PN-ABL-261/17195

USAID

Agence des
Etats-Unis
pour le
Développement
International

Forum international pour
l'Afrique francophone

Alimentation du nourrisson et Survie de l'enfant

du 9 au 13 septembre 1991
Lomé, Togo

Comptes rendus de la Conférence

A.T.G.N.
ıssociation Togolaise / Groupe Nutrition

PRITECH

NCP
Projet de Communication
pour la Nutrition

FORUM INTERNATIONAL POUR L'AFRIQUE FRANCOPHONE
ALIMENTATION DU NOURRISSON ET SURVIE DE L'ENFANT

du 9 au 13 septembre 1991
Lomé, Togo

COMPTES RENDUS DE LA CONFERENCE

Sous les auspices de
l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International

en collaboration avec
Association Togolaise/Groupe Nutrition
Projet de Communication pour la Nutrition
Technologies pour les Soins de Santé Primaires

Préparés par
Lisa Dipko, PRITECH

en collaboration avec
l'équipe de la conférence

Réalisés par
Creative Associates International, Inc.

Mars 1992

Participants de la Conférence à la Cérémonie de Clôture

L'équipe de la conférence

Comité technique

Claudia Fishman, Coordinatrice Technique
Larry Casazza
Eunyong Chung
Ananivi Doh
Elizabeth Herman
Martita Marx
Margaret Parlato
Suzanne Prysor-Jones
Hope Sukin

Administration/logistique et préparation des comptes rendus

Jeanine Daniels, Manager de la Conférence
Annice Brown
Lisa Dipko
Kim Forsyth
Cynthia Long
Elsie Sanon
Lauren Snyder
Derry Velardi
Karen White

Cette activité a été réalisé grâce à un soutien de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (A.I.D.), Bureau de l'Afrique, et Bureau de la recherche et du développement dans le cadre du Projet de Communication pour la Nutrition (NCP) de l'Office de la Nutrition (Contrat No. DAN-5113-Z-00-7031-00, Projet No. 936-5113), réalisé par l'Académie pour le Développement de l'Education (AED), 1255 23rd St., NW, Washington, DC 20037 et le Projet PRITECH de l'Office de la Santé (Contrat No. DPE-5969-Z-00-7064-00, Projet No. 936-5969), réalisé par Management Sciences for Health (MSH), 1925 N. Lynn St., Suite 400, Arlington, VA 22209. Le contenu du présent rapport ne reflète pas forcément les opinions ou les politiques de l'A.I.D., de MSH ou de l'AED.

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE 1

INTRODUCTION 4

THEME I: Progrès dans le domaine de la survie de l'enfant et perspectives pour les années 90 7

THEME II: Soutien à la femme pendant la grossesse et la période postpartum . 12

THEME III: Amélioration de la santé de la mère et du nourrisson grâce à la promotion de l'allaitement au sein 15

THEME IV: L'alimentation du nourrisson ou la prévention et le traitement de la diarrhée 22

THEME V: Alimentation du nourrisson pendant le sevrage 26

THEME VI: Intégrer les activités nutritionnelles aux autres programmes de santé 34

PLANS DES DIVERS PAYS 40

RECOMMENDATIONS DU FORUM 45

ANNEXES

UN: Ordre du jour
DEUX: Liste des participants
TROIS: *Déclaration d'Innocenti sur la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel*
QUATRE: *Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel*
CINQ: Bibliographie de la conférence

LISTE DES ABREVIATIONS

A.I.D.	Agence pour le développement international
CAP	Connaissances, attitudes et pratiques
FAO	Organisation des Nations-Unies pour l'alimentation et l'agriculture
IBFAN	International Baby Food Action Network (Réseau international pour l'alimentation du nourrisson)
IEC	Information, éducation et communication
LCMD	Lutte contre les maladies diarrhéiques
NCP	Nutrition Communication Project (Projet de Communication pour la Nutrition)
OMS	Organisation mondiale de la santé
PEV	Programme élargi de vaccination
PMI/PF	Protection maternelle et infantile/Planification familiale
PRITECH	Technologies for Primary Health Care (Technologies pour les soins de santé primaires)
RENA	Réseau pour l'éducation nutritionnelle en Afrique
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
UNICEF	Fonds des Nations-Unies pour l'enfance
VITAL	Vitamin A Field Support Project (Projet de soutien sur le terrain pour la vitamine A)
WINS	Women and Infant Nutrition Support Project (Projet de soutien pour la nutrition de la femme et du nourrisson)

SOMMAIRE

Pendant la semaine du 9 au 13 septembre 1991, une cinquantaine de chercheurs, décideurs, scientifiques, personnel de la santé et responsables de programmes de l'Afrique francophone se sont réunis avec des représentants de bailleurs de fonds et groupes de soutien internationaux pour s'entretenir de l'alimentation du nourrisson et de la survie de l'enfant. Des médecins et des spécialistes des sciences comportementales de l'Afrique de l'ouest qui ont entrepris récemment des recherches sur les pratiques alimentaires, la lutte contre les maladies diarrhéiques et l'allaitement au sein ont présenté les résultats de leurs travaux à leurs collègues. En outre, les participants ont examiné une série de travaux des plus illustres de la littérature française sur l'alimentation du nourrisson ainsi qu'une série choisie de documents et d'articles techniques traduits de l'anglais pour cette conférence (voir annexe cinq). Ces essais scientifiques ont été enrichis par les discussions des participants sur divers aspects liés aux programmes de leur pays ainsi qu'aux politiques et objectifs des bailleurs de fonds internationaux.

Certaines questions se sont avérées problématiques soit parce qu'on manquait de données crédibles de la région justifiant un changement immédiat, soit parce qu'un effort considérable devait être déployé pour changer des pratiques extrêmement répandues. Les participants se sont néanmoins mis d'accord sur un certain nombre de questions épineuses. Ils ont convenu que l'allaitement exclusif de la naissance jusqu'à l'âge de 4 à 6 mois représentait la meilleure chance de survie pour les enfants. Un allaitement exclusif pendant ces premiers mois non seulement apporte à l'enfant tous les nutriments et liquides nécessaires mais fonctionne également comme une méthode efficace d'espacement des naissances.

Ils ont adopté la définition suivante de l'allaitement au sein exclusif: Un bébé exclusivement nourri au sein commence à téter dans l'heure qui suit sa naissance, il ne reçoit que du lait maternel y compris le colostrum et il est nourri fréquemment sur demande jour et nuit. Dans le lait maternel, il trouve tous les liquides dont il a besoin pendant les 4 à 6 premiers mois de sa vie, faisant qu'il est inutile de lui donner des suppléments d'eau. En fait, l'eau, de par son éventuelle contamination, engendre des risques de diarrhée.

Les participants ont également convenu qu'il fallait continuer à encourager l'allaitement au sein même dans les régions qui connaissent une forte prévalence de l'infection par le VIH. En effet, le risque de transmission du virus par le biais de l'allaitement est contrebalancé par la très grande protection que confère l'allaitement au sein exclusif contre la morbidité et la mortalité imputables à la diarrhée et aux infections respiratoires. Les produits de remplacement du lait maternel sont chers et souvent dangereux puisque dans la plupart des cas on manque d'eau salubre et de biberons propres.

Après avoir passé 4 jours à étudier les preuves scientifiques et à débattre de leur application, les participants ont avalisé la *Déclaration d'Innocenti sur la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel* et ont préparé leur propre document recommandant aux gouvernements et aux autorités sanitaires de l'Afrique ainsi qu'à la communauté internationale des bailleurs de fonds de prendre des mesures concrètes et spécifiques garantissant leurs applications dans leurs pays respectifs. Ce document est donné dans son intégralité à la fin du présent rapport et certaines des grandes lignes sur lesquels un consensus a été atteint pendant les plénières et les discussions en petits groupes sont brièvement soulignés ci-après:

- Les pays doivent se donner des politiques nationales clairement formulées dans les domaines de l'alimentation et de la nutrition du nourrisson.

- Les pays doivent élaborer ou appliquer des lois qui soutiennent la santé maternelle et infantile pendant et après la grossesse et qui encouragent l'allaitement au sein (congé de maternité et contrôle des produits de remplacement du lait maternel).

- Les autorités sanitaires doivent adopter un programme de formation valide avant et après l'emploi pour les agents de santé, si l'on veut que ces derniers soutiennent les mères et encouragent l'allaitement au sein et une meilleure alimentation du nourrisson.

- Les divers pays et bailleurs de fonds doivent effectuer des recherches opérationnelles spécifiques à chaque région sur l'allaitement au sein et les pratiques de sevrage afin de pouvoir mettre sur pied des interventions qui conviennent dans la culture donnée.

- Les autorités sanitaires doivent accorder une haute priorité aux campagnes d'information, d'éducation et de communication afin d'encourager une meilleure nutrition maternelle, l'allaitement au sein et une meilleure alimentation du nourrisson. Les messages s'adresseront non seulement aux mères mais aussi aux pères, aux grand-mères, aux représentants officiels et aux autorités traditionnelles.

- Les autorités sanitaires doivent intégrer la promotion nutritionnelle à la planification familiale et aux autres soins de santé primaires.

Dans le cadre des thèmes et débats de la conférence, les équipes des divers pays ont préparé des plans d'action indiquant les mesures qu'elles aimeraient prendre pour améliorer l'alimentation du nourrisson et la survie de l'enfant dans leurs pays. Elles ont eu la possibilité de discuter de ces plans avec les autres équipes et les participants internationaux. Ces plans et discussions ont déjà commencé à porter des fruits sous forme d'actions concrètes. Par exemple, un des pays a déjà mis sur pied une équipe

nationale spéciale pour l'allaitement au sein et est en train d'élaborer une politique nationale relative à l'allaitement au sein. En voyant les résultats des recherches entreprises par leurs voisins, nombreuses des équipes nationales ont décidé avec enthousiasme de réaliser des recherches pratiques analogues dans leurs propres pays et se sont attelées à la tâche, préparant des propositions de recherche. Des visites de suivi de la part des organisations internationales sont déjà prévues dans de nombreux pays participants.

Il nous faut bien reconnaître le rôle extrêmement important que tient l'alimentation du nourrisson dans la survie de l'enfant. Les participants de la conférence de Lomé seront les gardiens qui veilleront à ce que l'alimentation infantile et la nutrition maternelle deviennent de nouvelles priorités dans les pays de l'Afrique de l'Ouest ainsi que dans le cadre des activités soutenues par les organisations internationales. Tel sera donc l'héritage du Forum international sur l'alimentation du nourrisson et la survie de l'enfant.

INTRODUCTION

C'est parce que l'on sait aujourd'hui que les pratiques alimentaires du nourrisson et la nutrition maternelle sont de toute première importance pour la survie des enfants qu'on a tenu à organiser cette conférence qui s'est déroulée sous l'égide de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (A.I.D.). Elle a été mise sur pied conjointement par le Projet de Communication pour la Nutrition (NCP) de l'Office de la Nutrition, réalisé par l'Académie pour le Développement de l'Education et le Projet Technologies pour les soins de santé de primaires (PRITECH) de l'Office de la Santé, réalisé par Management Sciences for Health. L'Association Togolaise/Groupe Nutrition (ATGN) a été l'hôte de la conférence. Les arrangements logistiques ont été pris en charge par Creative Associates International, Inc.

Cérémonie d'ouverture, sur le podium, (de gauche à droite): Dr. Ananiv! Doh, Directeur, A.T.G.N.; M. O. Kofti Alabi, Traducteur; Mme Hope Sukin, Bureau de l'Afrique, A.I.D.; Dr. Sarah Clark, Représentante de l'USAID, USAID/Lomé; Son Excellence John Kirby, Ambassadeur des Etats-Unis au Togo; M. Paul Ihou, Ministre de la santé, Togo; Dr. Liliane Barry, Représentante de l'Organization mondiale de la santé au Togo; Mme Margaret Parlato, Directrice, NCP; Dr. Eunyong Chung, Office de la Nutrition, A.I.D.; et Dr. Martita Marx, Directrice adjointe de la recherche et du développement à PRITECH.

La conférence avait pour objet général de permettre un échange d'idées et d'expériences sur l'amélioration de l'alimentation du nourrisson et de la nutrition maternelle au sein d'un groupe d'éminents spécialistes africains dans les domaines de

la protection maternelle et infantile, de la nutrition, de la lutte contre les maladies diarrhéiques et de la planification familiale. Ces délibérations seront le fondement sur lequel reposent les plans d'action concrets visant à diminuer la morbidité et mortalité infantiles imputables aux maladies diarrhéiques et à la malnutrition en Afrique francophone.

La conférence regroupait des décideurs, des chercheurs, des responsables de programme, des scientifiques, du personnel de santé et d'autres représentants des Ministères de la Santé et d'institutions privées du Burkina Faso, du Cameroun, de la Côte d'Ivoire, de la Guinée, du Mali, du Niger, du Sénégal, du Togo et du Zaïre. Outre ces équipes nationales, elle comptait également des orateurs de la Gambie et du Rwanda, des conseillers techniques et responsables de programme de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), de l'Organisation des Nations-Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), de l'UNICEF, du Réseau international pour l'alimentation du nourrisson (International Baby Food Action Network, IBFAN), du Réseau pour l'éducation nutritionnelle en Afrique (RENA) et des Projets de santé financés par l'A.I.D., notamment l'Institut de la santé reproductive de l'Université de Georgetown, le Projet de Communication pour la Nutrition (NCP), PRITECH, le Projet de soutien sur le terrain pour la vitamine A (VITAL), Wellstart et le Projet de soutien pour la nutrition de la femme et du nourrisson (WINS).

La conférence se donnait les objectifs spécifiques suivants:

- Apprendre davantage à propos de l'état nutritionnel des enfants de l'Afrique de l'Ouest et des programmes actuels visant à améliorer cet état dans les divers pays participants;

- Comparer les normes internationales recommandées pour une alimentation optimale du nourrisson avec les pratiques sur le terrain afin de ré-évaluer l'ampleur du problème lié à l'allaitement au sein dans la région concernée;

- Revoir et discuter les données techniques et idées de programme dans le domaine de la nutrition maternelle, de l'allaitement au sein, du sevrage et de la lutte contre les maladies diarrhéiques;

- En apprendre davantage sur les stratégies et programmes réussis et encourager leur adoption à grande échelle; et

- Identifier des activités et projets concrets liés aux thèmes du Forum.

Le présent rapport se veut un bref récapitulatif des principales conclusions et actions de la conférence. Il est organisé par grand thème et résume les présentations en plénières et celles des groupes de travail. Les exposés en plénière présentent les orateurs particuliers ou les membres du panel qui se sont exprimés sur un thème

donné. Les discussions des groupes de travail récapitulées ici commenceront par les recommandations présentées par chaque groupe aux participants de la conférence et seront complétées par les éléments importants de la discussion qui a suivi chaque présentation des groupes de travail. Les annexes présentent l'ordre du jour de la conférence et une liste des participants.

THEMES

THEME I: PROGRES DANS LE DOMAINE DE LA SURVIE DE L'ENFANT ET PERSPECTIVES POUR LES ANNÉES 90

De gauche à droite, Dr. Baba Traoré, Dr. Sarah Clark et Son Excellence John Kirby

La survie de l'enfant en Afrique: Bilan des dix dernières années et perspectives en matière de nutrition

Dr. Baba Traoré, Chef de la Division de planification familiale (CERPOD), Mali

La mortalité chez les enfants de moins de 5 ans a considérablement baissé ces 20 dernières années dans les pays en développement. Mais en Afrique sub-saharienne, les progrès se sont ralentis ces 10 dernières années. De 1968 à 1977, cette région avait connu une diminution de 18 pour cent dans la mortalité des enfants de moins de 5 ans alors que, de 1978 à 1987, cette diminution n'était plus que de 10 pour cent. Pendant cette dernière période, le rythme dans la baisse de la mortalité s'est accéléré en Afrique de Nord ainsi qu'en Amérique latine et en Asie. Aujourd'hui, l'Afrique sub-saharienne accuse le niveau de mortalité le plus élevé au monde pour les enfants de moins de 5 ans. La mauvaise situation socio-économique qui y prévaut, due à

l'insuffisance des programmes de santé et des politiques d'ajustement structurel défavorables, est le grand facteur responsable.

