'ensemble des réponses Pédiatrie et maternité :

149 professionnels (65 en maternité et 84 en pédiatrie)) ont noté qu'elles souhaitent une formation dans les 3 ans qui viennent. Très peu de professionnels ont déjà eu une formation surtout en pédiatrie.

Le premier choix est celui d'une formation de base de 3 à 5 jours pour 142 personnes (73 avec l'institut Co-Naître et 69 avec C.Laurent), ou d'une formation spécialisée pour 16 personnes. 9 autres demandent une formation spécialisée en second choix (liste remise aux cadres).

Les formations sur l'allaitement sont très fédératrices dans les équipes et entre les services. Elles permettent de regrouper les différentes catégories professionnelles sur un sujet à la fois médical et culturel. Plus de la moitié des professionnels répondants sont prêts à s'engager dans la démarche d'obtention du label de qualité « ami des bébés »

➤ **Résultats du recueil des souhaits de formation sur l'allaitement maternel :
Réponses des professionnels des services de maternité**

• **Les réponses aux questionnaires**

Tableau 8 : répartition des professionnels de maternités par fonction

Fonction des répondants								
	AP/AS	IDE/Puéricultrice	Sage femme	Cadre	Médecin	Diététicienne	kiné	Total
Maternité Monod	10	9	10	1	0	1	0	31
Maternité Flaubert	18	14	10	2	1	0	0	45
Total	28	23	20	3	1	1	0	76

• **Formation antérieure**

Tableau 9 : formation antérieure Co-Naître des professionnels de maternité

Formation antérieure Co-Naître			
	oui	non	Total
Maternité Monod	3	28	31
Maternité Flaubert	20	25	45
Total	23	53	76

23 professionnels sur les 76 répondants ont bénéficié d'une formation de 3 à 5 jours sur l'allaitement, en 1992, 1997 et 2000, surtout à la maternité Flaubert. Les IDE sont les moins formées.

Quatre personnes ont suivi une formation en dehors du GHH

- **Souhait d'une nouvelle formation**

Tableau 10 : souhait de nouvelle formation en allaitement par les professionnels de maternité

Tableau 10 : souhait de nouvelle formation en allaitement par les professionnels de maternité		
Souhaitez vous bénéficier d'une formation sur l'allaitement dans les trois ans		
Maternité Monod	Oui	non
Maternité Flaubert	26	5
Total	65	10

Tableau 11 : Souhait de nouvelle formation par fonction

Souhait formation /Fonction				
	oui		non	
	N	%	N	%
AP/AS	26	96.3%	1	3.7%
IDE/Puéricultrice	23	100.0%	0	0.0%
Sage femme	12	60.0%	8	40.0%
Cadre	2	66.7%	1	33.3%
Médecin	1	100.0%	0	0.0%
Diététicienne	1	100.0%	0	0.0%
Kiné	0		0	
Total	65	86.7%	10	13.3%

65 professionnels souhaitent une formation, dont certains pour la deuxième fois. Les infirmiers diplômés d'état IDE souhaitent toute une formation. Les aides soignants AP/AS le demandent beaucoup aussi. Les sages-femmes sont moins partantes (à la maternité Monod, sur 10 qui ont répondu, 5 ne souhaitent pas de formation).

- **Est-ce une Formation**

Tableau 12 : Priorité de la formation sur l'allaitement

Est-ce pour vous une priorité par rapport à une formation sur d'autres sujets ?			
AP/AS	oui	non	Total
IDE/Puéricultrice	9	12	21
Sage femme	15	3	18
Cadre	2	1	3
Médecin	1	0	1
Diététicienne	0	1	1
Kiné	0	0	0
Total	32	31	63

La formation sur l'allaitement est une priorité pour la moitié des professionnels surtout les infirmiers diplômés d'état IDE, et pas pour les sages-femmes.

- **Type de formation**

Tableau 13 : type de formation souhaitée

Quelle est la formation qui répond le mieux à votre attente : indiquez «1 »pour votre 1 ^{er} choix et « 2 »pour votre 2 ^{ème} choix	Rang 1	Rang 2
Formation théorique avec Co-Naître de 4 à 5 jours	35	16
Formation pratique avec C.Laurent, 3 journées sur 9 mois	26	22
Diplôme de consultant en lactation ,24jours à Paris sur 18 mois ou 16 jours à Lyon sur 9 mois avec un stage pratique d'accompagnement et de formation	3	4
DU allaitement maternel, 3à 4jours à Grenoble sur 9 mois avec un mémoire biblio à faire	1	6

68,3% préfèrent une formation ouverte à des participants extérieurs, comme Co-Naître.

- **Engagement Label « hôpital ami des bébés »**

Tableau 14 : engagement pour l'obtention du label IHAB

Vous sentez vous prêt(e) à vous engager avec les collègues des équipes de maternité et de pédiatrie du GHH dans la démarche d'obtention du label « hôpital ami des bébés » ?		
Oui	42	57.5%
Non	5	6.8%
Ne sait pas	26	35.6%
Total	73	100.0

Un peu plus de la moitié des professionnels se disent prêt à soutenir les collègues des équipes de maternité et de pédiatrie dans la démarche d'obtention du label « IHAB » et seulement 6,8 ne sont pas prêt à le faire.

Conclusion à l'ensemble des réponses maternité et Pédiatrie

149 professionnels (65 en maternité et 84 en pédiatrie) ont noté qu'elles souhaitent une formation dans les trois ans qui viennent. Très peu de professionnels ont déjà eu une formation surtout en pédiatrie.

Le premier choix est celui d'une formation de base de 3à 5 jours pour 142 personnes (73 avec l'institut co-naître et 69 avec C.Laurent), ou d'une formation spécialisée pour 16 personnes. 9 autres demandent une formation spécialisée en second choix (listes remises aux cadres).

Les formations sur l'allaitement maternel sont très fédératrices dans les équipes et entre les services. Elles permettent de regrouper les différentes catégories professionnelles sur un sujet à la fois médical et culturel. Plus de la moitié des professionnels répondants sont prêts à s'engager dans la démarche d'obtention du label de qualité « ami des bébés ». Le projet fait quasiment l'unanimité dans l'ensemble des professionnels, quelque soit sa fonction au sein de l'hôpital.

Ces genres d'études sont nécessaires, pour évaluer les chances de réussite d'un tel engagement qui exige une détermination et mobilisation de tous. A partir de ces résultats nous pensons que le projet a la chance de réussir. Il est aussi à noter que c'est grâce à la publication de cette enquête préliminaire réalisée en 2004, que l'administration de l'hôpital du Havre a décidé de s'engager dans le processus.

CHAPITRE 5 : PERSPECTIVES D'APPLICATION AU CONGO

5.1. Présentation de la république du Congo (Brazzaville)

5.1.1. Les données Géographiques

La république du Congo, située en Afrique Centrale, a une superficie de 342.000 km² et possède une façade maritime de 170 Km sur l'océan Atlantique. Les pays voisins limitrophes sont le Gabon à l'ouest, le Cameroun et la République Centrafricaine au nord, le Congo Démocratique à l'est, l'Angola et la République Démocratique du Congo au sud. Deux paysages traversent le Congo, la forêt et la savane qui divisent le pays en cinq zones agro-écologiques : les forêts du sud localisées sur les massifs du Chaillu et du Mayombe (qui dépassent à peine 1000 mètres), la vallée du niari, le plateau central, la forêt inondée du nord-est et la forêt exondée du nord-ouest. La forêt occupe environ 20 millions d'hectare soit les trois-quarts du territoire congolais.