Les maladies diarrhéiques sont une des principales causes de la morbidité et de la mortalité infantiles, entraînant chaque année le décès de 4 millions d'enfants de moins de 5 ans. L'OMS recommande d'encourager l'allaitement au sein comme principale mesure de prévention contre la diarrhée. Même si plus de 90 pour cent des mères africaines commencent à allaiter leur bébé à la naissance, nombreuses ajouteront trop tôt des suppléments au régime alimentaire de leur enfant alors que d'autres attendront plus longtemps que les 6 mois recommandés pour commencer à donner des suppléments alimentaires. Si la première pratique entraîne avec elle un risque de maladie et de malnutrition pour le nourrisson et diminue par ailleurs l'effet bénéfique de l'allaitement au sein exclusif sur l'espacement des naissances, la dernière pratique est, elle aussi, source de malnutrition et de décès possible.

L'état nutritionnel et sanitaire de l'enfant peut être amélioré grâce aux mesures suivantes: augmenter le niveau d'instruction de la mère; encourager celle-ci à se rendre dans les services de santé modernes; rallonger l'espace entre les naissances; et renforcer l'offre et la demande des services fondamentaux de santé préventive, tels les soins prénatals, l'assainissement, la promotion de l'allaitement au sein, la lutte contre les maladies diarrhéiques, les vaccinations et la planification familiale.

Bref aperçu sur les interventions reliées aux problèmes de l'allaitement au sein et de la lutte contre les maladies diarrhéiques

Professeur Mandy Kader Kondé, Directeur général de la santé, Ministère de la santé publique et de la population, Guinée

Une tendance récente et importante à laquelle on assiste dans de nombreux pays consiste à intégrer l'amélioration nutritionnelle aux programmes de soins de santé primaires. Cette tendance au sein des programmes de soins de santé primaires a été amorcée en 1978 lors de la *Déclaration d'Alma Ata* de l'UNICEF/OMS. La *Déclaration* donnait jour au concept selon lequel l'accès aux services de santé est un droit humain fondamental dont doit jouir la communauté. Droit qui allait devenir le fondement même du but de "la santé pour tous d'ici l'an 2000". Un programme classique de soins de santé primaires comprend prévention et traitement des maladies, planification familiale, vaccination, fourniture de médicaments essentiels, assainissement et approvisionnement en eau salubre ainsi que promotion d'une bonne nutrition.

En 1987, le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique adoptait l'*Initiative de Bamako*. L'*Initiative de Bamako* accorde encore une plus grande importance aux soins de santé primaires au niveau local et place en priorité les besoins des femmes et des enfants.

Généralement, les activités sanitaires se divisent en trois catégories: curatives, préventives et promotionnelles. Un axe important de cette stratégie consiste à trouver des ressources communautaires pour aider à apporter les soins de santé, c'est souvent d'ailleurs sous la forme d'un système de récupération des dépenses pour les médicaments essentiels. En Guinée, cette stratégie a permis de rendre les services de santé plus accessibles et plus efficaces, a limité les coûts des soins et a assuré des services continus dans un pays dont les ressources de l'Etat sont modiques.

Où pouvons-nous ranger l'alimentation et la nutrition dans ce tableau? Les mères doivent être suivies et conseillées avant, pendant et après la naissance. Il faudra accorder une attention toute spéciale aux mères adolescentes qui courent souvent un risque plus élevé, tant sur le plan physique que sociale. Les recommandations de la *Déclaration d'Innocenti sur la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel* (confer Annexe trois) devraient être circulées et adoptées en vue d'encourager une alimentation optimale du nourrisson. Des efforts doivent être faits pour comprendre les attitudes de la population afin de venir à bout de notions néfastes, telles que le lait maternel "mauvais" ou "insuffisant". Les agents de santé doivent également apprendre à mieux communiquer avec les mères et à établir le contact avec la communauté s'ils veulent qu'on suive leurs conseils. Il faut souligner le rôle préventif du suivi de la croissance et de l'utilisation des cartes de santé qui permettent de noter et de réunir des informations importantes. Les divers pays devraient chercher à devenir autonomes du point de vue alimentaire et devraient se donner des politiques nutritionnelles bien claires sur le plan national et régional.

Déclaration d'Innocenti: Recommandations internationales pour l'alimentation du nourrisson

Dr. Joseph Andoh, Chef du service de pédiatrie, CHU Treichville, Côte d'Ivoire

Vu son importance aux yeux de ce forum, la *Déclaration d'Innocenti sur la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel* a été distribuée à chaque participant et lue à voix haute. La *Déclaration* avait été adoptée lors de la conférence tenue en 1990 sur "l'allaitement dans les années 90, une initiative mondiale" qui s'était déroulée sous l'égide de l'OMS, de l'UNICEF, de l'A.I.D. et de l'Agence suédoise pour le développement international. Cette déclaration encourage l'allaitement exclusif jusqu'à l'âge de 4 à 6 mois puis un allaitement continu jusqu'à ce que l'enfant ait au moins 2 ans. Elle présente des objectifs opérationnels spécifiques en vue d'atteindre lesdits buts aussi bien pour les divers pays que pour les organisations internationales.

PRESENTATIONS DES DIVERS PAYS: Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Guinée, Mali, Niger, Sénégal, Togo, Zaïre

Afin de pouvoir mieux comprendre le contexte régional, les participants de neuf délégations ont fait de brèves présentations sur la situation relative à la nutrition et à la santé maternelles et infantiles dans leurs pays. Ils ont évoqué des statistiques générales, notamment les indicateurs de santé et les données sur les pratiques nutritionnelles et alimentaires et ont parlé des activités dans les domaines de la recherche, de la formation, du traitement ainsi que de l'information, de l'éducation et de la communication (IEC), des stratégies et obstacles liés à l'intégration des interventions nutritionnelles du nourrisson aux soins de santé primaires, par exemple la lutte contre les maladies diarrhéiques, les programmes pour les infections respiratoires aiguës, les programmes de vaccination et les soins maternels.

La nécessité d'intégrer les soins de santé plus généraux aux programmes axés sur des maladies particulières a été au coeur des présentations et des débats qui s'en sont suivis. L'idéal serait qu'un enfant qui arrive dans un centre de santé parce qu'il souffre de la diarrhée soit également pesé et reçoive les conseils nutritionnels nécessaires ainsi que les vaccinations qu'il n'a pas. Il faudrait également orienter cet enfant vers d'autres services compétents si c'est nécessaire.

Les mauvaises pratiques alimentaires constituaient un autre domaine vivement controversé lors des discussions. Les participants n'étaient pas d'accord pour dire si c'est le manque de ressources qui fait que les parents n'arrivent pas à nourrir suffisamment ou convenablement leurs enfants ou si ce sont les croyances culturelles, par exemple les tabous alimentaires ou les traditions de distribution alimentaire au sein de la famille qui sont à l'origine des mauvaises pratiques alimentaires. Pour soutenir la première hypothèse, on a cité l'histoire de mères qui connaissent bien les bonnes pratiques alimentaires mais qui sont incapables de donner les aliments qu'il faut à leurs enfants. Alors que pour la deuxième hypothèse, on a avancé l'argument selon lequel les mauvaises pratiques alimentaires persistent même dans les régions qui disposent de suffisamment de nourriture. Les deux forces peuvent également avoir un effet conjugué, comme on peut le voir en Côte d'Ivoire où le tabou qui interdit aux femmes enceintes et aux jeunes enfants de manger des protéines animales pourrait être lié au manque de cette source de nourriture. Les participants ont tous été d'accord pour dire que la malnutrition s'était aggravée pendant les années 80 dans les pays de l'Afrique de l'Ouest et que les politiques d'ajustement structurel de ces mêmes années ont élargi le clivage entre les riches et les pauvres dans ces pays. La pauvreté a été constamment citée comme le principal obstacle à l'amélioration de la santé et la nutrition. En dépit de cela, les participants ont

souligné l'importance et l'éventuel effet positif que peuvent avoir les activités concrètes des programmes pour remédier à la situation nutritionnelle.

On a souvent cité le problème de l'inadéquation de la formation donnée actuellement en matière de nutrition dans les écoles qui préparent les agents de santé. La formation en cours d'emploi pour les agents de santé n'est pas non plus au point. Les activités d'IEC destinées à l'ensemble de la population devraient faire partie intégrante des programmes nutritionnels et autres initiatives en matière de soins de santé primaires. Certains participants ont observé que, dans de nombreux pays, l'IEC relative à la nutrition n'était pas une haute priorité et qu'actuellement les activités d'IEC n'occupaient qu'une petite part ou n'étaient pas toujours bien exécutées.

THEME II: SOUTIEN A LA FEMME PENDANT LA GROSSESSE ET LA PERIODE POSTPARTUM

Soutien à la femme pendant la grossesse et la période postpartum

Professeur Runesha Muderhwa, Nutritionniste, Centre de planification nutritionnelle (CEPLANUT), Zaïre

La femme enceinte a des besoins nutritionnels particuliers qui varient suivant son état nutritionnel en temps normal, son âge et son niveau d'activité physique. Une femme enceinte bien nourrie et qui n'a pas d'activité physique trop astreignante a besoin de 285 calories et de 3,3 grammes de protéines supplémentaires chaque jour. Une femme enceinte mal-nourrie aura besoin de plus ou elle risque d'avoir un bébé d'un poids insuffisant à la naissance. Les femme enceintes ont également un besoin accru de vitamines et de minéraux, surtout de vitamine A, de fer et d'iode. Etant donné que beaucoup de femmes sont anémiques en Afrique de l'Ouest, les programmes devraient songer à recommander des aliments riches en fer et, lorsque c'est possible, donner à toutes les femmes des suppléments de fer. On recommande généralement 1.000 milligrammes de fer. Les carences d'iode peuvent entraîner de graves effets secondaires, arriération mentale, malformation congénitale et naissance d'un mort-né. Il convient donc de les traiter avant la grossesse si c'est possible. Pendant la grossesse, on recommande dans les régions qui connaissent une carence en iode de donner un supplément de 25 microgrammes d'iode par jour.

Le lait maternel est le meilleur aliment pour les nourrissons pendant les 6 premiers mois, y compris les bébés prématurés et ceux d'un poids insuffisant. Même les mères mal-nourries produisent suffisamment de lait pour pourvoir aux besoins nutritionnels de leur bébé. Ce n'est qu'en cas d'extrême malnutrition que l'offre de lait devient un problème. Si la mère est sous alimentée, il vaut mieux lui donner des suppléments à elle que d'offrir aux bébés des produits de remplacement du lait maternel.

Il convient de prendre les mesures suivantes pour apporter un soutien aux femmes enceintes et à celles qui viennent d'accoucher: aider les mères à réduire leur niveau d'activité physique; vérifier qu'elles reçoivent des suppléments riches en calories dès le début de leur grossesse; fortifier le plat de base avec du fer, tel qu'on le fait actuellement pour l'iode dans de nombreux pays; et former correctement les agents de santé pour qu'ils puissent remplir leur mission, c'est-à-dire promouvoir la santé des femmes enceintes et de leurs enfants.

Groupe de Travail: Apport nutritionnel et dépense d'énergie pendant la grossesse

Les obstacles qui empêchent une bonne nutrition chez les femmes enceintes sont notamment liés au manque de connaissance sur leurs besoins nutritionnels spécifiques; à la faible utilisation des services de santé pour les soins prénatals; à une alimentation moindre du point de vue qualité et quantité pendant la grossesse suite aux croyances et pratiques prévalentes; au fait que les efforts physiques sont les mêmes pendant la grossesse et qu'on pense souvent qu'il faut cacher une grossesse; à l'irrégularité de l'offre alimentaire; au manque de soutien de la part des hommes pour les femmes enceintes; et au peu d'attention qu'accordent les agents de santé aux besoins nutritionnels des femmes enceintes.

Voici les recommandations faites pour améliorer la nutrition maternelle pendant la grossesse: faire connaître les résultats des études sur la nutrition pendant la grossesse; effectuer d'autres études sur la relation entre la nutrition et la grossesse et entre le travail et la grossesse en Afrique; réaliser des activités d'IEC visant les chefs de famille, les grand-mères et les autorités administratives et traditionnelles; mettre en place des systèmes de dépistage de femmes enceintes qui ont besoin de soins prénatals; encourager les mères enceintes à manger entre les repas et à être les premières qui se servent pendant les repas; former les agents de santé pour qu'ils apportent les bons conseils aux femmes enceintes; et augmenter la quantité de nourriture disponible.

Lors de la discussion des recommandations, on s'est penché sur la question de savoir si la norme préconisant une prise de poids de 10 à 12 kilogrammes convenait pour les femmes africaines. Des études doivent être faites pour déterminer les mesures initiales normales avant la grossesse afin de pouvoir faire des recommandations appropriées.

Groupe de Travail: Soutien nutritionnel et social pour les femmes postpartum

Une mère qui allaite doit manger plus. Et puisque les programmes de suppléments alimentaires ne sont guère arrivés à changer la situation, peut être qu'une meilleure stratégie consiste à encourager les femmes à manger davantage d'aliments locaux.

Les recommandations en vue d'un meilleur soutien aux femmes étaient notamment: de se donner une définition bien claire de l'allaitement au sein exclusif; de faire des études sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP) relatives à l'allaitement au sein; de faire appel au marketing social pour convaincre la population de la nécessité de soutenir les mères et de l'importance de l'allaitement au sein; d'adopter dans la pratique l'utilisation des *Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel* (confer

Annexe quatre); de voter des lois en faveur, par exemple, d'un congé de maternité de 14 semaines pour les femmes qui travaillent dont 6 seraient prises avant l'accouchement; d'encourager les femmes à se rendre aux visites postnatales dans les cliniques où l'on discute de l'allaitement au sein et de la planification familiale; et de former les agents de santé et les décideurs pour qu'ils soutiennent les femmes et encouragent l'allaitement au sein.

Pendant la discussion, on a débattu de la question de savoir si la recommandation concernant le congé de maternité était raisonnable dans le contexte économique africain. On a avancé le fait qu'il existe déjà certaines pratiques qui permettent à la mère de se reposer après l'accouchement, par exemple le concept de "rester chez soi" pendant le premier mois après la naissance. Il convient d'encourager ces traditions.

THEME III: AMELIORATION DE LA SANTE DE LA MERE ET DU NOURRISSON GRACE A LA PROMOTION DE L'ALLAITEMENT AU SEIN

Amélioration de la santé de la mère et du nourrisson grâce à la promotion de l'allaitement au sein

Dr. Amsagana Boukar, Ministère de la santé, Niger

Le colostrum et le lait maternel conviennent mieux au nourrisson que n'importe quel autre aliment. Le lait maternel apporte les bons nutriments, protège le nourrisson contre les maladies et stimule le développement de son système immunitaire. La lactation est assurée par le biais d'une série de réflexes vitaux tant chez la mère que chez l'enfant. La quantité de lait de la mère augmente ou diminue selon la fréquence et le nombre de tétées.

Les études ont conclu qu'il n'y avait pas de syndrome clinique "d'épuisement maternel" qui serait dû à l'allaitement au sein. Mais la pauvreté et un travail physique difficile peuvent exiger un coût nutritionnel élevé à la mère qui allaite. Les recherches ont montré que, sauf en cas de grave malnutrition, l'état nutritionnel de la mère ne se répercute pas sur la quantité ou la qualité de son lait. En général, les effets positifs d'un allaitement au sein exclusif aussi bien pour la mère que pour l'enfant compensent largement les coûts nutritionnels à court et à long terme pour la mère. La meilleure solution si la mère est malnourrie est de l'encourager à continuer à allaiter et de lui donner des suppléments alimentaires ou encore d'alléger son travail.

Le SIDA pose de nouvelles questions concernant l'innocuité de l'allaitement au sein. Le virus du SIDA peut se transmettre de la mère à l'enfant avant la naissance, au moment de la naissance ou après la naissance par le biais de l'allaitement. La plupart des nourrissons dont les mères sont séropositives ne sont pas infectés. L'on estime que le taux de transmission par le biais des trois voies combinées s'élève en moyenne à 25-30 pour cent. Une étude récente faite dans une région du Rwanda où la maladie est très prévalente a suivi 212 paires mères-nourrissons qui étaient séronégatifs à la naissance. Seize de ces 212 mères sont devenues séropositives après l'accouchement. On sait que quatre des bébés de ces mères ont été infectés après la naissance, probablement par le biais du lait maternel. Mais ce risque reste encore largement compensé par la haute protection que confère l'allaitement au sein exclusif contre la morbidité et mortalité imputables à la diarrhée et aux infections respiratoires dans les pays en développement. Les produits de remplacement du lait maternel sont chers et souvent dangereux, puisqu'on ne dispose pas toujours d'eau salubre et de biberons propres et les produits de remplacement du lait maternel sont souvent dilués.

La représentante de l'OMS, le Dr. Isabelle de Zoysa, a confirmé que l'OMS continue fermement à soutenir l'allaitement au sein même dans les pays qui connaissent une forte prévalence du SIDA. En fait, même s'il y avait transmission par le biais du lait maternel dans 100 pour cent des cas où la mère est séropositive (ce qui n'est pas le cas), le nombre de décès d'enfants imputables au SIDA resterait plus faible que celui auquel on assisterait si le biberon devenait la norme dans les pays en développement. Lorsqu'on sait qu'une mère est séropositive, il faudrait voir quelles sont les autres possibilités mais s'il n'existe pas d'autre méthode d'alimentation sûre, il faut recommander l'allaitement au sein. L'OMS mettra au point prochainement des recommandations opérationnelles à ce sujet.

Définition de l'allaitement au sein exclusif

Dr. Ekoe Tétanyé, Chef du Service de pédiatrie, Hôpital Central de Yaoundé, Cameroun

Par définition, un bébé exclusivement nourri au sein commence à allaiter dans l'heure qui suit sa naissance, reçoit uniquement du lait maternel, y compris le colostrum, et tète fréquemment et sur demande jour et nuit. Les nourrissons devraient être exclusivement allaités pendant les 4 à 6 premiers mois. A 4 mois, la plupart des nourrissons sont physiologiquement prêts à recevoir d'autres aliments. Toutefois, dans le contexte africain, il convient d'encourager l'allaitement au sein exclusif pendant les 6 premiers mois, puisque le lait maternel est plus sûr et meilleur du point de vue nutritionnel que les autres aliments donnés à un enfant de cet âge.

La supplémentation en eau n'est pas nécessaire pendant les 4 à 6 premiers mois puisque le lait maternel pourvoit à tous les besoins en liquides, même dans les climats chauds. De plus, l'eau peut entraîner le risque de contamination. On s'est rendu compte qu'un allaitement au sein exclusif conférait une excellente protection contre la morbidité et la mortalité imputables aux maladies diarrhéiques et respiratoires. Un allaitement maternel partiel a également un effet protecteur important, quoique moindre. L'allaitement au sein permet d'éviter environ 7 millions de décès suite à ces maladies chaque année.

L'allaitement au sein et l'espacement des naissances

Mme Kristin Cooney, Directrice adjointe, Institut de la santé reproductive de l'Université de Georgetown, Etats-Unis

L'effet qu'il entraîne sur l'espacement des naissances est un des grands avantages de l'allaitement au sein. Le risque de mortalité infantile augmente lorsque l'espacement entre les naissances diminue, surtout lorsqu'une mère a un second enfant dans les 2

années qui suivent. Dans de nombreux pays, l'allaitement au sein permet actuellement d'espacer les naissances autant que l'utilisation de toutes les autres méthodes combinées de planification familiale. Lors de la réunion de Bellagio en 1988, les experts ont été d'accord pour dire que l'allaitement au sein conférait une protection de 98 pour cent contre la grossesse pendant les 6 premiers mois postpartum, si la mère allaite exclusivement et sur demande, jour et nuit, et si elle n'a pas eu son retour de couches. L'Institut de santé reproductive a élaboré un algorithme fondé sur les directives de Bellagio qui décrit la Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) utilisée avec beaucoup de succès sur le terrain.

Les initiatives en matière d'allaitement au sein et celles en matière de planification familiale doivent oeuvrer de concert puisque la prévention d'une nouvelle grossesse permet à la mère d'allaiter pendant plus longtemps. Les agents de santé doivent prêter une oreille attentive aux souhaits des mères pour pouvoir les aider à choisir la meilleure combinaison allaitement au sein - planification familiale. On préférera recommander des méthodes non-hormonales aux femmes qui allaitent. Si on utilise des méthodes hormonales, celles à seuls progestatifs comme la mini-pilule sont les meilleures pour une femme allaitante. En effet, la pilule combinée (celle qui contient des oestrogènes et des progestatifs) pourrait avoir un effet négatif sur la quantité de lait et ne devrait être utilisée que lorsque d'autres méthodes ne sont pas disponibles et lorsque la lactation est déjà bien établie.

Attitudes du personnel de la santé vis-à-vis de l'allaitement maternel: Cameroun

Dr. Jean Claude Lowe, Nutrionniste, Ministère de la santé publique, Cameroun

Au Cameroun, 98 pour cent des nourrissons de moins d'un an sont allaités. Il n'est guère courant de donner le biberon à un bébé. Par contre, l'introduction tardive des suppléments nutritionnels (après 6 mois) est un grave problème à l'origine de la malnutrition. Dans les provinces de l'Extrême-Nord et de l'Ouest, le taux de malnutrition infantile est supérieur de 20 pour cent à la moyenne nationale. Une enquête CAP a été réalisée dans ces deux régions en 1991 auprès d'agents de santé pour recueillir plus d'informations sur l'allaitement au sein. Les informations ont été réunies par le biais d'interviews et d'observations directes.

Parmi les résultats positifs de l'étude, il convient de noter le très bon niveau de connaissances du personnel médico-sanitaire sur les effets positifs qu'entraîne l'allaitement au sein sur la santé infantile (69,5 pour cent) et la nutrition infantile (76,5 pour cent). On note également qu'une grande partie du personnel médico-sanitaire est en faveur du maintien dans une même chambre de la mère et de l'enfant en maternité (70,4 pour cent) et encourage l'allaitement au sein jusqu'à 12 mois (72,2 pour cent). De plus, un nombre important recommande de continuer, voire d'allaiter

davantage pendant la diarrhée (70 pour cent). Du côté négatif, de nombreux agents de santé encouragent les mères à donner des liquides supplémentaires à leurs enfants au moment de la naissance (32,5 pour cent recommandent de l'eau et 66,3 pour cent recommandent de l'eau sucrée). Nombreux d'entre eux ne recommandent pas un allaitement au sein exclusif (33,5 pour cent). Seulement 3,7 pour cent connaissent la valeur contraceptive de l'allaitement au sein. En outre, il est courant que les sociétés de lait commercial démarchent les formations sanitaires.

Il est urgent de se donner une stratégie nationale en matière d'allaitement au sein. Les mesures spécifiques consistent à formuler une politique nationale pour l'allaitement au sein, à former les agents de santé et le personnel des autres secteurs publics, à éduquer la population par le biais d'une campagne d'IEC et à adopter une législation sur les congés de maternité et le Code de commercialisation des substituts du lait maternel.

Connaissances, attitudes et pratiques des agents de santé et des mères en matière d'allaitement au sein: Sénégal

M. Abdou Fall, Nutritionniste, Consultant PRITECH, Sénégal

Des études précédentes faites sur l'allaitement au sein au Sénégal ont révélé que seuls 5 pour cent des nourrissons de moins de 5 mois sont exclusivement allaités au sein alors que 61 pour cent des bébés dans ce groupe d'âge reçoivent des suppléments d'eau et 33 pour cent des aliments. Afin de réunir plus d'informations sur l'allaitement au sein, une étude CAP a été réalisée, au début de 1991, auprès du personnel de santé et des mères à Dakar et dans la zone urbaine avoisinante.

Les résultats indiquent que les attitudes et pratiques des mères reflètent celles des agents de santé. Seuls 28 pour cent des agents de santé recommandent d'allaiter le bébé dans l'heure ou les deux heures qui suivent sa naissance alors que 34 pour cent recommandent aux mères d'attendre 24 heures en dépit du fait que 81 pour cent d'entre eux pensent qu'il faut donner le colostrum aux nourrissons. Résultats qui expliquent peut-être que 34 pour cent des mères allaitent pour la première fois leur bébé 24 heures après la naissance. Le plus souvent, on donne de l'eau sucrée et l'eau "bénite" aux enfants avant de les mettre au sein.

Cinquante-cinq pour cent du personnel de santé pense que le lait maternel pourvoit à tous les besoins nutritionnels d'un bébé pendant les 3 premiers mois et 40 pour cent recommande de ne donner aucun aliment supplémentaire avant 4 à 6 mois. Soixante pour cent des mères donnent des aliments de sevrage à leur bébé pendant les 4 premiers mois. Quatre-vingt treize pour cent pensent qu'il est nécessaire de leur donner des suppléments d'eau dès 3 mois. Les mères ont expliqué qu'elles donnaient le biberon surtout à cause des exigences du travail et de l'insuffisance de leur lait.

Les agents de santé ont cité l'insuffisance du lait maternel comme la principale raison expliquant le recours au biberon. Le plan d'action proposé prévoit formation des agents de santé, marketing social de l'allaitement au sein et changement dans la législation pour aider les mères qui travaillent et pour mettre sur pied un Code de commercialisation des substituts du lait maternel au Sénégal.

Groupe de Travail: Croissance des nourrissons exclusivement allaités au sein

Les recommandations en vue d'une croissance optimale étaient les suivantes: formuler une définition claire et opérationnelle de l'allaitement au sein exclusif; recommander un allaitement au sein exclusif pendant les 6 premiers mois suite à ses bénéfices indéniables; mettre au point de nouvelles données de référence (courbe de croissance) pour les nourrissons exclusivement allaités; et former le personnel de santé pour qu'il puisse conseiller les mères en matière d'allaitement au sein. Une mère doit continuer à allaiter son bébé même si elle est infectée par le virus du SIDA, avant, pendant ou après la naissance de l'enfant, tel que le recommande l'OMS. Des instructions seront communiquées régulièrement aux agents de santé au fur et à mesure que l'on disposera de nouvelles données scientifiques à ce sujet.

Les débats se sont centrés sur le besoin de mettre au point une courbe de croissance spéciale pour les enfants allaités. On a reconnu que, chez des bébés normaux, nourris au sein, la croissance se ralentit à l'âge de 3 ou 4 mois et diffère légèrement de la courbe de croissance internationale utilisée actuellement.

Groupe de Travail: La femme qui travaille à l'extérieur et l'allaitement exclusif

Le souci de l'apparence physique, l'impact sur les attitudes de la publicité sur le lait commercial, la fatigue, le besoin de travailler, les conseils pas toujours appropriés des agents de santé et les maladies sont autant de facteurs qui découragent les femmes d'allaiter exclusivement. Le manque de temps, le fait d'être séparé de l'enfant, les heures de travail et le fait de croire que les laits commerciaux sont plus "modernes" sont des obstacles qui s'appliquent tout particulièrement aux femmes qui travaillent à extérieur. La contrainte qui touche le plus celles qui travaillent à la maison est le surcroît de travail.

Voici certaines des solutions possibles: un congé de maternité de 16 semaines au moins; le droit pour les femmes de combiner les vacances annuelles et les congés de maternité; de meilleures heures de travail pour les femmes allaitantes; une campagne anti-lait artificiel; l'adoption et l'application nationales du Code international de

commercialisation des substituts du lait maternel; la formation des agents de santé; les campagnes d'éducation du public, visant tout particulièrement les pères; la promotion de l'allaitement au sein exclusif; l'encouragement de la pratique qui consiste à extraire le lait maternel; la création de crèches sur le lieu de travail; l'encouragement de l'allaitement pendant la nuit; la promotion des groupes d'entre-aides; la promotion des interventions de développement communautaire pour alléger le travail de la mère; les études CAP; et enfin le soutien au niveau gouvernemental pour l'allaitement au sein exclusif.

Groupe de Travail: Vérifier que les maternités respectent les *Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel*

Les recommandations suivantes ont été adressées aux autorités publiques et au personnel de santé: définir une politique nationale en matière d'allaitement au sein et vérifier qu'elle soit appliquée dans les secteurs public et privé; veiller à la formation du personnel socio-sanitaire en revoyant les programmes actuels de formation avant l'emploi, en élaborant un module sur l'allaitement au sein et en réalisant des formations en cours d'emploi; encourager la création de groupes de soutien qui peuvent épauler les mères. On a également suggéré d'organiser des activités de communication et des séances de conseils pour atteindre directement les mères, surtout pendant les consultations prénatales et post natales.

Groupe de Travail: Promulgation de lois protégeant les droits de la femme qui travaille d'allaiter son enfant et élaboration de mesures en vue d'assurer leur application. Mise en vigueur du Code de commercialisation.

On a commencé par reconnaître que les femmes qui travaillent à la maison ont souvent tant à faire qu'elles n'ont pas le temps d'allaiter. On a également mentionné que le manque d'information sur les avantages de l'allaitement au sein et sur les méthodes pour augmenter la production de lait maternel constituait un obstacle qui entrave la pratique de l'allaitement. Pour aider les mères, on a proposé les actions suivants: d'adopter et de promulguer des lois nationales fondées sur le Code de commercialisation; de créer des groupes IBFAN ou d'autres groupes de soutien dans chaque pays; de créer une prime-allaitement pour les mères qui serait financée par le biais d'une taxe sur le lait commercial; de promulguer des lois interdisant la vente de biberons; de revoir ou de créer des politiques de congé de maternité donnant aux mères 16 semaines de congé, 2 semaines avant et 14 semaines après la naissance; de permettre aux mères de combiner les congés de maternité et les vacances (tout en recevant leur salaire complet); de créer des incitations pour les employeurs qui

suivent ces politiques; de vérifier que ces lois sont bien appliquées; d'intégrer la promotion de l'allaitement au sein aux programmes de planification familiale; d'encourager la création de groupements féminins d'entre-aide; ainsi que la création de crèches.

Pendant la discussion, on a noté qu'une loi interdisant la vente de biberons avait nettement aidé la promotion de l'allaitement au sein au Kenya. Même aux bébés prématurés on peut donner du lait maternel extrait à l'aide d'une tasse ou d'une cuillère. Point besoin de biberon. Le lait maternel extrait peut être gardé sans aucun problème pendant 6 heures dans un récipient propre, même sous des températures tropicales.