Le Congo situé à cheval sur l'équateur a un climat chaud et humide. Les écarts de température sont assez faibles entre le jour et la nuit. La partie nord du pays a un climat équatorial, les pluies sont étalées tout le long de l'année. Le sud-ouest a un climat tropical humide caractérisé par une saison sèche de trois mois. La partie centrale a une position intermédiaire avec un climat sub-équatorial.

Le Congo dispose d'un réseau hydrographique important avec deux bassins principaux autour des fleuves Congo et Kouilou. Après l'Amazone en Amérique du Sud, le Congo est le fleuve le plus puissant du monde par son débit de 40.000 m³/seconde.

5.1.2. Population

Le Congo compte environ 2,9 millions d'habitants (recensement 2001), contre 2,5 million en 1992. Sa densité est de 8,4 habitants au Km². Le taux moyen de croissance démographique entre 1988 et 1999 est estimé à 3,33%. Sa population est jeune : Plus de 50% des habitants ont moins de vingt ans. Le taux d'alphabétisation est l'un des plus élevés d'Afrique : 83%. En 20 ans, on a assisté à un exode rural tel que les taux de population urbaine et rurale se sont inversés : ces taux étaient en effet respectivement de 37,9 et 62,1% de la population totale en 1974, et de 61,8 et 38,2% en 1994.

Deux grandes cités regroupent à elles seules 55% de la population totale et 90% de la population urbaine du pays : Brazzaville, la capitale avec 950.000 habitants et Pointe-Noire, le grand port du Golf de Guinée, avec 500.000 habitants.

Suite à la situation tendue en Angola, voisin du Congo, de nombreux réfugiés ont afflués dans la partie sud du pays : au début d'octobre 1992, une première vague fut estimée à 4500 réfugiés. Leur nombre a augmenté rapidement par vague successif pour se stabiliser à environ 9000 personnes en mars 1993¹.

5.1.3. Economie

Au début des années 90, l'industrie pétrolière du Congo constitue sa principale source de revenus : les quelques 8.000.000 de tonnes de pétrole produites chaque année représentent plus de 60% des recettes budgétaires, et près de 90% des recettes à l'exportation.

La situation économique du Congo est particulièrement mauvaise, avec une dette estimée fin 1990 à 1005 milliards FCFA, ce qui correspond à l'une des dettes les plus élevées au monde par habitant. En 1995, le PIB était estimé à 1010 milliards de CFA, et son taux de croissance était de 0,8%, contre -4,6% en 1994.

En 1994 les exportations totales de produits agricoles étaient de près de 7 millions US\$, contre 13,4 millions US\$ en 1980. Les importations agricoles étaient, pour les mêmes années, respectivement de 104 millions US\$ et 68 millions US\$. La tendance est donc très nettement à la hausse pour les importations, et à la baisse pour les exportations².

5.2. Situation Alimentaire

La production de l'agriculture congolaise est insuffisante pour nourrir la population et approvisionner les industries agro-alimentaires en matières premières. En 1994, le Congo a approché l'autosuffisance alimentaire pour le manioc (97%), le maïs (78%), les fruits et légumes (84%) et la banane plantain (78%). Pour tous les autres produits, l'autosuffisance était moyenne (autres tubercules), faible (poisson, pomme de terre) ou très faible (riz, viande, volaille, œufs).

Le constat était fait, en 1994, de la baisse chronique des produits d'année en année, due en grande partie à l'exode rural, alors que les besoins de la population augmentent.

En 1997, les disponibilités calorique et protéique étaient respectivement estimées à 2143 kcal/personne/jour (dont 492 kcal venant des céréales) et 43 g/personne/jour (dont 13g venant des céréales) tandis qu'en 1992, elles étaient estimées à 2 295kcal/personnes/jour (dont 601 kcal venant des céréales) et 51g/pers./jour(dont 15g venant des céréales).

¹ Source FAO : www.fao.org/giews/french/basedocs

² Source FAO : www.fao.org/giews/french/basedocs

5.3. Situation nutritionnelle au Congo

Au Congo, la manifestation principale des problèmes nutritionnels chez les jeunes enfants est le retard de croissance, traduisant un état de malnutrition chronique .Elle atteint près d'un tiers des enfants en âge préscolaire selon les enquêtes de la FAO.

Ces dernières années, la situation nutritionnelle au Congo s'est détériorée dans toutes les tranches d'âge et tous les milieux. Ce ci est un effet des répercussions de l'ajustement structurel que traverse le pays depuis le milieu des années quatre vingt.

A ce ci est venu s'ajouter l'instabilité du climat politique et enfin récemment les troubles civils. En conséquence, une proportion considérable des ménages est passée en dessous du seuil de pauvreté, frappant essentiellement le milieu rural mais aussi les personnes déplacées par les troubles civils en milieu urbain .

La sécurité alimentaire est encore loin d'être satisfaisante, étant donné que les disponibilités alimentaires ne couvrent pas les besoins qualitatifs et quantitatifs de la population .L'état nutritionnel des congolais est déficient aussi bien dans les villes que dans les campagnes et les troubles induits se font surtout ressentir chez les femmes enceintes et les enfants. Des actions efficaces doivent être menées, en faveur du couple mère enfant, pour assurer sa protection.

5.4. Pratiques optimales d'allaitement maternel

La nutrition optimale est définie dans la résolution 54.2 de l'assemblée mondiale de la santé, adoptée le 18 mai 2001(Allaitements actualités, juin2001 ; décembre 2002)

La pratique optimale en matière d'AM consiste à nourrir le bébé exclusivement au sein (lait maternel uniquement à l'exclusion de tout autre aliment ou liquide) pendant six mois, puis de l'allaiter en lui donnant une alimentation d'appoint

(Aliments solides ou semi solides) à partir de six mois.

L'enfant doit continuer à être allaité au moins jusqu'à l'âge de deux ans, en plus de son alimentation d'appoint.

5.5. Pratiques d'allaitement maternel en Afrique

En Afrique plus de 95% des nourrissons sont allaités. Cette apparente universalité de l'allaitement cache toute fois d'importantes différences, en particulier suivant les régions (Dop MC ,2002)

L'initiation précoce de l'allaitement maternel à la naissance est peu fréquente en Afrique de l'ouest, car le colostrum n'y est pas traditionnellement donné au nouveau-né.¹ Le taux d'initiation pendant les premières 24 heures est beaucoup plus bas (51%) qu'en Afrique de l'est (86%) et en Afrique du sud et centrale (83%)². Dans des nombreux pays, on donne des liquides aux nouveau-nés avant de commencer à allaiter.

L'AME, qui est le mode optimal d'alimentation des nourrissons jusqu'à six mois, est peu pratiqué en Afrique de l'ouest, alors qu'il est plus fréquent en Afrique du nord et dans une moindre mesure en Afrique de l'est (Dop MC, 2002).