THEME IV: L'ALIMENTATION DU NOURRISSON OU LA PREVENTION ET LE TRAITEMENT DE LA DIARRHEE

Dr. Ekoe Tétanyé

Bénéfices et risques de la supplémentation en eau pendant l'allaitement maternel exclusif: Cameroun

Dr. Ekoe Tétanyé, Chef du service de pédiatrie, Hôpital central de Yaoundé, Cameroun

Bien que des nombreuses études aient montré l'inutilité de la supplémentation en eau pour l'équilibre hydrique des enfants exclusivement allaités au sein, le sujet reste controversé en Afrique. Aussi, une étude portant sur les bénéfices et risques liés à la supplémentation en eau a été réalisée en août 1991 dans la Province de l'Extrême-Nord du Cameroun qui connaît des températures élevées (moyenne de 28 degrés Celsius le matin et 42 degrés l'après-midi) et une faible humidité (moyenne de 13 à 55 pour cent). Dans cette région, les mères et le personnel de santé croient fermement qu'il faut donner de l'eau dès la naissance.

L'étude comparait 25 nourrissons exclusivement allaités de moins de 7 mois (Groupe A) et 25 nourrissons qui recevaient de l'eau en sus du lait maternel (Groupe B). On a constaté que le volume urinaire émis en moyenne pendant 10 heures était comparable, se situant bien pour les deux groupes dans la fourchette des normes acceptées (44 ml $\pm$ 17 dans le Groupe A et 54 ml $\pm$ 18,6 dans le Groupe B). On a constaté la même chose pour la densité spécifique de l'urine (fourchette de 1005 - 1010 dans le Groupe A et 1007 - 1009 dans le Groupe B). Dans le cadre de cette étude, on a fait un examen bactériologique de 17 échantillons d'eau de boisson utilisés pour les bébés, examen qui a révélé que tous étaient très contaminés par des bactéries entéropathogènes, principalement les souches de *E. Coli* et *Klebsiella*. Cette étude confirme les résultats des études précédentes montrant que la supplémentation en eau n'offre aucun avantage pour le nourrisson et qu'en outre, la contamination bactérienne de l'eau l'expose à un grand risque de diarrhée.

Prise en charge nutritionnelle de la diarrhée

Dr. Youssouf Gamatié, Chef du service de pédiatrie, Hôpital national de Niamey, Niger

La diarrhée est une maladie nutritionnelle se répercutant négativement sur l'état nutritionnel de l'enfant. Généralement, l'apport nutritionnel est diminué pendant la diarrhée, pour plusieurs raisons: l'enfant absorbe moins ce qu'il mange, les nutriments sont perdus dans les selles, l'enfant manque d'appétit (anorexie) et les personnes autour de lui pensent parfois, à tort, qu'il faut donner moins à manger pour "reposer l'intestin" et éviter une malabsorption de lactose. Le traitement correct de la diarrhée repose aussi bien sur la réhydratation que sur l'alimentation. L'alimentation fait partie intégrante du traitement qui favorise la guérison et la croissance et peut diminuer la gravité ainsi que la durée de la diarrhée.

Il faut continuer à allaiter pendant la diarrhée. Cela aide à réhydrater l'enfant et à diminuer la durée et la gravité de la diarrhée. On continuera à donner à manger aux enfants partiellement ou entièrement sevrés pour rétablir les intestins. La plupart des aliments disponibles localement sont bien tolérés et bien absorbés. On a constaté que certains régimes à base de légumes diminuaient le volume des selles et la durée de l'épisode diarrhéique. En général, il convient de recommander des aliments disponibles localement, riches en calories, faciles à digérer, goûteux pour l'enfant, peu chers et faciles à préparer qui sont acceptables aux yeux de la mère. Les huiles végétales, les ingrédients de nombreux régimes alimentaires locaux, sont une bonne source de calories et de vitamine A. En cas de diarrhée persistante, et c'est là que le danger de mortalité est le plus grand, il est tout à fait crucial de veiller à une bonne nutrition. Des études complémentaires sont nécessaires pour déterminer l'acceptabilité des divers régimes alimentaires et leurs effets à long terme chez les enfants qui souffrent de diarrhée persistante.

La grande majorité des enfants tolèrent bien le lait de vache et les autres laits sans qu'il faille les diluer. Les patients qui ont des signes de malabsorption de lactose devraient recevoir du lait mélangé à des aliments à base de céréales plutôt que dilué avec de l'eau ou devraient recevoir des produits fermentés comme le yaourt. On peut redonner de l'appétit en donnant à l'enfant ses aliments préférés en petites quantités mais très souvent. Il faut éviter toute "alimentation de force". La période de convalescence après la diarrhée est particulièrement importante et pourtant elle est souvent négligée. Il faut tout particulièrement veiller à une alimentation plus fréquente, riche en calories pour que la croissance ne soit pas ralentie. Par exemple, l'OMS recommande un repas supplémentaire tous les jours pendant les 2 semaines qui suivent la fin de la diarrhée.

Groupe de Travail: Les besoins de suppléments d'eau pour maintenir l'homéostase hydrique chez les nourrissons pendant les 4 à 6 premiers mois.

Il est scientifiquement prouvé que l'allaitement au sein exclusif répond suffisamment aux besoins hydriques et nutritionnels des nourrissons pendant les 6 premiers mois de leur vie, même dans des climats chauds et arides. Les suppléments d'eau n'offrent aucun avantage, et exposent l'enfant au risque d'infection dans des régions où les conditions d'hygiène laissent à désirer et où l'on manque d'eau salubre pour la boisson. En revanche, il faut encourager les suppléments d'eau et d'aliments pour la mère aux fins d'une production maximum de lait maternel.

En cas de diarrhée ou de fièvre, on allaitera plus souvent l'enfant pour éviter qu'il se déshydrate. On donnera également une solution de réhydratation orale à un enfant exclusivement allaité au sein qui est déshydraté.

Il convient de faire des études complémentaires dans le contexte africain pour faire ressortir les conséquences négatives des suppléments d'eau et pour mieux comprendre pourquoi les mères donnent de l'eau. Par ailleurs, il convient d'encourager l'allaitement exclusif par le biais d'activités d'IEC qui se fondent sur les résultats de ces études et qui s'adressent aussi bien au personnel de santé qu'au grand public. On peut également sensibiliser les agents de santé en diffusant des mises à jour techniques et en apportant une formation avant et pendant l'emploi.

Les débats se centraient sur la difficulté rencontrée lorsqu'on veut changer des pratiques bien ancrées, notamment le fait que le personnel de santé recommande des liquides supplémentaires. Un des participants a proposé de conseiller aux mères des liquides "sûrs". Cette solution a été rejetée par le groupe. Il faudrait pour le moins dire à la mère de donner le sein avant tout autre liquide bien qu'il s'agisse en fait de

changer les croyances et les comportements de manière à ce que l'enfant ne reçoive aucun liquide supplémentaire pendant les 6 premiers mois.

Groupe de Travail: Prévention et traitement de la diarrhée

La diarrhée peut être prévenue par le biais de l'allaitement exclusif pendant les 4 à 6 premiers mois, de la diversification alimentaire qui commence entre 4 à 6 mois (avec des aliments locaux suffisamment nutritifs), grâce à d'autres interventions sanitaires, par exemple, suivi de la croissance, vaccination, assainissement et approvisionnement en eau de boisson salubre. Des messages de santé clairs et corrects convenant bien à la culture en question ainsi qu'un véritable engagement de la part du gouvernement font également partie des mesures de prévention.

Les recommandations suivantes se rapportent au traitement de la diarrhée: continuer à allaiter lors d'un épisode diarrhéique, et, si c'est nécessaire, donner des SRO tel que l'indique l'OMS; continuer à donner à manger aux enfants qui reçoivent déjà d'autres aliments et donner des aliments supplémentaires pendant la convalescence; éviter d'utiliser des médicaments anti-diarrhéiques et n'utiliser des antibiotiques qu'en cas de dysenterie ou de choléra.

Pendant les débats, on a soulevé la question de l'utilisation des SRO chez les nourrissons exclusivement allaités. Si l'on cherche à promouvoir l'allaitement au sein exclusif, faudrait-il dire aux mères de donner des SRO et partant d'introduire des liquides supplémentaires? Le pivot même de nombreux programmes de lutte contre les maladies diarrhéiques consiste à donner des SRO à la maison lorsque l'enfant souffre de la diarrhée. Faut-il changer ce message? Finalement, on s'est mis d'accord pour dire qu'en cas de déshydratation, le lait maternel est recommandé comme la première solution de réhydratation, suivi des SRO. Il ne faudra pas autant de SRO si le bébé reçoit suffisamment de lait maternel. Dans la plupart des cas, le lait maternel suffit pour **prévenir** la déshydratation mais il risque de ne pas suffire pour **traiter** la déshydratation.

THEME V: ALIMENTATION DU NOURRISSON PENDANT LE SEVRAGE

Alimentation du nourrisson pendant le sevrage

Professeur Runesha Muderhwa, Nutritionniste, Centre de planification nutritionnelle (CEPLANUT), Zaïre

Les trois grands problèmes qui peuvent se présenter lors du sevrage (6 mois à 2 ans) sont l'introduction précoce d'aliments supplémentaires, l'introduction tardive d'aliments supplémentaires ou l'introduction d'aliments supplémentaires qui ne sont pas assez nutritifs pour l'enfant. Il n'existe pas d'indicateur comportemental ou physiologique universel montrant quand il faut commencer à donner des aliments supplémentaires. En fait, ce sont l'âge et la croissance de l'enfant qui sont les signes les plus sûrs. Et vu les avantages nutritionnels et protecteurs de l'allaitement au sein, il convient généralement d'encourager les mères à ne pas ajouter des aliments supplémentaires avant l'âge de 6 mois.

Les mères devraient progressivement commencer à donner d'autres aliments, en commençant par des liquides, puis des aliments semi solides puis des solides. Il faudrait commencer par un mélange simple, puis double puis passer à des aliments multiples et enfin au régime alimentaire de la famille. Les aliments locaux simples à base de céréales sont les meilleurs. Il est tout particulièrement important de veiller à ce que les aliments aient assez de nutriments et de calories. Il convient d'encourager l'utilisation d'aliments fermentés puisqu'ils ont généralement une texture et un goût plus acceptables. De plus, ils peuvent être conservés pendant plus longtemps. Les aliments préparés avec de la farine germée ont également moins de viscosité tout en conservant la densité énergétique. Pendant le sevrage, il faut continuer à donner en premier lieu le sein, puis les autres aliments.

La maladie de l'enfant ou une nouvelle grossesse chez la mère ne constitue pas des contre-indications à l'allaitement au sein puisque le lait maternel est une source nutritive importante pendant la maladie et que les mères enceintes peuvent généralement continuer à allaiter.

Lors de la discussion, on s'est rendu compte que, même si la norme générale est de continuer à allaiter l'enfant jusqu'à l'âge de 2 ans, il n'y a pas d'âge fixe par contre auquel on devrait complètement arrêter d'allaiter. Cela dépend de chaque mère et de chaque enfant. Une discussion animée a entouré le fait qu'une enquête démographique et de santé faite par DHS (Demographic and Health Surveys) constatait une malnutrition plus répandue chez des enfants de plus d'un an qui sont

allaités que chez ceux entièrement sevrés. Cela indique qu'il faut faire des études longitudinales pour déterminer les causes spécifiques d'un tel phénomène et pouvoir formuler des recommandations sur le bon dosage lait maternel et autres aliments. Il est probable que la malnutrition plus prononcée soit due à des facteurs tels l'insuffisance des aliments de sevrage du point de vue quantité ou qualité plutôt qu'à la continuation de l'allaitement au sein.

Discussion de Panel: Recherches et Programmes dans le Domaine de la Nutrition

Enrichir les aliments de sevrage traditionnels: Niger

Dr. Colette Geslin, Représentante PRITECH, Niger

Au Niger, les enfants de moins de 6 ans connaissent en moyenne 6 à 7 épisodes diarrhéiques par an. Vingt-huit pour cent des nourrissons qui ont souffert de la diarrhée dans les 2 dernières semaines sont malnourris, c'est-à-dire 2 fois plus que les enfants qui n'ont pas été malades et la prévalence de la diarrhée est plus élevée chez les enfants malnourris. Face à cette situation préoccupante, un des objectifs du programme de lutte contre les maladies diarrhéiques au Niger est de montrer aux mères comment nourrir correctement leurs enfants pendant et après la diarrhée pour éviter la malnutrition qui s'en suit et toute récidive. Aussi, le but d'une étude faite au début de 1991 était de déterminer comment les mères nourrissaient leurs enfants (ce qu'elles leur donnaient) et de trouver des moyens culturellement appropriés d'enrichir les aliments de sevrage que l'on donne couramment aux enfants et/ou de changer la manière dont les mères nourrissent leurs enfants.

Dans les deux régions où a été réalisée l'étude, Dosso et Konni, on a constaté que les mères donnaient surtout du *koko* et du *fura* comme aliments de sevrage. Aucun de ces liquides à base de farine de mil n'est suffisamment nutritif pour répondre aux besoins d'un enfant qui grandit, surtout pendant et après une maladie. On a également constaté que, même si les mères continuent à nourrir leurs enfants pendant la diarrhée, elles n'encouragent pas les enfants anorexiques à manger.

L'étude a permis de mettre au point quatre recettes pour enrichir le *koko* ou le *fura* et a fait des recommandations en vue d'améliorer les pratiques alimentaires. Ces recettes ainsi que les recommandations ont fait l'objet de tests sur le terrain auprès des mères et des enfants et ont été jugées acceptables aux yeux des mères du point de vue temps, coûts et ingrédients. Soixante-treize pour cent des mères de l'étude préparaient au moins une fois par jour une des recettes. L'étape suivante de cette

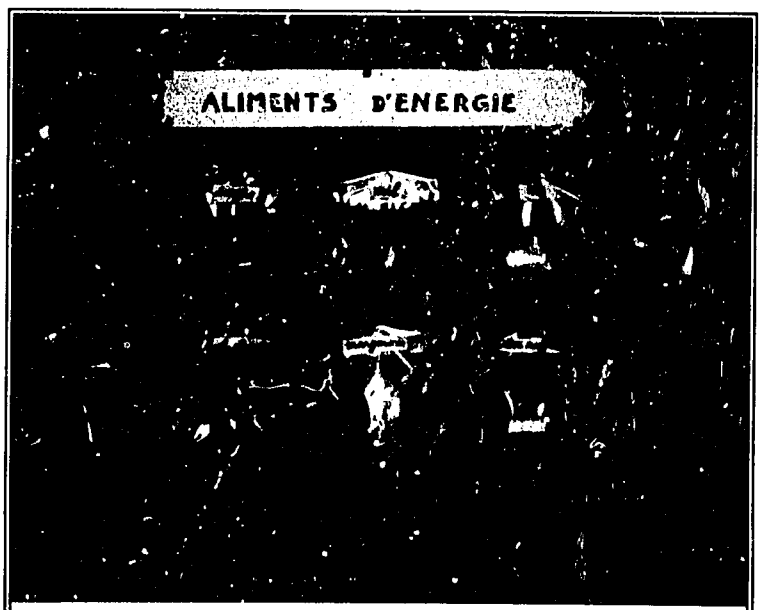
intervention consiste à intégrer les recommandations nutritionnelles à la prise en charge diarrhéique des agents de santé dans une zone pilote aux fins d'une meilleure alimentation pendant et après la diarrhée.

Amélioration de la prise en charge nutritionelle pendant la diarrhée: Nigéria

Dr. Eléonore Seumo-Fosso, Coordinatrice de la santé, CARE International, **Cameroun**

Dans l'Etat de Kwara au Nigéria, le Projet de prise en charge nutritionelle de la diarrhée (1985 - 1989) a réalisé des recherches pour améliorer la prise en charge nutritionnelle de la diarrhée. La recherche ethnographique préliminaire a constaté que les mères sont très préoccupées par l'alimentation de l'enfant pendant la diarrhée, puisque "le gavage" des enfants malades est une pratique très répandue. Les mères croient fermement qu'il ne faut pas donner d'aliments solides avant l'âge d'un an ou l'enfant deviendra "lourd". Les signes de "lourdeur" qu'elles décrivent correspondent de très près aux symptômes du kwashiorkor. L'*eko*, aliment de sevrage traditionnel, est une bouillie légère à base de céréales de faible valeur nutritive. Vu que l'on croit fermement qu'il ne faut pas donner des aliments solides aux nourrissons, les mères seront probablement davantage prêtes à fortifier la bouillie que de commencer à donner des aliments solides pour améliorer le régime alimentaire de leurs enfants.

La recherche a permis d'identifier des ingrédients pouvant être ajoutés à la bouillie, acceptables aux yeux de la mère et pas trop chers: l'huile de palme, le sucre et la farine de pois. On utilise également du malt pour rendre la bouillie plus liquide. Le nouveau mélange, *eko ilera*, contient 85 kilocalories pour 100 grammes, c'est-à-dire nettement plus que la recette traditionnelle (25 kilocalories pour 100 grammes).



Présentation de matériel éducatif, Ministère de la santé, Togo

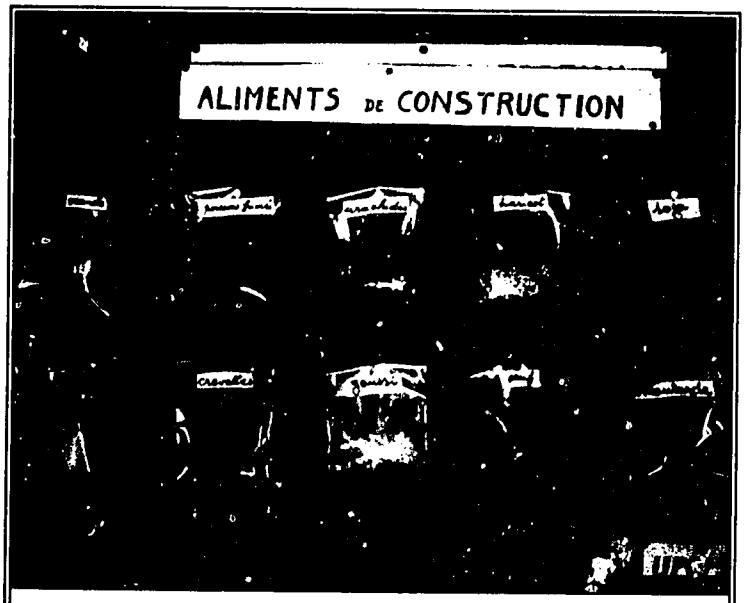
Une intervention pilote a permis de former des agents de santé pour qu'ils puissent apprendre aux mères formatrices à préparer la recette. Ces mères à leur tour ont appris la recette aux autres mères des communautés participantes. L'intervention a été évaluée en mesurant les niveaux de connaissances, d'essais et d'adoption d'*eko ilera* chez les mères. La plupart des mères trouvaient la recette acceptable du point de vue facilité de préparation et temps. Le taux d'adoption (17 pour cent) était plus élevé que celui escompté pour une telle intervention pilote. Les méthodes d'instruction face à face, les démonstrations et les chansons ont réussi à communiquer l'information. Mais certaines mères étaient soucieuses devant le prix des ingrédients. Les résultats de cette étude bien conçue mettent en exergue un certain nombre de questions sur lesquelles il faudrait se pencher davantage avant d'étendre à d'autres régions l'intervention pilote: notamment, simplifier la recette pour réduire le temps de cuisson et former les vendeurs d'*ogi* pour qu'ils puissent préparer les ingrédients d'*eko ilera* et aider à le promouvoir auprès des mères.

Amélioration des pratiques de sevrage: Cameroun

Dr. Eléonore Seumo-Fosso, Coordinatrice de la santé, CARE International, Cameroun

Une enquête nutritionnelle faite en 1978 indiquait que 22 pour cent des enfants en âge d'être sevrés au Cameroun souffrent de malnutrition, surtout dans la région du nord. L'objet d'une étude récente (1986-1987) dans la Province de l'Extrême-Nord était de mettre sur pied des activités d'éducation nutritionnelle pour améliorer la nutrition et la santé des enfants âgés de 0 à 3 ans. La recherche générale faite sur les pratiques actuelles a mis à jour les problèmes suivants: le bébé à sa naissance reçoit rarement du colostrum, la plupart des enfants reçoivent des suppléments d'eau par la fin du premier mois, les aliments de sevrage ne sont pas assez nutritifs et ne sont généralement donnés que vers le neuvième ou dixième mois, et à cet âge là, ces aliments ne sont pas donnés assez fréquemment ou en assez grande quantité. On n'encourage pas un enfant malade à manger et généralement, il mange très peu. L'étude a également constaté de faibles taux d'alphabétisation visuelle, d'alphabétisation et d'accès à la radio parmi la population cible.

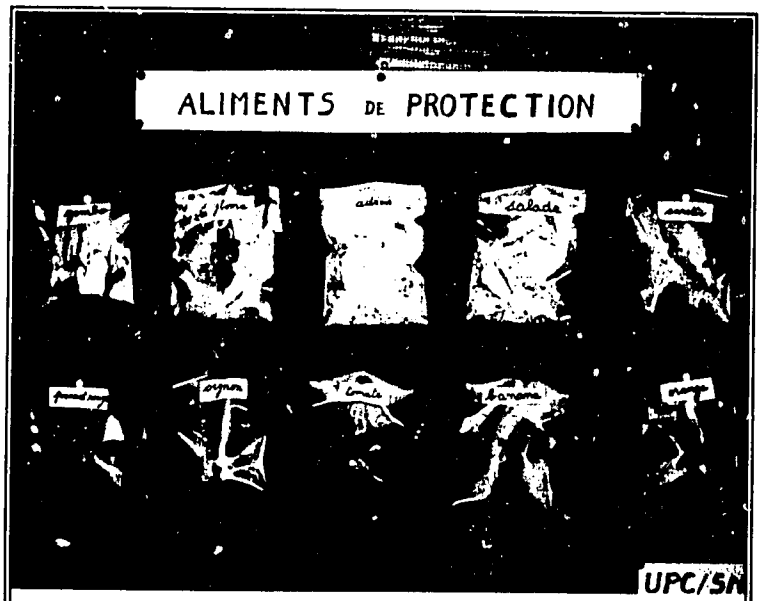
Des messages spécifiques ont été mis au point pour les groupes d'âge suivants: 0 à 3 mois, 4 à 9 mois, 10 à 15 mois et 16 à 36 mois. Ces messages indiquaient l'âge auquel il faut commencer à donner des suppléments, le type de suppléments ainsi que la quantité et fréquence correctes. Une intervention pilote a permis de former les agents de santé pour qu'ils puissent réaliser deux grandes activités d'éducation



Présentation de matériel éducatif, Ministère de la santé, Togo

nutritionnelle dans villages participants: 1) les séances de pesée mensuelles pour les enfants, suivies de séances individuelles de conseils nutritionnels avec les mères et 2) de groupes de discussion mensuels suivies par des démonstrations culinaires auxquelles participent les mères et où on leur montre comment utiliser les ingrédients recommandés pour enrichir la bouillie de sevrage local. Une étude de suivi a permis de constater que les mères participaient régulièrement aux activités, que leur niveau de connaissances avait augmenté et que leur comportement avait sensiblement changé. Elles aimaient surtout l'attention qu'on leur accordait lors des séances individuelles de conseils nutritionnels.

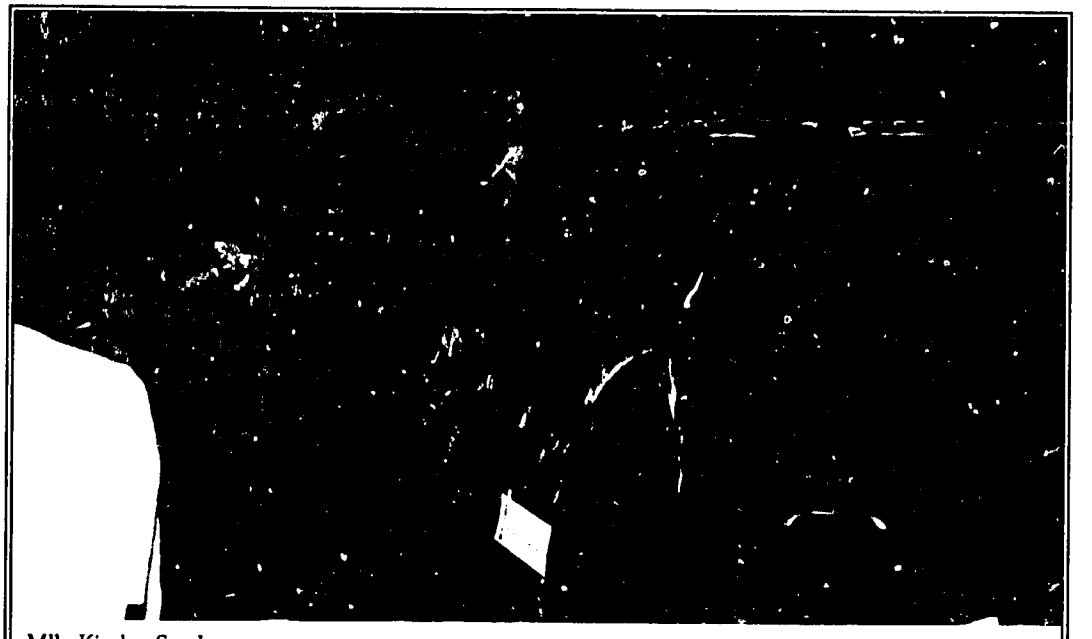
Les activités suivantes permettraient de renforcer l'impact du programme: élaborer des messages nutritionnels pour les femmes enceintes et allaitantes; utiliser davantage les moyens de traditionnels; faire participer les sages-femmes aux activités d'éducation nutritionnelle; et élaborer des messages à l'intention des pères. Cette approche sera étendue prochainement à toute la région septentrionale du Cameroun.



Présentation de matériel éducatif, Ministère de la santé, Togo

Recherche ethnographique sur l'alimentation du nourrisson: Gambie

Mlle Kinday Samba, Nutritionniste, Association gambienne de l'alimentation et de la nutrition



Mlle Kinday Samba

La discussion concernant la recherche ethnographique faite en 1990 en Gambie sur les pratiques alimentaires de l'enfant se centrait sur la méthodologie de quatre types de collecte systématique de données: le *free listing*, le *pile sorting*, le *triad sorting* et le *ranking* 1/. L'enquête avait pour but de mieux comprendre les connaissances, attitudes et comportements des mères liés au sevrage et aux aliments de sevrage dans le but de déterminer les ingrédients supplémentaires pouvant être utilisés pour améliorer l'apport nutritif et les calories des aliments de sevrage.

Dans le cadre de la méthode du *free listing*, on demande aux répondantes de faire une liste de tous les éléments qui entrent dans une catégorie, par exemple les aliments donnés aux enfants de moins d'un an. Dans le *pile sorting*, on demande aux

1/ Note du traducteur: Ces quatre termes ont été cités en anglais lors de la présentation en français. Nous garderons donc ici le même choix de mots.

répondantes de regrouper les éléments qui vont ensemble. Cela aide à déterminer les aliments que les mères sont prêtes à combiner. Le *triad sorting* est une méthode analogue et complémentaire au *pile sorting*. Les répondantes trouvent l'élément qui "n'appartient pas" dans un groupe de trois articles. Le *ranking* détermine la position relative des éléments au sein de certaines catégories. Pour cela, on demande aux répondantes de placer les éléments entre deux extrêmes, par exemple souvent ou jamais ou meilleur ou pire. Cette méthode peut être utilisée pour déterminer quels sont les aliments les plus susceptibles d'être ajoutés à la bouillie de sevrage traditionnelle.

L'étude gambienne a utilisé ces techniques en les combinant à des interviews avec les informants clés et à des observations directes pour identifier les aliments de sevrage donnés traditionnellement aux enfants et trouver les aliments que les mères seraient le plus susceptible d'ajouter à la bouillie traditionnelle à base de mil. L'étape d'après consiste à essayer quatre à six de ces recettes enrichies en utilisant des ingrédients locaux.

Pour une meilleure nutrition infantile et maternelle: Mali

Mme Dandara Touré Kanté, Nutritionniste, Projet de Communication pour la Nutrition, Mali

Au Mali, la malnutrition commence souvent dès l'âge de 5 mois. Les messages nutritionnels conseillant d'ajouter des haricots ou des arachides à la bouillie traditionnelle de mil n'ont guère réussi à changer le comportement des mères. Aussi, fallait-il trouver une nouvelle stratégie d'éducation nutritionnelle. Les recherches ethnographiques préliminaires ont indiqué que, généralement, les gens ne connaissent pas la valeur nutritive des divers aliments et qu'ils ont tendance à classer les aliments d'après leur goût. En règle générale, les enfants ne reçoivent que le lait maternel et de l'eau jusqu'à l'âge de 23 ou 24 mois. Les femmes enceintes ne mangent généralement pas d'aliments supplémentaires et les maris ne voient pas la nécessité d'acheter des suppléments pour leurs femmes enceintes.

En fonction des premiers résultats, on a élaboré des messages pour encourager une alimentation supplémentaire, de bonne qualité et en quantité suffisante, pour les enfants de plus de 6 mois et pour les femmes pendant la grossesse. Les messages encourageaient également les hommes à pourvoir aux besoins des femmes et des enfants, enseignaient aux mères à apprendre aux aînés à mieux s'occuper des tous petits et apprenaient aux agents de santé à encourager l'utilisation d'aliments disponibles localement pendant les séances d'éducation nutritionnelle. Ces messages sont diffusés par le biais d'une boîte à images qui utilise des langues locales pour l'éducation nutritionnelle des mères, d'un bulletin pour les agents de santé, des conseils enfant à enfant, des mass media et de la tradition orale.

Connaissances, attitudes et pratiques entourant l'alimentation du nourrisson: Burkina Faso

M. Jean Parfait Douamba, Nutritionniste, Direction de la santé de la famille, Burkina Faso

Lors d'une étude CAP sur les pratiques alimentaires, réalisée dans plusieurs régions du Burkina Faso, on a interviewé des mères allaitantes, des mères avec des enfants de 2 à 5 ans, des femmes enceintes et des pères. Lorsqu'on a demandé aux parents quel était le plus grand risque couru par des enfants qui ne mangent pas bien, la plupart ont répondu qu'ils pouvaient tomber malades. Un pourcentage plus petit a indiqué que les enfants ne grandissaient pas normalement. Dans l'ensemble, les parents ne faisaient pas le lien entre ce qu'ils donnaient à manger à leurs enfants et le marasme or le kwashiorkor, ils ne savaient pas non plus comment prévenir ces maladies nutritionnelles.

Environ la moitié des parents commencent à donner des aliments supplémentaires entre 4 à 6 mois. Un tiers les donnent trop tard et le restant les donnent trop tôt. Plus d'un tiers pense que c'est le père qui doit recevoir la plus grande part de la nourriture dans la famille. La majorité est d'avis que les enfants n'ont pas besoin de manger de viande. Nombreux pensent que ce n'est pas l'affaire du père que de s'occuper du régime alimentaire des enfants et la plupart des parents n'ont jamais parlé nutrition avec un agent de santé. La moitié des parents ne pensent pas que les enfants ont besoin d'eau supplémentaire pendant la diarrhée et la moitié n'ont jamais entendu parlé des SRO. Par contre, il est positif de noter qu'environ la moitié des mères continuent d'allaiter pendant plus de 2 ans. Un atelier est prévu pour mettre sur pied une stratégie de communication basée sur cette information dans l'espoir d'améliorer les pratiques alimentaires au Burkina Faso.