La pratique de l'alimentation au biberon est pratiquement absente de certains pays (1% au Burkina Faso, Mozambique et au Burundi des nourrissons de moins de 4 mois), alors qu'elle est fréquente dans d'autres (plus de 3% en Tunisie, Nigeria, Soudan et en Namibie), dans Demographic and surveys, 1990.

Ces pratiques ont un impact important en terme de santé publique, sur l'enfant et la mère.

La durée d'allaitement en Afrique est par contre longue, avec une médiane de 16 à 28 mois suivant les pays (tableau 15).

Tableau 15 : Evolution de la durée de l'allaitement maternel en Afrique avant 1990 (d'après Grummer-Strawn)

pays	Enquêtes	Durée médiane (mois)		Evolution globale (mois)	Effet des changements	
		Enquête 1	Enquête 2		Sociodémographiques (mois)	De comportement (mois)
Egypte	1980-1988	18,2	18,2	0	-0,5	+0,5
Maroc	1980-1987	16,2	15,1	-1,1	-0,8	-0,3
Tunisie	1978-1988	16,8	15,7	-1,1	-2,0	+0,9
Ghana	1979-1988	19,6	22,5	+2,9	0	+2,9
Sénégal	1977-1986	19,9	20,2	+0,3	-0,4	+0,7
Kenya	1977-1989	17,9	20,9	+3,0	-1,0	+4,0

L'urbanisation et l'éducation sont les principaux facteurs qui tendent à réduire la durée de l'AM en Afrique.

¹ MORSE JM. et al., initiating breastfeeding: a world survey of the timing of post-partum breastfeeding. Par DOP

SEMEGA J. et al., promoting breastfeeding in rural Gambia: combining traditional and modern knowledge. Health policy planning 2001. Par DOP

² Demographic and health surveys.

Tableau 16: Evolution de la durée de l'allaitement maternel en Afrique après 1990(d'après Demographic and Health surveys)

Pays	Enquêtes	Durée médiane (mois)		Evolution	
		Enquête1 2	Enquête	Globale	par année
Afrique du nord					
Egypte	1992-1995	19,1	18,9	-0,2	- 0,1
Maroc	1987-1992	15,0	15,5	+0,5	+0,1
Afrique de l'ouest					
Burkina Faso	1992-1999	25,2	25,8	+0,6	+0,1
Ghana	1993-1998	21,4	21,5	+0,1	0
Mali	1987-1996	18,3	21,6	+3,3	+0,4
Niger	1992-1998	20,9	20,6	-0,3	-0,1
Sénégal	1993-1997	20,2	20,9	+0,7	+0,2
Togo	1988-1998	22,4	24,4	+2,0	+0,2
Afrique de l'est					
Kenya	1993-1998	21,1	20,9	-0,2	0
Madagascar	1992-1997	19,7	20,7	+1,0	+0,2
Ouganda	1988-1995	19,0	19,5	+0,5	+0,1
Tanzanie	1992-1995	21,5	21,5	0	0
Afrique centrale et du sud					
Cameroun	1991-1998	17,4	18,1	+0,7	+0,1
Zambie	1992-1996	18,6	20,0	+1,4	+0,4
Zimbabwe	1988-1994	18,8	18,5	-0,3	-0,1

Le tableau 17 montre la consommation moyenne de lait suivant l'âge dans les pays en développement. On remarque clairement que, la consommation de lait est importante, lorsque l'allaitement est exclusif pendant les six premiers mois ; les aliments introduits au cours de cette période réduisent la consommation en lait du nourrisson et donc réduisent, le bénéfice que l'on peut tirer de l'allaitement maternel.

On constate également que la consommation de lait est maximale entre 3 et 5 mois, l'introduction d'une alimentation de complément à partir du sixième mois entraîne au fur et à mesure la chute de la consommation de lait, d'où la nécessité d'une alimentation de complément de bonne qualité (nutritive et énergétique).

Tableau 17 : Consommation moyenne de lait maternel suivant l'âge dans les pays en développement (d'après Brown et al. et Hatloy et Oshaug)

Age (mois)	Allaitement exclusif (g/j)	Allaitement non exclusif (g/j)
0-2	714	617
3-5	784	663
6-8	776	660
9-11		616
12-23		549
24-35		254

5.6. Situation de l'allaitement maternel au Congo

L'allaitement maternel au Congo se maintient à un taux de 90% avant l'âge de 9 mois mais une alimentation mixte et l'utilisation de laits de substitution sont de plus en plus fréquents, notamment en zone urbaine et chez les mères les plus jeunes, 4% des enfants urbains de 0 à 4 mois contre 2,6 % des enfants ruraux sont nourris exclusivement au sein (Tchibindat F, 2000). L'introduction d'aliments complémentaires au lait maternel est souvent réalisée vers l'âge de 2 à 3 mois (FAO ,1990).

A cet âge ,72%des enfants reçoivent une bouillie à base de maïs, de manioc, de fofou (farine de manioc) et de lait concentré sucré. Le sevrage a le plus souvent lieu entre 12 et 18 mois (85%).

La valeur nutritionnelle des bouillies traditionnelles est médiocre et leur faible fréquence journalière de consommation ne permet pas de compléter suffisamment les apports de laits maternels. Tout cela pourrait expliquer les prévalences élevées de malnutrition protéino-énergétique : en milieu rural, 27,5% des enfants d'âge préscolaire souffrent de retard de croissance et de 5,5% de maigreur.¹

Le tableau suivant, extrait du rapport de l'UNICEF 2003, nous donne une comparaison de la situation dans quatre pays de l'Afrique :

Tableau 18: diversité de la pratique de l'allaitement maternel dans quatre pays d'Afrique

Pays	% d'enfants nourris au sein (1995 – 2001)		
	Exclusivement (< 6 mois)	Plus aliments de sevrage (6-9 mois)	Encore allaités (20-23 mois)
Congo	4	94	13
Côte d'Ivoire	10	54	42
Maroc	31	33	20
Niger	1	56	61

Source : UNICEF, *la santé des enfants dans le monde, 2003*

Ce tableau, montre que l'allaitement maternel au Congo, est en légère progression par rapport au niveau de 1990, et cette prévalence est largement supérieure à celle des trois autres pays, cependant elle est plus faible que celle du Burkina Faso, et surtout l'allaitement exclusif est toujours à un niveau très faible.

Plusieurs facteurs sont à l'origine du déclin de l'allaitement maternel exclusif, permis lesquels (FAO, 1990) :

- l'urbanisation et la perte des structures traditionnelles, font disparaître la transmission familiale de l'allaitement maternel.

- l'imitation du modèle occidental passe par l'adoption du biberon et du lait artificiel, symboles du progrès social.

- le travail des mères, loin de chez elles rend difficile un allaitement maternel exclusif de 4 à 6 mois.

- la pression commerciale des fabricants de lait artificiel est présente partout.

¹ ENS. FAO, division de la nutrition. Etude sur l'aperçu nutritionnel du Congo, 1990.

-les pratiques hospitalières sont souvent nuisibles à l'allaitement (séparation mère-enfant, médicalisation...)

- les professionnels de santé ne sont pas formés à la conduite et au soutien de l'allaitement maternel.

La république du Congo à l'instar des autres pays africains a commencé l'élaboration de son plan national d'action pour la nutrition (PNAN) après la conférence internationale sur la nutrition tenue à Rome en Italie ,en 1992. Ce document a été adopté en atelier et diffusé en 1996.

Parmi les stratégies adoptées on peut distinguer :

-la promotion de l'allaitement maternel

La mise en œuvre du PNAN au Congo n'a pas été effective suite aux événements que le pays a connu une année après l'adoption .Cependant, on peut relever quelques activités du PNAN qui ont été réalisées, comme la mise en œuvre de l'initiative des hôpitaux amis des bébés (IHAB), la promotion de la croissance des enfants de 0 à 5 ans.

On a assisté également depuis la dernière décennie à la création des associations engagées dans la promotion, le soutien et la protection de l'allaitement maternel, mais des efforts reste à faire dans la formation des agents de santé et l'éducation de la communauté sur les bonnes pratiques de l'allaitement et de la nutrition infantile. L'IHAB n'a pas connu un grand succès au Congo, certainement à cause de la guerre civile.

5.6.1. Pratiques de sevrage

D'une manière générale , les pratiques de sevrage au Congo se caractérisent par un allaitement prolongé , d'une durée moyenne supérieure à 16 mois , et par une utilisation très précoce , mais de courte durée des bouillies en majorité de faible valeur énergétique .(1,2)¹

Le lieu de résidence aurait une forte influence sur la nature des bouillies consommées, l'âge de leur introduction et l'âge auquel leur consommation est arrêtée.

Les bouillies de manioc, qui sont utilisées dans 30% des cas dans les villages, ne le sont plus que de 1% à Brazzaville ; à l'âge de trois mois, plus de 80% des enfants des zones rurales (contre 35% des enfants de Brazzaville) consomment déjà de la bouillie. A l'âge de six mois, respectivement 43, 57, et 72% des enfants ont cessé d'en consommer à Brazzaville, dans les centres secondaires et les villages (Treche S. et al .1990).

¹ Simondon f. et al. Etat nutritionnel des enfants d'âge préscolaire à Brazzaville ,1989 ; dans « demain le manioc sera-t-il encore l'aliment de base des congolais »

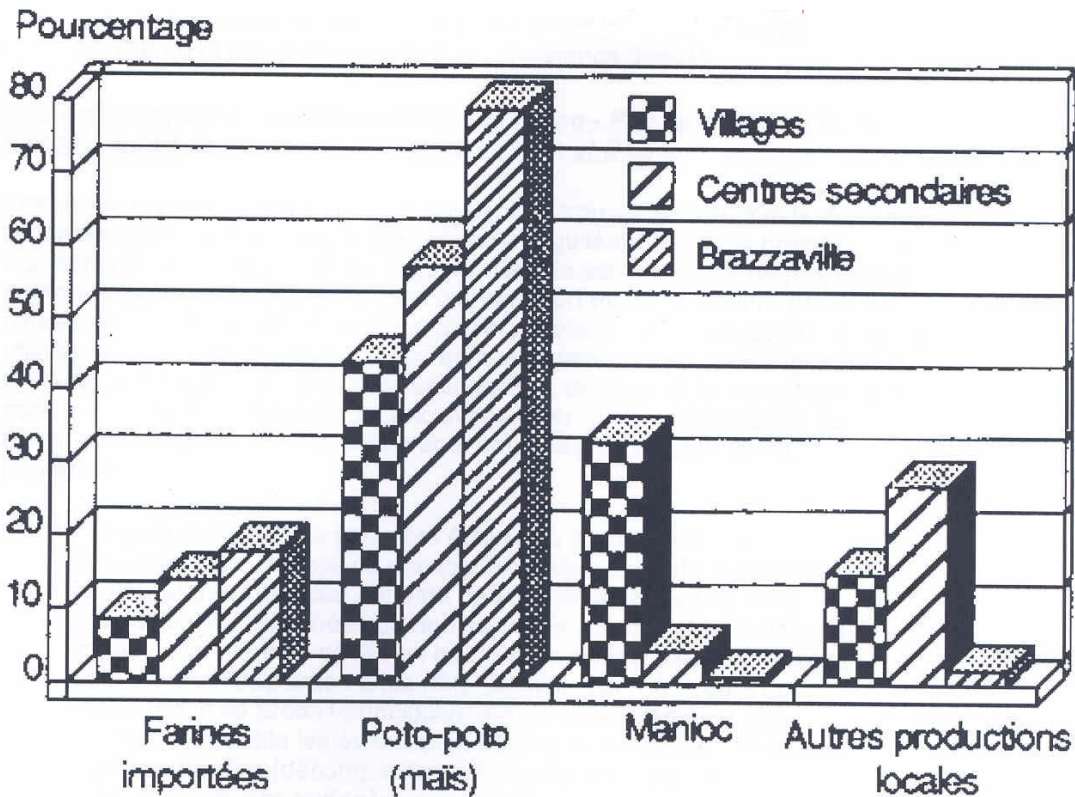


Figure 2 : nature des bouillies consommées au Congo (S.Tréche et J.Massamba, 1990)

Source : Extrait de, demain le manioc sera-t-il l'aliment de base des Congolais ?

5.6.2. Disponibilité et prix des produits

Les différences entre milieu urbain et milieu rural résultent principalement de la précarité des circuits de commercialisation et des contraintes technologiques. Les bouillies de maïs, qui sont préparées à partir d'une pâte fermentée (le poto-poto) est fabriquée artisanalement et vendue par un nombre restreint de femmes disposant du matériel (de fabrication locale) et du savoir faire nécessaire. Il en résulte que ces bouillies sont deux fois moins utilisées dans les villages qu'à Brazzaville, et que les mères des zones rurales font passer plus précocement leurs enfants au plat familial (Treche S, Massamba J.).

La bouillie de manioc est plus utilisée en zone rurale, à cause du coût relativement élevé du manioc à Brazzaville (incluant le coût de transport).

5.6.3. Niveau nutritionnel des bouillies

Les analyses réalisées sur les échantillons des différentes bouillies prélevés au moment de leur consommation montrent, que la densité énergétique de la bouillie de maïs (en moyenne 14,1g de MS/100g de bouillie pour 95 échantillons analysés) n'est pas supérieure à celle de la bouillie de manioc (en moyenne 15,5g de MS/100g de bouillie pour 61 échantillons analysés¹), et reste très insuffisante.

En raison des pertes de nutriments au cours de la cuisson du poto-poto, les teneurs en protéines de la bouillie de maïs n'excèdent pas 5g/100g de matière sèche (MS). L'avantage que procure la consommation de bouillie de maïs par rapport à celle de bouillie de manioc, à un âge où 95% des enfants sont encore allaités, est en réalité dérisoire.

En général, l'introduction précoce de ces bouillies de faible valeur nutritionnelle et énergétique que le lait maternel (Laurent F, 2002), va contribuer à la réduction de la consommation de lait maternel par le nourrisson, et au développement de la malnutrition.

5.7. Organisation sociale de la promotion de l'allaitement maternel

La promotion de l'allaitement maternel constitue un segment du système de soin fondé, au-delà des connaissances et des pratiques médicales, sur des représentations et des valeurs fondant une « sous culture » dont certains aspects sont spécifiques, distinctes de la sous culture d'autres segment du système de soin tels que les programmes de lutte contre le sida (Desclaux, 2004).