Durant la discussion qui a suivi les présentations du panel, on a noté qu'il aurait fallu consacrer plus de temps aux présentations de ce type d'études et programmes. On a également noté qu'une grande partie de la recherche avait été parrainée par les programmes de lutte contre les maladies diarrhéiques et non pas par les programmes de nutrition, ce qui souligne bien le lien important entre ces deux programmes.

THEME VI: INTEGRER LES ACTIVITES NUTRITIONNELLES AUX AUTRES PROGRAMMES DE SANTE

Discussion de Panel: Intégrer les Activités Nutritionnelles aux Autres Programmes de Santé

Promotion de l'allaitement au sein et espacement des naissances

Mme Kristin Cooney, Directrice adjointe, Institut de la santé reproductive de l'Université de Georgetown, Etats-Unis

L'allaitement au sein joue un rôle important dans la réduction de la fécondité en Afrique. Par exemple, au Sénégal, l'allaitement au sein contribue autant à l'espacement des naissances que toutes les autres méthodes de planification familiale combinées. Dans le cadre d'un programme idéal, il faudrait former les conseillers pour la planification familiale et les autres agents de santé, notamment les sages-femmes, pour qu'ils encouragent un allaitement au sein exclusif pendant les 4 à 6 premiers mois. Arriver à atteindre les mères pendant la période prénatale pour encourager l'allaitement au sein exclusif et recommander d'autres méthodes appropriées de planification familiale, peuvent avoir un effet très positif sur l'allaitement au sein exclusif et la contraception. Dans le cadre d'une intervention pilote en Equateur, les agents de santé de quatre dispensaires ruraux se sentaient nettement plus en confiance face à l'espacement des naissances après avoir suivi une formation portant sur l'allaitement au sein et la planification familiale. On est en train de mesurer l'effet de l'intervention chez les mères.

Promotion de l'allaitement au sein et planification familiale

Mme Margaret Parlato, Directrice, Projet de Communication pour la Nutrition, Académie pour le Développement de l'Education, Etats-Unis

Le but d'un projet pilote dans un hôpital hondurien était de combiner l'allaitement au sein et la planification familiale. L'intervention cherchait à encourager un allaitement au sein exclusif pendant les 4 à 6 premiers mois et à compléter l'effet de l'allaitement par d'autres méthodes de contraception. On a jugé que la priorité était de former le personnel de santé. On a mis en place un service pour l'allaitement au sein et un service pour la planification familiale. On a parlé de l'allaitement au sein aux mères lors des visites prénatales et après la naissance à l'hôpital. Elles ont reçu des contraceptifs gratuits au moment de quitter l'hôpital et on leur a fixé un rendez-vous dans les services d'allaitement au sein et de planification familiale. Les résultats

ont été positifs: le nombre des femmes qui allaitaient exclusivement à 3 mois est passé de 14 à 23 pour cent; le nombre de femmes qui allaitaient à 6 mois est passé de 58 à 73 pour cent et la proportion de femmes utilisant des méthodes de planification familiale complémentaires à 6 mois postpartum est passé de 54 à 68 pour cent.

Promotion de l'allaitement au sein dans les formations sanitaires: Côte d'Ivoire

Dr. Joseph Andoh, Chef du service de pédiatrie, CHU Treichville, Côte d'Ivoire

La discussion portait sur l'intégration de l'allaitement au sein aux services de santé en Côte d'Ivoire avec pour exemple les services de protection maternelle et infantile à Abidjan. La plupart des bébés naissent dans des formations publiques où ils sont confiés à la mère de suite après l'accouchement et restent avec celle-ci pendant les 12 à 48 premières heures. Ces bébés reçoivent généralement le sein dès la naissance. Les bébés prématurés sont mis dans une crèche spéciale où les mères se rendent tous les jours pour faire extraire leur lait qui est en suite donné aux bébés à l'aide d'un biberon ou d'un tube nasogastrique. Puis, tous les enfants sont suivis dans les centres de santé dans le cadre des activités de suivi de la croissance.

La promotion des laits commerciaux dans les formations sanitaires est un des grands obstacles qui freinent l'adoption de l'allaitement au sein. Il est difficile de changer cet état des choses car les hôpitaux n'ont pas le budget nécessaire pour acheter du lait commercial pour les bébés qui en ont besoin et, par conséquent, ils doivent bien accepter les échantillons gratuits des diverses sociétés. L'autre obstacle se situe au niveau de la pratique qui consiste à séparer les bébés malades de leurs mères et de séparer les bébés en bonne santé de leurs mères malades et de les placer dans un service pédiatrique séparé. Ces enfants reçoivent souvent du lait artificiel. Dans les cliniques privées, on sépare souvent les enfants des mères pendant la nuit pour que ces dernières puissent se reposer.

Le manque de temps, de connaissances et de motivations chez le personnel de santé qui, en principe, doit conseiller les mères en matière d'allaitement est un des grands freins tant dans les centres privés que publics. Tout cela débouche sur l'utilisation inutile d'eau sucrée et d'alimentation au biberon. Souvent, on ne dispose pas non plus du matériel nécessaire pour extraire le lait maternel.

Un groupe consultatif a été créé pour trouver des solutions à ces problèmes. La stratégie principale adoptée à Abidjan consiste à former le personnel de santé à tous les niveaux. Des séminaires de formation d'une semaine intègrent l'allaitement au sein à la formation dispensée pour d'autres interventions sanitaires. Le soutien apporté par certains groupes comme IBFAN sera probablement nécessaire pour combattre l'influence négative des produits de remplacement du lait maternel.

Améliorer la nutrition par le biais des programmes de lutte contre les maladies diarrhéiques: Projet PRITECH

Dr. Adama Kone, Directeur adjoint, Bureau régional du Sahel, PRITECH, Sénégal

Le Projet PRITECH a intégré les activités nutritionnelles aux programmes de lutte contre les maladies diarrhéiques de cinq manières. Premièrement, PRITECH parraine des études sur les pratiques alimentaires de l'enfant pour élaborer des stratégies visant à une meilleure alimentation pendant et après la diarrhée et afin d'améliorer les pratiques de sevrage en général. L'OMS est en train de mettre au point un protocole sur la prise en charge alimentaire de la diarrhée persistante. PRITECH espère pouvoir appliquer le protocole dans un ou deux sites pilotes du Sahel.

Deuxièmement, et afin d'améliorer les pratiques liées à l'allaitement au sein, PRITECH parraine des études et des programmes visant à promouvoir l'allaitement au sein. Des enquêtes ont été réalisées sur les connaissances, attitudes et pratiques des mères et du personnel de santé en matière d'allaitement au sein, notamment une étude faite au Cameroun sur les suppléments d'eau (dont il est en question ci-dessus). Le programme prévoit une formation du personnel de santé portant sur la prise en charge de la lactation et la promotion de l'allaitement au sein ainsi que l'introduction d'activités visant à encourager l'allaitement au sein dans les unités de formation pour la diarrhée.

Troisièmement, PRITECH soutient des études portant sur les comportements et les aptitudes aux conseils chez les agents de santé. PRITECH a constaté que les agents de santé ne donnent guère de conseils aux mères concernant l'alimentation de leurs enfants. Aussi, a-t-on ajouté des conseils nutritionnels aux algorithmes de traitement de la diarrhée, aux notes techniques et aux programmes d'études pour la lutte contre les maladies diarrhéiques. Les informations nutritionnelles sont réunies et consignées dans les dossiers de santé.

Quatrièmement, dans un des pays, tous les messages sur le traitement de la diarrhée comportent des messages se rapportant spécifiquement à l'allaitement au sein et à l'alimentation. Le fait que ces messages spécifiques sont donnés sur le sachet même des SRO ainsi que dans les instructions jointes est une idée d'un caractère tout à fait nouveau.

Enfin, des modules nutritionnels sont élaborés pour un programme d'études sur la lutte contre les maladies diarrhéiques destiné aux écoles d'infirmières du Sahel et pour les stages d'éducation continue. En outre, PRITECH a mis au point "une liste de vérification nutritionnelle" qui spécifie toute une série d'actions que peuvent prendre les programmes de lutte contre les maladies diarrhéiques pour intégrer la promotion nutritionnelle aux activités des programmes.

Améliorer la nutrition par le biais des soins de santé primaires

Mme Bibi Essama, Directrice, Projet de soutien pour la nutrition de la femme et du nourrisson, Education Development Center, Inc., Etats-Unis

Comment les activités visant à améliorer l'alimentation et la nutrition de l'enfant peuvent-elles être intégrées aux programmes de soins de santé primaires? Une recherche opérationnelle faite par l'Université Tufts et l'UNICEF au Nicaragua et au Nigéria cherchait à mettre au point une nouvelle approche pour le suivi de la croissance. La recherche initiale a dégagé les obstacles et contraintes qui entravent l'allaitement au sein et l'alimentation correcte du jeune enfant. Une campagne de communication a été lancée pour encourager les mères à participer aux activités de suivi de la croissance. Lors des séances de suivi de la croissance, les agents de santé ont utilisé une "balance-âge", moyen tout à fait nouveau servant à l'éducation nutritionnelle. Cette balance-âge permet à la mère et à l'agent de santé de comparer la croissance de l'enfant par rapport à son âge et donc de mesurer les progrès. Aussi, n'a-t-on plus besoin de porter le poids sur un graphique pour tracer la traditionnelle courbe de croissance. Pendant les séances de conseils, les agents de santé passent un "contrat" avec les mères pour les pousser à participer plus directement au choix des pratiques nutritionnelles qu'elles seraient prêtes à changer. Les résultats préliminaires indiquent des changements positifs au niveau de l'allaitement au sein et des pratiques alimentaires de l'enfant.

Dans le cadre d'un projet pilote en Jamaïque réalisé conjointement, le Ministère de la Santé et le Ministère de l'Education ont réussi à intégrer l'éducation nutritionnelle aux programmes de l'école primaire. Les enfants apprennent des messages nutritionnels pratiques pendant qu'ils apprennent à lire. L'évaluation a constaté qu'ils se souvenaient de nombreux des concepts fondamentaux.

Améliorer la nutrition par le biais des soins de santé primaires: Guinée

Professeur Mandy Kader Kondé, Directeur général de la santé publique, Ministère de la santé publique et de la population, Guinée

Un examen des obstacles et des possibilités liés à l'intégration des activités nutritionnelles aux programmes de soins de santé primaires a pris pour exemple la Guinée. L'*Initiative de Bamako* accorde une place importante aux centres de santé locaux. Centres qui doivent intégrer les aspects curatifs, préventifs et promotionnels. Ce système n'a pas accordé une haute priorité à la nutrition qui en fait est confinée au suivi de la croissance. Et pourtant, les questions nutritionnelles pourraient

également être traitées lors des consultations prénatales, au moment de la naissance et pendant les visites postnatales.

Chaque centre a un comité de gestion composé de membres de la communauté ainsi que de l'équipe de santé. A chaque visite, les enfants sont pesés et on vérifie s'ils ont bien reçu toutes les vaccinations. Les fiches de santé pour toutes les mères et tous les enfants sont gardées aux centres de santé pour pouvoir faire un suivi dans la communauté. Le préalable de l'intégration des activités nutritionelles dans ce système est une politique nationale bien définie en matière de nutrition.

Groupe de Travail: Intégration des activités qui encouragent une alimentation optimale de l'enfant aux programmes de soins de santé primaires: PMI/PF, LCMD, infections respiratoires aiguës et PEV

Avant d'intégrer les activités nutritionnelles au système de santé, il faut se donner une politique nutritionnelle bien structurée au niveau national. Il convient de montrer aux bailleurs de fonds l'importance de cette intégration puisqu'ils n'ont pas toujours soutenu une telle approche par le passé. Un plan d'action devrait reposer sur les stratégies suivantes: formation à tous les niveaux (dans les écoles et sur le terrain) en utilisant les modules de nutrition et en insistant sur l'importance du suivi de la croissance; recherche opérationnelle sur les pratiques de sevrage locales, allaitement au sein et planification familiale en Afrique; et marketing social de meilleures pratiques alimentaires.

Sur le plan opérationnel, les actions suivantes sont nécessaires: réorganisation des services de santé (si nécessaire), directives bien claires, formation du personnel, augmentation des effectifs et meilleure distribution du personnel sur le territoire, mesures conjuguées à de meilleurs mécanismes de récompense et d'encouragement et intégration des activités nutritionnelles à la lutte contre les maladies diarrhéiques, au PEV, au suivi de la croissance, à la planification familiale et aux activités de la femme et du développement.

Groupe de Travail: Intégration des activités pour une alimentation optimale de l'enfant aux programmes nutritionnels de la communauté

Au vu des activités nutritionnelles qui existent déjà dans les divers pays et au vu des obstacles freinant l'amélioration des pratiques nutritionnelles, les recommandations suivantes sont formulées: faire participer les femmes et la communauté entière à la

réalisation des programmes nutritionnels, élaborer du matériel éducatif approprié et utiliser les moyens de communication traditionnels, insister sur la recherche opérationnelle au niveau communautaire, intégrer la nutrition à la formation des agents de santé dans les écoles et sur le terrain, donner des récompenses pour motiver les agents de santé qui participent à la promotion de la nutrition, encourager les activités génératrices de revenus au niveau communautaire pour financer les activités nutritionnelles, diminuer le travail des femmes, affirmer l'importance des activités nutritionnelles pour la santé maternelle et infantile et aider la communauté à prendre en charge des activités nutritionnelles.

Groupe de Travail: Révision des programmes de formation pour tout le personnel de santé, y compris les médecins, infirmières, sages-femmes et les agents de soins de santé primaires.

Généralement, les agents de santé n'ont pas une formation solide en matière de nutrition. Les mesures suivantes peuvent être prises pour remédier à cette situation: donner une plus grande importance à la nutrition pendant la formation avant l'emploi (avec mise à jour périodique), s'assurer que la formation est pratique et axée sur la résolution des problèmes avec la communauté, améliorer les aptitudes à la communication chez les agents de santé, vérifier que les agents de terrain reçoivent une formation systématique en cours d'emploi, aider les agents de santé en veillant à l'application du Code de commercialisation, insister sur une supervision régulière pour maintenir et renforcer les connaissances, attitudes et pratiques correctes.

Groupe de Travail: Intégrer les objectifs opérationnels de la promotion de l'allaitement au sein aux politiques nationales de santé et de développement.

Tous les pays devraient élaborer des plans d'action nationaux qui encouragent et protègent l'allaitement au sein exclusif pendant les 6 premiers mois, stipulant que les suppléments peuvent être donnés dans certains cas à l'âge de 4 mois et en général à l'âge de 6 mois. Les actions spécifiques concernent notamment des études ethnographiques sur les pratiques liées à l'allaitement au sein afin d'élaborer des activités d'IEC; la formation avant et en cours d'emploi du personnel socio-sanitaire; ainsi que l'application de codes nationaux de commercialisation des substituts du lait maternel.