Connaître l'histoire de l'élaboration du programme au niveau international est nécessaire pour comprendre sa forme locale. Son organisation s'est établie dans chaque pays par une négociation entre l'international et le local, entre un modèle unique et des dynamiques institutionnelles diverses.

5.7.1. Programmes internationaux

Les programmes de promotion de l'allaitement maternel ont été développés au cours des deux dernières décennies (Jelliffe, 1998). Après les premières enquêtes épidémiologiques et des recommandations en matière d'allaitement destinées aux professionnels de santé, les premières mesures prises par l'OMS sont de nature juridiques. En 1981, l'assemblée mondiale de la santé adopte le code de commercialisation des substituts au lait maternel.

¹ SVANBERG V. le gros volume alimentaire des produits de sevrage et son effet sur l'apport énergétique et nutritionnel, 1989 ; dans « demain le manioc sera-t-il l'aliment de base des congolais »

Malheureusement ce code n'a valeur que de recommandation, et non de réglementation, et doit être ratifié par chaque pays.

En 1980, les politiques de santé, sont orientées vers la participation communautaire. En 1990, la déclaration Innocenti définit une politique internationale unique en matière d'allaitement.

En 1991, l'UNICEF et l'OMS lancent « l'initiative des hôpitaux amis des bébés », selon ce dernier les pratiques hospitalières doivent être modifiées, en mettant en pratique les dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel.

Les organismes gouvernementaux chargés de la santé sont invités à mettre en place dans leur pays, une politique de promotion de l'allaitement maternel intégrant les aspects juridiques, les aspects médicaux et l'intervention auprès de la population (Wilmoth, 1995).

5.7.2. Organisation de la promotion de l'allaitement maternel : Exemple du Burkina Faso

Le Burkina Faso, est l'un des pays de l'Afrique, à avoir mis en place un programme de promotion de l'allaitement maternel, incluant les différents aspects recommandés par les organismes internationaux.

Au Burkina Faso, le segment de système de soin ayant pour mission la promotion de l'AM est constitué de plusieurs niveaux (Desclaux, 2004) :

Une organisation Internationale, IBFAN-FAN (international Baby Food Action Net Work French Speaking Africa Network), coordonne les associations IBFAN pour les pays francophones.

Au plan national, une association l'APAIB (association pour l'alimentation infantile au Burkina) fait fonction de comité pour la promotion de l'allaitement maternel, et un programme a été mis en place par le ministère de la santé. Au plan local, des groupes de soutien aux mères sont censés mener des actions auprès de la population, et de nombreux services hospitaliers et services de santé maternel et infantile ont obtenu le label ami des bébés. Ainsi l'organisation sociale de la promotion de l'AM apparaît simultanément comme très hiérarchisée et centralisée, et acceptant toute femme ayant une expérience de mère nourricière. Cette organisation, vestige de la politique de santé publique des années 1970 et 1980 valorisant les soins de santé primaire et la participation communautaire, est assez particulière à mi chemin entre la participation au champ de la santé publique des associations de personnes affectées par la maladie, telle qu'on l'observe au Nord, et la création d'associations ou de mouvements communautaires à partir de l'administration sanitaire, selon

un modèle en vigueur au Sud (Desclaux, 2004) ; ce type d'organisation influe sur le contenu des discours et les pratiques d'allaitement.

Discussion et commentaires

La revue bibliographique et les observations, montrent dans cette étude que le lait maternel est l'aliment idéal pour le jeune enfant. Il doit être donné seul pendant les quatre à six premiers mois, afin de potentialiser les bénéfices qu'il procure pour la santé de l'enfant et de la mère. Cela est encore plus important pour l'Afrique au sud du Sahara, que l'eau et l'alimentation adéquat de complément reste un grand problème, la diversification précoce peut avoir des conséquences néfastes sur la santé de l'enfant et de la mère. Il est pour cela important d'améliorer les stratégies, pour une bonne promotion de l'allaitement maternel exclusif. Cette promotion doit se baser sur le système de santé au travers l'initiative des hôpitaux amis des bébés et les dix conditions pour le succès de l'AM. Cependant, il est important de noter, que notre travail ne permet pas de bien cerner toute la problématique liée à la mise en place et au bon fonctionnement de cette initiative. En effet, pour des raisons techniques, nous avons pas réalisé des observations dans les services de maternité. En outre, il serait très important de réaliser une telle étude dans un hôpital certifié déjà par le label, afin d'en tirer le maximum d'informations et de leçon pour notre expérience future, ainsi pour une meilleure analyse de la transposition des expériences pour nos pays. Mais cette insuffisance, ne nous empêche pas de tirer des conclusions, et projeter une transposition des expériences, d'autant plus qu'il s'agit d'une recommandation internationale, donc s'applique dans tous les pays, avec une adaptation par rapport au contexte. Cette initiative est déjà tentée dans plusieurs pays africains, et le résultat est mitigé, c'est le cas au Maroc et au Burkina Faso, le Congo Brazzaville avait commencé cette expérience, mais le projet a connu des difficultés suite à la grande période trouble que le pays a traversée depuis 1993.

Il ressort, de nos observations dans le service de néonatalogie du groupe hospitalier du Havre, qu'il y a encore d'énormes difficultés dans la coordination des activités liées au projet. Le responsable du projet par exemple n'était pas associé aux réunions du staff, qui pourtant décide de l'alimentation des enfants admis dans le service. Il est aussi important de noter que, l'initiative des hôpitaux amis des bébés, ne s'applique qu'aux enfants nés en bonne santé, avec un poids supérieur à 2500g. Dans ce service au Havre, des efforts sont faits, pour faire profiter aux enfants ne souffrants pas de malformations, des bénéfices du lait maternel en tirant le lait des mères qui est ensuite donné à l'enfant, en utilisant la tasse. Pour la mesure, de

l'efficacité de la tétée, lorsque l'enfant commence à téter, une grille a été mise en place. Malgré des contraintes concernant la manipulation du lait maternel et sa conservation dans le service, des bonnes mesures d'hygiène sont à prendre pour garder la qualité nutritive et bactériologique du produit avant son administration à l'enfant.

D'une manière générale, comme le montre une enquête réalisée au groupe hospitalier du Havre, sur le souhait des agents de santé, à suivre une formation sur l'allaitement maternel (Laurent C, 2003). Les agents, ont besoin d'une formation, cependant très peu accepte de la suivre, surtout les médecins et les sages femmes.

Des études réalisées au Maroc (Barkat, 2004) et au Burkina Faso (Desclaux, 2004), confirment le déficit d'information sur la gestion de l'allaitement maternel chez le personnel de santé, alors qu'ils ont un rôle important à jouer sur le comportement des mères face à l'allaitement maternel et sa pratique optimale. Les programmes de promotion, doivent focaliser leur attention sur cet aspect, c'est pour cette raison que nous avons trouvé très important de vulgariser l'IHAB, qui se base sur la formation.

L'IHAB, doit s'intégrer dans les activités de la structure sanitaire et que tous les agents s'intéressent, cela nécessite une organisation, une motivation, sensibilisation des agents à tous les niveaux. Nous l'avons observé au sein du Groupe hospitalier du Havre, pour d'autre projet, comme le projet sur la qualité (HACCP), qui a fait l'objet de la création d'un comité. Mais il faut aussi éviter de détourner l'attention des agents, sur leur activité principale qui est la santé des patients, par une multiplication des réunions.

Le déclin de l'allaitement maternel observé depuis les années 1970, aussi bien dans les pays en développement et développés, à l'origine du développement des stratégies nombreuses au niveau internationale et aussi nationale, n'est pas irréversible. Des résultats favorables sont observés dans plusieurs pays, grâce à la mise en place des stratégies diverses, au niveau des centres de santé, la législation et au niveau de la communauté. Mais en Afrique, il faut noter que les résultats sont encore très faibles. Au Burkina Faso, au Maroc, Centre Afrique, pays dans les quelles nous avons trouvés, des études sur l'allaitement maternel exclusif, les résultats nous laisse sur une interrogative. L'IHAB, réussira-t-elle à amener toutes les femmes à adopter un allaitement exclusif pendant les quatre à six premiers mois de la vie de l'enfant ?

Certainement qu'il faut d'autres stratégies, non seulement qu'on doit lutter contre les croyances culturelles très ancrées dans la population ce qui n'est pas déjà facile, mais aussi il faut harmoniser les messages donnés aux femmes, car les agents de santé eux-mêmes ne croient pas à l'allaitement maternel exclusif. Ensuite nous devons regarder dans le contexte

africain la mise en œuvre de l'IHAB, surtout l'aspect couverture et accessibilité de la politique à la grande majorité de la population, qui on le sait est pauvre et donc est exclue du système de santé. La question de la promotion de l'allaitement maternel, comme les autres questions du développement pose donc, le problème de la pauvreté et des inégalités sociales.

En France par exemple, la gratuité des consultations prénatales favorisent l'accès à toutes les femmes au système de santé, il est donc plus facile de passer le message à la grande majorité de la population d'autant plus que le mari, est convié d'accompagner son épouse à la consultation, lors que l'on sait qu'il a également un rôle important à jouer dans le mode de nutrition de l'enfant.

Le Burkina Faso, donne un exemple de l'adaptation locale du projet internationale, en incluant un aspect communautaire typique, la création des groupes d'appui aux mères allaitantes et les groupes de soutien mère à mère, pour aider les femmes à la sortie des maternités, à bien gérer la période de lactation, et la diffusion des bonnes pratiques.

La réussite des programmes sur l'allaitement maternel, doit aussi dépendre de la protection des femmes allaitantes. Les gouvernements doivent garantir la promulgation et la mise en vigueur d'un ensemble de lois qui permettent à la femme de jouir de son droit à allaiter. Il s'agit de promulguer des législations, de mettre en vigueur des règlement et des normes nationales en vue de défendre la pratique de l'allaitement, conformément au code international sur la commercialisation des substituts au lait maternel (SLM) et à la résolution 47.5 de l'assemblée mondiale de la santé de mai 1994. Ces mesures de protection visent à promouvoir la mise en œuvre et le respect des lois nationales qui protègent les mères qui travaillent et prévoient des mesures visant à contrer les retombées négatives des programmes d'alimentation complémentaire qui utilisent les SLM.

La réglementation dans le domaine des SLM, nécessite bien un assouplissement, du fait de l'ampleur du VIH/SIDA en Afrique et aussi de la pauvreté. Ces produits doivent être, gratuitement distribués dans les centres de santé, et être orientés à l'alimentation stricte des enfants dont les mères sont déclarées positives, et ayant choisies l'alimentation artificielle, de façon libre et éclairé. Dans ce sens que la publicité ou la part des SLM, dans le déclin de l'allaitement maternel en Afrique est très faible, compte tenu bien entendu du pouvoir d'achat faible de la population. Cette question ne constitue pas un problème de santé public, alors qu'il y a un besoin important de ces aliments dans les programmes de lutte contre le SIDA.

La recherche dans le domaine de l'allaitement doit être encouragée, afin de trouver des stratégies qui permettront de faire adopter de façon populaire l'AME. Des nombreux pays, ont une grande expérience dans la promotion de l'AM, il faut donc favoriser la création des

réseaux pour l'échange de l'information dans un domaine en pleine évolution et de grande sensibilité.

Conclusion générale et propositions pour le Congo

L'allaitement maternel, est une valeur culturelle en Afrique, il n'est pas souvent toléré qu'une femme en bonne santé n'allait pas. Cependant, cette apparente universalité cache des pratiques inappropriées qui mettent la vie des enfants en danger.

Au Congo, selon le rapport de l'UNICEF, 2003, la prévalence de l'allaitement maternel est de 94%, et 4% des enfants de moins de six mois sont allaités exclusivement au sein. Une étude de la FAO réalisée en 1990, fait ressortir que 72% des enfants reçoivent une bouillie à partir de l'âge de deux à trois mois. Ces aliments pour la majorité des cas, sont de fabrication artisanale avec une qualité microbiologique douteuse. D'autres pratiques montrent qu'un autre aliment est donné à l'enfant avant lait maternel.

Plusieurs causes sont à l'origine de cette supplémentation précoce (Abdoulaye sépou, 2001) et de la faible prévalence de l'allaitement maternel exclusif. Les études réalisées au Maroc et au Burkina Faso, et notre stage réalisé au Groupe Hospitalier du Havre en France, nous ont permis de comprendre les différentes stratégies au niveau internationales, pour ainsi faire des propositions pour le Congo.

- **Formation du personnel de santé**

Les agents de santé jouent un rôle très important dans la décision d'une mère, pour cela un accent particulier doit être mis sur la formation des agents de santé, sur la prise en charge des problèmes de l'allaitement.

La stratégie de l'OMS/UNICEF de l'IHAB doit être redynamisée, pour cela nous proposons une évaluation des activités qui ont été menées dans ce cadre, afin de réorienter les politiques. Cette initiative doit être étendue sur toute les maternités et centres de santé de la république.

- **Renforcement des mesures législatives**

La femme allaitante doit être protégée par des lois vulgarisées au niveau nationale, le congé de maternité par exemple doit être augmenté à environ trois mois, afin de garder le plus longtemps la mère auprès de son enfant.

- les directives et recommandations internationales sur la protection et le soutien de l'allaitement maternel doivent être ratifiées et appliquées dans le pays.

- Il faut créer au niveau national une organisation de coordination de l'allaitement maternel.
- Prendre des dispositions légales en faveur de la création et du bon fonctionnement des organisations et associations de promotion à l'allaitement maternel. contribuer au développement d'un réseau d'échange et de communication pour ce qui est de l'allaitement maternel, afin que les effectifs sanitaires et le public en général puissent disposer d'informations actualisées.
- Prendre des mesures pour l'introduction dans les programmes scolaires et de formation des agents de santé des modules sur la notion de l'allaitement optimal.

- **Au niveau communautaire**

Une mobilisation de la société sur l'importance de l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers est nécessaire, car nous savons le rôle que joue l'environnement immédiat de la mère dans la conduite de l'allaitement maternel.