PLANS DES DIVERS PAYS

Avant que les équipes des divers pays ne se soient rencontrées pour élaborer des projets pour l'avenir, les bailleurs de fonds et les groupes de soutien 1/ ont fait des présentations quant aux buts qu'ils poursuivent en ce qui concerne l'alimentation du nourrisson, du point de vue politiques, priorités et type de programmes auxquels ils apportent généralement un soutien. Ces groupes ont rencontré, sur demande, les équipes nationales pour répondre à des questions spécifiques. Huit équipes (Burkina Faso, Cameroun, Côte-d'Ivoire, Guinée, Mali, Niger, Sénégal et Togo) ont délibéré, puis ont présenté des plans d'action sur l'alimentation du nourrisson. Certains de ces plans sont d'une portée très générale alors que d'autres proposent des activités et des calendriers spécifiques.

Voici certaines des activités les plus courantes proposées pour encourager l'allaitement au sein et améliorer la nutrition maternelle et infantile:

- recherche qualitative et quantitative sur les pratiques liées à l'allaitement au sein et à l'alimentation dans le contexte spécifique des divers pays;
- élaboration de politiques nationales sur l'allaitement au sein et la nutrition;
- création de comités nationaux inter-sectoriels pour planifier et guider les activités promotionnelles;
- élaboration de matériel éducatif et formation des agents de santé et autre personnel concernés par l'allaitement au sein et la nutrition, insistant tout particulièrement sur de meilleures aptitudes à la communication;
- élaboration de matériel éducatif et réalisation de campagnes d'IEC pour promouvoir l'allaitement au sein et de meilleures pratiques alimentaires au sein de la population; et
- intégration des activités promotionnelles à d'autres programmes de santé, par exemple, la planification familiale et la lutte contre les maladies diarrhéiques.

Les grandes lignes des plans des équipes nationales sont données ci-après:

1/ FAO, IBFAN, RENA, UNICEF, OMS et les projets suivants de l'A.I.D.: Institut pour la santé reproductive de l'Université de Georgetown, NCP, PRITECH, Wellstart et WINS.

PLANS DE SUIVI

Pays	Grandes lignes des plans nationaux
Burkina Faso	1. Intégrer l'allaitement au sein à la formation, au programme d'étude et au matériel éducatif portant sur la planification familiale. 2. Faire une étude nationale sur la prévalence des maladies diarrhéiques ainsi que plusieurs recherches opérationnelles. Ces études permettront d'élaborer des stratégies de communication pour l'allaitement au sein, le sevrage et la lutte contre les maladies diarrhéiques. 3. Etudier la situation en ce qui concerne les aliments de sevrage dans le but d'améliorer les pratiques alimentaires du nourrisson. Etude de la faisabilité et de l'acceptabilité des aliments de sevrage locaux commerciaux, notamment du point de vue production, promotion, acceptation et prix. 4. Un plan d'action et une stratégie nutritionnelle plus spécifiques seront élaborés après l'atelier prévu en janvier 1992 pour discuter des résultats de l'enquête sur les connaissances, les attitudes et les pratiques en matière de nutrition maternelle et infantile. 5. Créer un comité national pour l'allaitement au sein; formuler des lois contre les produits de remplacement du lait maternel; créer des crèches pour les fonctionnaires.

PLANS DE SUIVI

Pays	Grandes lignes des plans nationaux
Cameroun	1. (Ministère de la Santé/Université) Faire recherche appliquée sur les risques d'infection liés aux divers suppléments solides/liquides. 2. (CARE/Banque mondiale) Mettre au point communication et formation pour l'alimentation du nourrisson. ♦ Evaluer situation actuelle. ♦ Faire recherche formative et pré-test. ♦ Formation et information, éducation et communication (IEC). 3. Elaborer programme national pour l'allaitement au sein. ♦ Former équipe à Wellstart. ♦ Améliorer pratiques dans les hôpitaux. ♦ Elaborer politiques et stratégies nationales pour l'allaitement au sein. 4. Créer centre de formation régionale pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre.
Côte d'Ivoire	1. Créer programme complet pour l'alimentation du nourrisson. 2. Elaborer programme de protection de l'allaitement au sein dans les villes. 3. Créer programme national pour l'allaitement au sein.

PLANS DE SUIVI

Pays	Grandes lignes des plans nationaux
Guinée	1. La nutrition maternelle et infantile, notamment alimentation optimale du nourrisson, sont des grandes priorités du Ministère de la Santé.
Mali	1. Divers aspects de l'alimentation optimale du nourrisson seront intégrés aux programmes de formation mis au point actuellement en matière de nutrition, lutte contre les maladies diarrhéiques et planification familiale. 2. La communication pour la nutrition insiste actuellement sur l'allaitement au sein exclusif et l'introduction d'aliments solides au bon moment; les programmes de lutte contre les maladies diarrhéiques trouvent de meilleurs moyens de nourrir les enfants convalescents. Programmes sont intégrés au niveau du Ministère et de l'USAID.
Niger	1. Intégrer la recherche sur l'alimentation optimale du nourrisson aux programmes de nutrition (qui insistent actuellement sur une plus grande consommation d'aliments riches en vitamine A pendant la grossesse et l'allaitement) ainsi qu'aux programmes de lutte contre les maladies diarrhéiques. 2. Relier entre elles les activités de recherche opérationnelle. 3. Former équipe à Wellstart.

PLANS DE SUIVI

Pays	Grandes lignes des plans nationaux
Sénégal	1. Elaborer programme complet d'alimentation pour le nourrisson: fer, vitamine A, insuffisance pondérale à la naissance, aliments de sevrage. 2. Elaborer modules de formation pour l'allaitement au sein et l'alimentation optimale du nourrisson. 3. Faire évaluation des besoins pour un programme national sur l'allaitement au sein.
Togo	1. Ministère de la Santé cherche à relier la promotion/suivi de la croissance et les conseils et la formation en matière d'alimentation du nourrisson. 2. Améliorer prestation de services, intégrer les programmes du Ministère de la Santé et ceux de Catholic Relief Services (CRS)

Le délégué du **ZAIRE** qui a pu assister à la conférence a préparé un plan complet de promotion nationale de l'allaitement au sein mais ce plan n'a pas été présenté au Ministère ou à la mission USAID dans le pays.

RECOMMANDATIONS DU FORUM INTERNATIONAL

Nous, délégués du Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Gambie, Guinée, Mali, Niger, Sénégal, Togo, et Zaïre, participant au

FORUM INTERNATIONAL SUR L'ALIMENTATION DU NOURRISSON ET LA SURVIE DE L'ENFANT

avons constaté que d'une manière générale les carences dans l'alimentation du nourrisson et la régression inquiétante de l'allaitement maternel font peser un risque sérieux sur la survie de l'enfant africain, avec notamment une incidence élevée sur la morbidité et la mortalité liées à la malnutrition et aux maladies diarrhéiques.

Si la crise économique générale des pays du continent explique en partie cette situation, il n'en demeure pas moins que la part de responsabilité des Etats africains est déterminante en raison notamment:

1. de l'absence d'une politique de santé clairement définie conférant à la Nutrition, son importance dans les problèmes de Santé des populations d'une façon générale et ceux de la mère et l'Enfant en particulier.

2. des insuffisances des législations existantes en matière de protection de la femme enceinte et allaitante.

3. de la mauvaise application des dispositions du Code International sur la commercialisation des substituts du lait maternel.

4. des carences du personnel de la Santé en matière de Nutrition et de promotion de l'allaitement maternel.

Reprenant à notre compte la *Declaration d'Innocenti sur la Protection, l'Encouragement et le Soutien de l'Allaitement Maternel*, et pour changer la situation déplorable ci-dessous décrite et assurer la santé de la Mère et de l'Enfant,

NOUS RECOMMANDONS

aux GOUVERNEMENTS AFRICAINS:

1. de définir et de mettre en place dans les meilleurs délais une politique pertinente et intégrée d'Alimentation et de Nutrition visant particulièrement la promotion de l'allaitement maternel et la Survie de l'Enfant.

2. d'adapter les différentes législations en matière de congé de maternité en vue d'une réelle promotion de l'allaitement maternel exclusif.

3. de prendre des mesures adéquates pour assurer une alimentation optimale pour la Femme d'une manière générale, la femme enceinte et allaitante en particulier.

4. de prendre des mesures adéquates pour améliorer les compétences en matière de Nutrition et de promotion de l'allaitement maternel du personnel de Santé de nos différents pays.

5. de s'assurer que les Plans d'Ajustement Structurels auxquels sont soumis l'ensemble de nos pays en dévelopement tiennent compte des recommandations pour préserver les conditions de l'Alimentation du nourrisson et la Survie de l'Enfant.

aux AUTORITES SANITAIRES

6. de promouvoir l'allaitement maternel exclusif de la naissance jusqu'à l'âge de 4 à 6 mois, compte tenu de ce que d'une part l'allaitement maternel couvre parfaitement les besoins nutritionnels et hydriques du nourrisson, et que d'autre part il constitue une méthode efficace d'espacement des naissances.

7. de veiller à l'introduction progressive et en quantité suffisante d'aliments de sevrage à base d'aliments locaux de valeur nutritionnelle adéquate, et culturellement acceptables; ces aliments devant être fournis entre 4 et 6 mois avec la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à 2 ans et au delà.

8. de veiller à ce que l'allaitement maternel soit maintenu et associé à la réhydratation orale en cas de diarrhée chez le nourrisson au sein et que ce traitement soit aussi associé à la poursuite de l'alimentation chez l'enfant déjà sevré.

9. de veiller à ce que l'allaitement maternel continue d'être promu même dans les polulations à haute prévalence du virus HIV, compte tenu des risques d'augmentation de la mortalité maternel.

10. de s'assurer de la mise en application de ces recommandations.

aux ORGANISATIONS INTERNATIONALES, et NON-GOUVERNEMENTALES et aux ORGANISATIONS de COOPERATION BILATERALE

11. d'accorder une plus grande attention aux programmes nationaux d'Alimentation et de Nutrition, notamment en matière de Recherche Appliquée, en vue de promouvoir davantage les conditions de Survie de la Mère et de l'Enfant

Lomé, le 13 septembre 1991

ANNEXES

ANNEXE UN

Ordre du jour

Forum International pour l'Afrique Francophone

Alimentation du Nourrisson et Survie de l'Enfant

du 9 au 13 septembre 1991
Lomé, Togo

PROGRAMME

LUNDI 9 septembre

08h30 à 09h30	**Séance d'ouverture** Formalités et allocutions • Intervention de l'USAID • Messages des organisations collaboratrices • Allocution de son Excellence M. le Ministre de la Santé Publique
09h30 à 10h00	Pause Café
10h00 à 10h10	Présentation des participants
10h10 à 10h20	Détails de l'organisation et du matériel. *Mme Jeanine Daniels des Etats-Unis*
10h20 à 11h00	Présentation des objectifs de la Conférence. *Professeur Ananivi Doh du Togo*
11h00 à 12h00	**Exposé I sur le thème: Progrès dans le domaine de la survie de l'enfant et perspectives pour les années 1990.** 1. La survie de l'enfant en Afrique: Bilan des dix dernières années et perspectives en matière de nutrition. *Professeur Baba Traoré du Mali* 2. Bref aperçu sur les interventions relatives aux programmes d'allaitement au sein et de lutte contre les maladies diarrhéiques: (a) SSP (Initiative de Bamako), (b) LCMD, (c) Alimentation et Nutrition. *Professeur M. Kader Kondé de la Guinée.*

3. *Déclaration d'Innocenti*: Recommendations internationales pour l'alimentation du nourrisson. *Dr. Joseph Andoh de la Côte d'Ivoire*

12h00 à 12h30 — Débat. *Professeur Ananivi Doh du Togo*

Déjeuner — (Ensemble)

15h00 à 17h45 — **Présentation des expériences et Discussion, I**

Brèves présentations (15 minutes) de chaque délégation sur la situation dans leur pays en matière de nutrition et de santé maternelles et infantiles.

I. Les principales activités de recherche, de formation, d'IEC et de traitement.

II. Les approches et contraintes liées à l'intégration des interventions pour l'alimentation optimale du nourrisson dans les programmes de SMI/PF, notamment PEV, IRA, LCMD et contrôle de la croissance.

15h00 à 15h15	Burkina Faso
15h25 à 15h40	Cameroun
15h50 à 16h05	Côte d'Ivoire
16h15 à 16h30	Guinée
16h40 à 16h55	Mali
17h05 à 17h20	Niger

MARDI 10 septembre

08h30 à 08h45 — Présentation du rapport des travaux du 1er jour.

08h45 à 10h00 — **Présentation des expériences et Discussion, II**

08h45 à 09h00	Sénégal
09h10 à 09h25	Togo
09h35 à 09h50	Zaïre

10h00 à 10h15 — Pause Café

10h15 à 11h00 — **Exposé II: Soutien de la femme pendant la grossesse, optimisation de la santé de la mère et de l'enfant pendant la période post-partum.** *Professeur Runesha Muderhwa du Zaïre*

-50

1. Apport nutritionnel et dépense d'énergie pendant la grossesse: prise de poids recommandée et répercussions d'un déséquilibre énergétique provenant, par example, de carences en fer et en iode.

2. Soutien nutritionnel et social pour les femmes post-partum.

3. Les enfants de faible poids à la naissance et les risques encourus.

4. Implications éventuelles.

5. Attitudes du personnel de santé vis à vis de l'allaitement maternel: **Cameroun.** *Dr. Jean Claude Lowe du Cameroun*

11h00 à 11h15 — Discussion

11h15 à 12h15 — **Exposé III: Optimisation de la santé de la mère et du nourrisson.** *Dr. Amsagana Boukar du Niger*

1. Lait maternel (qualité nutritionnelle, biochimie et immunologie) et la conduite de la lactation.

2. Réduction de l'épuisement maternel.

3. Implications.

4. Connaissances, attitudes et pratiques du personnel de santé et des mères en matière de l'allaitement maternel: **Sénégal.** *M. Abdou Fall du Sénégal*

5. L'allaitement au sein et l'espacement des naissances. *Mme Kristin Cooney des Etats-Unis.*

12h15 à 12h45 — Définition des groupes de travail pour l'après-midi

Déjeuner — (Libre)

15h00 à 16h00 — **Exposé IV: Prévention et traitement de la diarrhée.** *Dr. Ekoe Tétanyé du Cameroun*

1. L'eau et autres liquides supplémentaires donnés à l'enfant pendant les six premiers mois -- Présentation des recherches et des implications.

2. Etude de réplication: **Cameroun**

51

3. Traitement et gestion nutritionnels des enfants diarrhéiques. *Dr. Youssouf Gamatié du Niger*

16h00 à 18h00 — **Travaux de groupes**[1]: Les participants se répartiront en groupes de travail pour discuter des obstacles à l'application des nouvelles données scientifiques et identifier des moyens pour surmonter ces obstacles. Introduction: *Professeur Ananivi Doh du Togo*

Groupe 1: Apport nutritionnel et dépense d'énergie pendant la grossesse.

Groupe 2: Soutien nutritionnel et social pour les femmes post-partum.

Groupe 3: La croissance des nourrissons exclusivement allaités au sein.

Groupe 4: La femme qui travaille à l'extérieur et l'allaitement exclusif.

Groupe 5: Les besoins de suppléments d'eau pour maintenir l'homéostase hydrique chez les nourrissons pendants les 4 à 6 premiers mois.

Groupe 6: Prévention et traitement de la diarrhée.

18h30 à 20h00 — "Cocktail"

Exposition du matériel éducatif de chaque pays. *Dr. Etsri Akolly du Togo*

MERCREDI 11 septembre

08h30 à 08h45 — **Définition de l'allaitement maternel exclusif.** *Dr. Ekoe Tétanyé du Cameroun*

08h45 à 10h00 — Présentation du rapport des travaux du 2ème jour et du rapport des travaux de groupes.