- Le mari ou un parent proche (mère) doit accompagner la femme pendant les consultations prénatales ;
- les ONG doivent jouer un rôle important dans la diffusion des informations favorable à l'allaitement maternel exclusif au sein de la communauté ;
- encourager la formation des groupes de soutien à l'allaitement maternel et des groupes de soutien mère à mère, afin d'offrir un appui psychologique qui réponde aux besoins de la mère ;
- utiliser les médias, les églises, les dirigeants communautaires, les politiques, les campagnes de vaccination, pour faire passer des informations au sein de la population.
- Instituer la gratuité de la prise en charge des consultations prénatales et les accouchements à l'hôpital, afin d'élargir la population au contact avec le système de santé et donc de l'information.
- Amener toutes les femmes enceintes à accepter volontairement le test du VIH/SIDA, pendant les consultations prénatales. Les femmes dépistées positives doivent bénéficier gratuitement d'un traitement, et d'un soutien pour l'alimentation de l'enfant. Compte tenu de la charge financière que toutes ces propositions sur le budget de l'état, nous proposons une réflexion pour la mise en place des mutuelles de santé.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Articles et livres

Barkat A, Lyaghfour A, Mdaghri Alaoui A, Lamdouar Bouazzaoui A. Une réflexion sur l'allaitement maternel au Maroc. Santé tropicale, 2004

Branger B, et al. Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes, 1998. Dans journée nationale pour l'allaitement maternel, 8 décembre 2001

Corst M, Kaminski M. l'allaitement maternel à la maternité en France en 1995 : enquête nationale périnatale. Dans journée nationale pour l'allaitement, 8 décembre 2001

Delpuech F. Effets de la dévaluation du franc CFA sur l'alimentation des jeunes enfants au Congo et au Sénégal, IRD-Fiche 14, Juin 1996

Desclaux A. Et si la pandémie de VIH/SIDA était une opportunité pour améliorer la pertinence de l'allaitement en Afrique ? Cahier santé 2002 ; 12(1); 73-75

Desclaux A, Taverne B. Allaitement et VIH en Afrique : le traitement de l'allaitement dans le système de soin (chapitre 11), 566p

Desclaux A. Prévention de la transmission du VIH par l'allaitement maternel : que peut-on proposer en 2004 ? Etat des lieux des connaissances et expériences, 2004 ; 9p

Devaux MP, Laurent C, Marchand MC, Perez H. Allaitement maternel : Bases de formation pour les professionnels de santé partant en pays en développement, 1990 ; 43p

Dop MC. Allaitement maternel en Afrique : l'évolution favorable sera-t-elle remise en question par l'épidémie de sida ? Cahier santé 2002 ; 12(1); 64-72

François L, Sawadogo JM. L'art et la manière de préparer une bouillie. Développement et santé, n°160, août 2002

Grant JP, UNICEF. La situation des enfants dans le monde, 1990.

Jelliffe DB, Jelliffe EFP. Programmes to promote breastfeeding. Oxford, Oxford university Press, 1988

Laviolle G. Enquête pour le comité Français de l'UNICEF ; 1999 .Dans la journée nationale pour l'AM, Décembre ,2001

Mikangou L. Des efforts pour amener les femmes séropositives à sauver leurs progénitures. Inter press service News Agency, 2004

Morse JM, Jehle C, Gamble D. initiating breastfeeding: a world survey of the timing of post-partum breastfeeding. Int J Nurs Stud 1990; 27:303-13

Nduati R, John G, Mbori-Ngacha D, et al. Effect of breastfeeding and formula feeding on transmission of HIV-1. JAMA 2000; 283:1167-74

Royer P, Fontaine G, Rey J, Polonovski C, Jean R. Nutrition du nouveau -né, 1978

Sawadogo SP, Martin-Prével Y, Savy M, Kameli Y, Traoré SA. Les pratiques d'alimentation du nourrisson en zones rurales au Burkina Faso; 2002

Semega-Janneh IJ, Böhler E, Holm H, Matheson I, Holmboe-Ottesen G. promoting breastfeeding in rural Gambia: combining traditional and modern knowledge. Health policy planning 2001; 16:199-205

Sépou A, Yandza MC, Nguémbi E, Tekpa G, Ngalé R. Quelle valeur l'allaitement maternel a-t-il en milieu urbain et semi-urbain Centrafricain ? cahier santé 2002 ; 11 :85-9

Simondon F et al. Etat nutritionnel des enfants d'âge préscolaire à Brazzaville .Urbanisation et santé dans le tiers monde. Transition épidémiologique, changement social et soins de santé primaires. Collection colloques et séminaires, ORSTOM, Paris ,1989

Svanberg, U. 1989. « Le gros volume alimentaire des produits de sevrage et son effet sur l'apport énergétique et nutritionnel », 1987

Tellier V. Allaitement maternel, un facteur de santé publique. Louvain MED.117 ; 1998. p331-9

Tchibindat F, Mouyokani I, Yila-Boumpoto M. Sélection d'interventions nutritionnelles au Congo: une approche pour les centres de santé et pour la communauté. Cahier santé 2002 ; 12(1) :100-106

Tchibindat F, Martin-Prevel Y, Gnimi C, Samba Dinard, Ambedet A. Situation nutritionnelle des populations Congolaises, 2000

Treche S, Massamba J. Demain le manioc sera-t-il encore l'aliment de base des congolais, 2000

Treche S, Debenoist B, Benbouz D, Delpeuch F. L'alimentation de complément du jeune enfant. Actes d'un atelier OMS/ORSTOM inter pays, 1994 ; Université Senghor, Alexandrie

Turck D. La situation de l'allaitement maternel en France : les raisons d'espérer et le chemin qu'il reste à parcourir, journée nationale pour l'allaitement ,2001 :26-36

Vermeil G, Dartois AM, Dufrasseix M. L'alimentation de l'enfant de la naissance à 3 ans

Wilmoth TA, Elder JP. An assessment of research on breastfeeding promotion strategies in developing countries. Social Science and Medecine, 1995 ; 41(4):579-594

Revue et Rapports

Academy for Educational Development. Faits d'alimentation : Directives pour une alimentation complémentaire appropriée pour les enfants allaités, âgés de 6 à 24 mois, Novembre 1997

Academy for Educational Development. Faits d'alimentation : pratiques recommandées pour améliorer la nutrition infantile pendant les six premiers mois, Janvier 1999

Academy for Educational Development. Faits d'alimentation : Fiche de questions posées fréquemment sur : l'allaitement au sein et le VIH/SIDA, Janvier 1998

Academy for Educational Development. Faits d'alimentation : Naissance, début de l'allaitement maternel et les sept premiers jours après la naissance, Septembre 2002

CoFAM. Rapport sur la journée nationale pour l'allaitement, organisé avec le soutien du conseil général du Rhône, et le parrainage par le ministère délégué à la santé et du ministère délégué à la famille, l'enfance et aux personnes handicapées, Décembre 2001 ; 400 professionnels et membres d'associations de soutien et d'information à l'allaitement ont partagé leurs expériences et leurs projet

CoFAM. Dossier de presse SMAM (semaine mondiale de l'allaitement maternel) ,2003 ; 37p

Demographic and health surveys. <http://www.measuredhs.com>

Faits d'alimentation, Pratiques recommandées pour améliorer la nutrition pendant les six Premiers mois, janvier 1999

FAO, ENS, division de la nutrition. Aperçu nutritionnel au Congo, 1990

FAO: <http://www.fao.org/gIEWS/french/basedocs>

FAO, ENS, division de la nutrition. Etude sur l'aperçu nutritionnel du Congo ,1990

<http://www.lomedicaldelareunion.com/grandesendemiestropicales /partie%20I 20chapitres.>
(Chap. 3pourquoi le système de santé congolais est-il incapable de contrôler l'endémie pianique, 1992)

IBFAN, Allaitement actualités, juin 2001 ; n°31-32

IBFAN, Allaitement actualités, décembre 2002 ; n° 35

OMS. Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement, Département santé et développement de l'enfant et de l'adolescent .Genève, organisation mondiale de la santé ,1999 ; 122p(WHO/CHD/98.9)

OMS. Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel : le rôle spécial des services liés à la maternité. Déclaration conjointe de l'oms et du FISE. Organisation mondiale de la santé .Genève, 1989 ; 32p

UNICEF .La situation des enfants dans le monde, tableaux 2, nutrition ; 2004.

UNICEF .Allaitement maternel, préserver une ressource naturelle, Georgetown university, Département of obstetrics and gynecology, IISNFP/Breadfeeding division, 3800; 1988

UNICEF. La situation des enfants dans le monde ,1998

World Health Organisation. HIV and infant feeding. A guide for health-care managers and supervisors. Genève, 1998

WHO. Global data bank of breastfeeding; 1996. Dans journée nationale pour l'allaitement ,8 décembre, 2001

ANNEXES

Annexe 1
Politiques et recommandations internationales d'appui à la femme
et à l'allaitement maternel (PRAIL-LAC).

Année	Organisme	Document/Réunion	Résumé
1919 1941 1952	OIT	<ul style="list-style-type: none"> • Convention No 3 • Convention No 95 • Convention No 103 	<ul style="list-style-type: none"> • Institution des 12 semaines de congé payé à 2/3 du salaire, au moins.
1979	OMS/UNICEF	<ul style="list-style-type: none"> • Réunion conjointe sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant 	<ul style="list-style-type: none"> • Promouvoir l'A.M.; améliorer les pratiques de sevrage; renforcer l'éducation, la formation, l'information sur l'alimentation; promouvoir la santé et le statut social de la femme; nécessité de contrôler la commercialisation des succédanés de l'AM.
1981	Assemblée mondiale de la Santé	<ul style="list-style-type: none"> • Code international de commercialisation des succédanés du lait maternel 	<ul style="list-style-type: none"> • Contrôle de la commercialisation de succédanés et d'aliments complémentaires, des biberons et tétines.
1982	FAO/OMS	<ul style="list-style-type: none"> • Codex Alimentarius 	<ul style="list-style-type: none"> • Etablissement des conditions minimum de qualité et d'hygiène des substituts du lait maternel.
1986	Assemblée mondiale de la Santé	<ul style="list-style-type: none"> • Résolution 39.28 	<ul style="list-style-type: none"> • Restrictions de l'approvisionnement gratuit et bon marché; formules de suivi inutiles.
1988	Groupe d'experts à Bellagio, Italie	<ul style="list-style-type: none"> • Consensus de Bellagio 	<ul style="list-style-type: none"> • L'analyse des recherches permet de conclure à une probabilité de protection de 98% contre la grossesse au cours des 6 premiers mois après l'accouchement lorsque la mère allaite complètement et est aménorrhéique.
1989	OMS/UNICEF	<ul style="list-style-type: none"> • Protéger, promouvoir et appuyer l'allaitement naturel: le rôle spécial des services de la maternité. Déclaration conjointe 	<ul style="list-style-type: none"> • Institution des 10 étapes vers un allaitement naturel heureux.
1990	32 gouvernements et 10 organisations internationales	<ul style="list-style-type: none"> • Déclaration d'Innocenti pour la promotion, la protection et l'appui de l'allaitement maternel 	<ul style="list-style-type: none"> • Promotion de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 4-6 mois, poursuite de l'AM jusqu'à 2 ans ou plus avec complément d'alimentation appropriée; formation de comités et programmes nationaux pour assurer que les services de santé appliquent les 10 étapes pour 1995; accord en vue de la suspension de l'approvisionnement gratuit.
1990	ONU	<ul style="list-style-type: none"> • Convention sur les droits de l'enfant 	<ul style="list-style-type: none"> • Obligation juridique de protéger les mères, les enfants et les familles; appui à l'AM.

Annexe 1 (suite)

Année	Organisme	Document/Réunion	Résumé
1990	UNICEF et 79 chefs d'Etat	• Sommet mondial de l'enfance	• Parvenir à ce que toutes les femmes nourrissent leurs enfants exclusivement au sein jusqu'à 6 mois et poursuivent l'allaitement avec des aliments complémentaires jusqu'après la deuxième année.
1991	UNICEF/OMS	• Initiative de l'Hôpital ami des bébés	• Adoption des 10 étapes; création d'un milieu favorable à l'enfant dans les maternités; suppression de l'approvisionnement.
1991	OPS/OMS	• Déclaration de Fortaleza	• Etablit l'importance de l'accouchement naturel et les conséquences négatives des routines inutiles.
1992	ONU	• Programme Action 21, Rio 92	• Protection de la femme afin qu'elle puisse allaiter pendant les 4 premiers mois après l'accouchement, au moins.
1992	FAO/OMS/150 pays et Communauté européenne	• Conférence internationale de nutrition, Plan d'action	• L'AM est l'une des 9 stratégies en vue d'un développement nutritionnel adéquat; allègement des obstacles à l'AM.
1992	ONU	• Convention sur l'élimination de toute forme de discrimination contre la femme (CEDAW)	• Elimination de toute discrimination contre la femme qui travaille.
1992	ONU	• Suivi du Sommet mondial pour les enfants	• Définition d'objectifs intermédiaires dans le cadre des Hôpitaux amis des bébés et élimination de l'approvisionnement gratuit pour 1995.
1994	AMS	• Résolution 47.5	• Adopté à l'unanimité: interdiction de tous les approvisionnements gratuits et bon marché des succédanés du lait maternel à tous les niveaux des systèmes de santé.
1994	ONU	• Conférence sur la population et le développement du Caire, Egypte	• Définit la protection, la promotion et l'appui à l'AM—jusqu'à 6 mois—comme une des principales mesures de survie de l'enfant; les gouvernements ont l'obligation de la promotion et formation du personnel de santé.

Annexe 2

Les dix étapes vers un allaitement maternel heureux

Tous les services de maternité et de soins aux nouveaux-nés devront:

1. Disposer d'une politique écrite sur l'allaitement naturel qui devra être systématiquement portée à la connaissance de tous les prestataires de services de santé.
2. Former l'ensemble du personnel de santé afin qu'il soit à même de mettre ladite politique en vigueur.
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement maternel et de la façon de le mettre en pratique.
4. Aider les mères à commencer l'allaitement dans la demi-heure qui suit l'accouchement.
5. Montrer aux mères comment allaiter leur enfant et comment poursuivre l'allaitement même si elles doivent être séparées de leur enfant.
6. Donner aux nouveaux-nés du lait maternel exclusivement, sans aucun autre aliment ou boisson, sauf pour des raisons médicales.
7. Faciliter la cohabitation des mères et des enfants, 24 heures sur 24.
8. Encourager l'allaitement maternel chaque fois que possible.
9. Ne pas donner aux enfants allaités des tétines artificielles.
10. Encourager la création de groupes d'appui à l'allaitement maternel et assurer que les mères prennent contact avec eux à leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.