10h00 à 10h30 — **Exposé V: Diversification alimentaire.** *Professeur Runesha Muderhwa du Zaïre*

---

[1] Les rapporteurs pour chaque discussion seront nommés pendant la séance de travail. A la fin de tous les débats et discussions, les rapporteurs récapituleront les discussions et réactions des groupes.

- 92

1. Les besoins physiologiques chez l'enfant et les indices pour l'élaboration d'un horaire en vue de leur satisfaction. Mode de croissance des enfants uniquement allaités au sein, indicateurs de comportement (résultats de recherches et implications).

2. Problèmes d'une alimentation complémentaire tardive et insuffisante en nutriments.

10h30 à 10h45 — Pause Café

10h45 à 12h00 — **Discussion guidée par un groupe d'experts**: Recherches et programmes visant à encourager une bonne croissance et de bonnes pratiques de sevrage: expérience des pays. *Dr. Eléonore Seumo Fosso du Cameroun, Dr. Colette Geslin du Niger, Mlle Kinday Samba de la Gambie, Mme Dandara Touré Kanté du Mali et M. Jean Parfait Douamba du Burkina Faso*

DEJEUNER ET APRES-MIDI LIBRE

JEUDI 12 septembre

08h30 à 08h45 — Présentation du rapport des travaux du 3ème jour.

08h45 à 09h15 — **Définition de programmes d'action: Préambule.** Vidéo: Préserver une ressource naturelle. *Mme Kristin Cooney des Etats-Unis*

09h15 à 10h30 — **Discussion guidée par un groupe d'experts**: Intégration des activités de nutrition dans les programmes de PF, LCMD, SSP intégré, et dans les formations sanitaires. *Mme Kristen Cooney, Mme Margaret Parlato et Mme Bibi Essama des Etats-Unis, Dr. Joseph Andoh de la Côte d'Ivoire, Dr. Adama Koné du Sénégal, Professeur M. Kader Kondé de la Guinée.*

10h30 à 11h00 — Pause café et constitution des groupes

11h00 à 12h30 — **Travaux de groupes**: Les participants se répartiront en groupes de travail pour formuler des avant-projets de recommendation pour le renforcement des programmes complémentaires à l'alimentation optimale du nourrisson, notamment les soins prénatals et périnatals, la nutrition, les services de PF et la prévention et le traitement des maladies les plus courantes chez les mères et les enfants.

Groupe 1:	Intégration des activités pour l'alimentation optimale du nourrisson dans les programmes de SSP: MCH/PF, LCMD, IRA, PEV.
Groupe 2:	Intégration des activités pour l'alimentation optimale du nourrisson dans les programmes de nutrition communautaire
Groupe 3:	Assurance des prestations de maternité respectant les *Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel* (OMS/UNICEF).
Groupe 4:	Révision des programmes de formation destinés à tout le personnel de santé, y compris médecins, infirmières, sage-femmes et agents de santé primaire.
Groupe 5:	Intégration des objectifs opérationnels pour la promotion de l'allaitement maternel dans les politiques nationales de la santé et du développement.
Groupe 6:	Promulgation de lois protégeant le droit de la femme qui travaille d'allaiter son enfant et élaboration de mesures pour assurer leur application. Mise en vigueur du code de marketing.

Déjeuner (Libre)

14h30 à 15h30 Rapport des travaux de groupes

15h30 à 17h00: **Présentation des bailleurs de fonds: intérêts, politiques et priorités. Exemples de programmes financés récemment.**

- OMS
- UNICEF
- FAO
- IBFAN
- RENA
- USAID

L'Institut de la Santé Reproductive de l'Université de Georgetown, Washington, D.C., Etats-Unis

Formation de Spécialistes de la Lactation: Wellstart, San Diego

Projet de Soutien de la Nutrition Maternelle et Infantile (WINS)

	Projet de Communication pour la Nutrition
	PRITECH
17h15 à 18h30	• **Travaux en commission (par pays) sur les projets relatifs aux thèmes de la conférence.** (Moment où les équipes nationales discutent des plans de travail avec les bailleurs de fonds et les animateurs techniques.)
	• Travaux préparatoires pour les recommendations du Forum par le sous-comité.
20h00	Soirée "Voudou"

VENDREDI 13 septembre

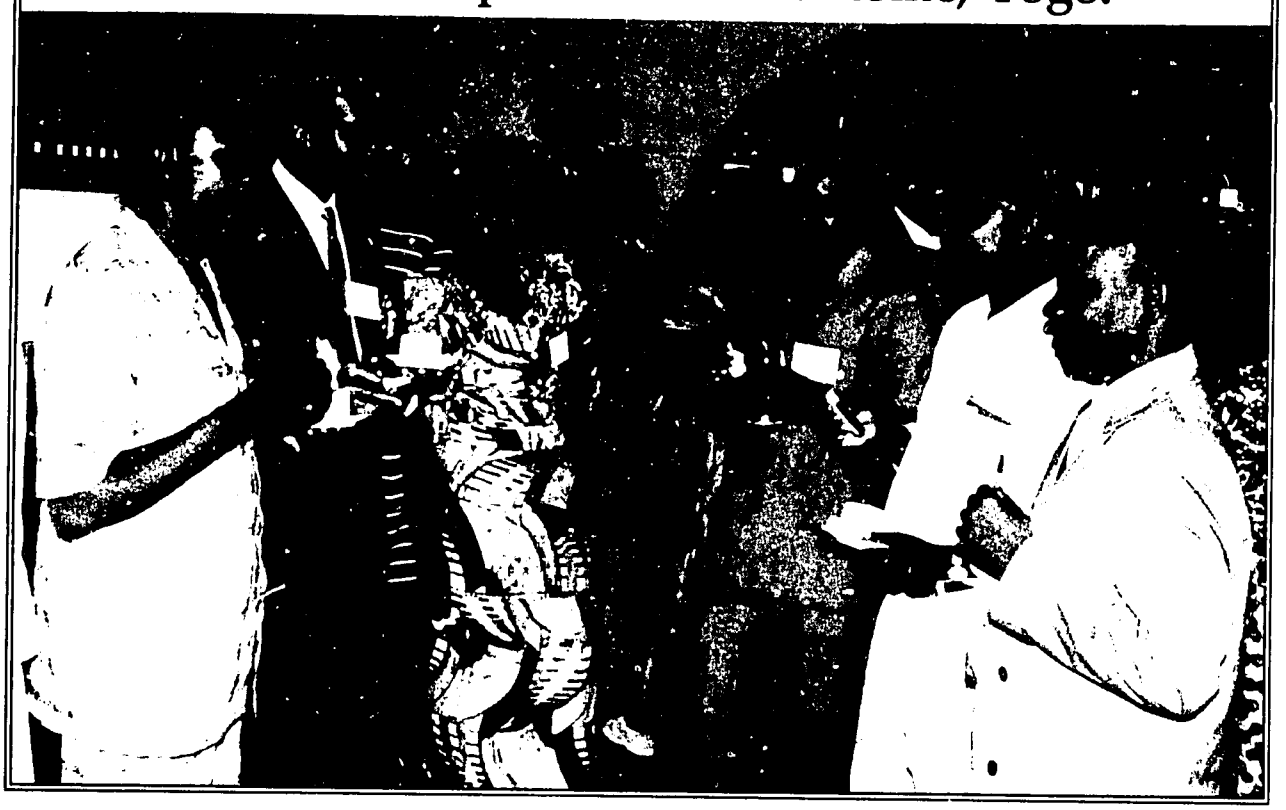
08h30 à 09h00	**Discussion de l'allaitement maternel et HIV.** *Dr. Amsagana Boukar du Niger*
09h00 à 12h00	**Travaux en commission** (suite)
	Bailleurs de fonds et animateurs disponibles pour des discussions individuelles avec les éléments nationales, sur la planification des futures étapes et les possibilités de proposition/financement/assistance technique.
Déjeuner	(Libre)
14h00 à 14h30	Présentation du rapport des travaux du 4ème jour
14h30 à 15h30	Rapport des travaux en commission
15h30 à 16h00	Conclusions et recommandations du forum (en réponse à la *Déclaration d'Innocenti*)
16h00 à 16h30	Les actions proposées: Président
16h30 à 17h00	**Séance de Clôture**
17h00 à 17h30	Présentation finale et ratification des recommendations
19h00 à 20h30	**Réception**

55

ANNEXE DEUX

Liste des participants

Liste des participants qui ont assisté au Forum International pour l'Afrique Francophone *"Alimentation du Nourrisson et Survie de l'Enfant"* du 9 au 13 septembre 1991 à Lomé, Togo.



REPRESENTANTS REGIONAUX

BURKINA FASO

Mme Binta Barry
Coordinatrice Nationale
Association pour la Promotion de l'Alimentation Infantile au Burkina (APAB)
01 Boîte Postale 6287 Ouagadougou 01
Ouagadougou, Burkina Faso
Tél: (226)30-68-74

M. Jean Parfait Douamba
Nutritionniste
Direction de la Santé de la Famille
Ministère de la Santé, de l'Action Sociale et de la Famille
03 Boîte Postale 7247 Ouagadougou 03
Ouagadougou, Burkina Faso
Tél: (226)30-68-64

M. Mathias Hien
Secrétaire Général
Ministère de la Santé, de l'Action Sociale et de la Famille
03 Boîte Postale 7009 Ouagadougou 03
Oagadougou, Burkina Faso
Tel.: (226)30-78-59

M. Léon Sanon
Nutritionniste
Direction de la Santé de la Famille
Ministère de la Santé, de l'Action Sociale et de la Famille
03 Boîte Postale 7247 Ouagadougou 03
Ouagadougou, Burkina Faso
Tél: (226)30-68-64

M. Jean Celestin Somda
Nutritionniste
Direction de la Santé de la Famille
Ministère de la Santé, de l'Action Sociale et de la Famille
03 Boîte Postale 7247 Ouagadougou 03
Ouagadougou, Burkina Faso
Tél: (226)30-68-64

58

M. Guy Yoda
Directeur du Service de l'Education pour la Santé et Assainissement
Ministère de la Santé, de l'Action Sociale et de la Famille
Boîte Postale 2519
Ouagadougou, Burkina Faso
Tél: (226)38-68-27
(226)33-62-52

Mme Bintou Zampaligre
Directrice de la Reinsertion Sociale
Minitère de la Santé, de l'Action Sociale et de la Famille
03 Boîte Postale 7009 Ouagadougou 03
Ouagadougou, Burkina Faso
Tél: (226)31-13-65

M. Petit-Jean Zerbo
Médecin
Ministère de la Santé, de l'Action Sociale et de la Famille
03 Boîte Postale 7009 Ouagadougou 03
Ouagadougou, Burkina Faso
Tél: (226)30-87-90

Agence des Etats-Unis pour le Développement International, USAID/Ouagadougou

Mme Neen Alrutz
Conseillère Technique pour la Survie de l'Enfant
Agence des Etats-Unis pour le Développement International
01 Boîte Postale 35 Ouagadougou 01
Ouagadougou, Burkina Faso
Tél: (226)30-68-08

CAMEROUN

M. Jean Claude Lowe
Médecin Nutritionniste
Ministère de la Santé Publique
B.P. 1976
Yaoundé, Cameroun
Tél: (237)22-36-38

M. Emmanuel Che Mbaniko
Technicien Supérieur en Soins Infirmiers
Direction de la Médecine Préventive Rurale/Programme LMD
Ministère de la Santé Publique
Yaoundé, Cameroun
Tél: (237)22-44-19
Fax: (237)23-33-84

Mme Colette Mbella
Technicienne Supérieure en Soins Infirmiers
Ministère de la Santé Publique/Programme LMD
Yaoundé, Cameroun
Tél: (237)22-44-19
Fax: (237)23-33-84

Mme Grace Ningo
Nutritionniste
Institute of Animal Research (IRZ)
Yaoundé, Cameroun
Tél: (237)23-13-18

Mme Olayinka M. Njikem Savage
Anthropologiste
Université de Yaoundé
B.P. 337
Yaoundé, Cameroun
Tél: (237)23-12-60

M. Ekoe Tétanyé
Chef du Service de Pédiatrie
Service de la Pédiatrie
Hôpital Central de Yaoundé
Yaoundé, Cameroun
Tél: (237)22-50-84
Fax: (237)23-35-93

CARE International

Mme Eléonore Seumo-Fosso
Coordinateur de Santé
CARE International
Boîte Postale 422
Yaoundé, Cameroun
Tél: (237)21-17-14
Fax: (237)23-51-87

60'

PRITECH

Mme Agma Prins
Administratrice de Programmes
PRITECH
c/o USAID/Yaoundé
B.P. 817
Yaoundé, Cameroun
Tél: (237)23-33-84
(237)22-44-19

M. Hugh Waters
Représentant de PRITECH au Cameroun
PRITECH
c/o USAID/Yaoundé
Boîte Postale 817
Yaoundé, Cameroun
Tél: (237)23-33-84
(237)22-44-19

COTE D'IVOIRE

M. Kock Claudine Adou-Lath
Médecin
I.N.S.P.
Boîte Postale V47
Abidjan, Côte d'Ivoire
Tél: (225)22-44-04

M. Tebi Ambroise
Médecin - Nutritionniste
I.N.S.P.
Boîte Postale V47
Abidjan, Côte d'Ivoire
Tél: (225)22-44-04

M. Joseph Andoh
Pédiatre
CHU Treichville
Boîte Postale V13
Abidjan, Côte d'Ivoire
Tél: (225)42-33-34
Fax: (225)25-70-85

M. Emmanuel Ezan
Directeur de Cabinet
Ministère de la Santé et de la Protection Sociale
01 Boîte Postale 259 Abidjan 01
Abidjan, Côte d'Ivoire
Tél: (225)21-43-26
Fax: (225)21-10-85

CERCOM

M. Hugues Koné
Directeur
CERCOM
Université Nationale de Côte d'Ivoire
Boîte Postale V34
Abidjan, Côte d'Ivoire
Tél: (225)44-30-31

GAMBIE

Mlle Kinday Samba
Nutritionniste
Association Gambienne de l'Alimentation et de la Nutrition
PMB 111, GAFNA
Kanifing South, Serre Kunda
The Gambia
Tél: 90433
Fax: 90435

GUINEE

M. Mohamed Kader
Chef de la Division Alimentation et Nutrition
Ministère de la Santé Publique et de la Population
Boîte Postale 585
Conakry, Guinée
Tél: (202)46-19-29

62

M. Mandy Kader Kondé
Directeur Général de la Santé
Ministère de la Santé Publique et de la Population
Boîte Postale 585
Conakry, Guinée
Tél: (224)44-20-10
Fax: (224)44-23-13

Mme Antoinette Helal
Responsable du Programme de la Maladie Diarrhéique
Ministère de la Santé Publique et de la Population
Boîte Postale 585
Conakry, Guinée
Tél: (224)44-20-10
Fax: (224)44-23-13

MALI

Mme Touré Fatoumata Diallo
Médecin de la Division de Santé Familiale et Communautaire
Ministère de la Santé Publique et de la Promotion Féminine
Boîte Postale 1149
Bamako, Mali
Tél: (223)22-45-26

Mme Tony Fatimata
Division de Santé Familiale et Communautaire
Boîte Postale 1149
Bamako, Mali
Tél: (223)22-45-26

M. Mamadou Kanté
Directeur
Centre National IEC
Ministère de la Santé Publique
Bamako, Mali
Tél: (223)22-54-93

M. Boré Mountaga
Médecin
Ministère de la Santé Publique, de l'Action Sociale et de la Promotion Féminine
Direction Nationale Santé Publique - Division Santé Familiale et Communautaire
Bamako, Mali
Tél: (223)22-45-26

67

M. Baba Traoré
Chef de la Division de Planification Familiale
CERPOD
Boîte Postale 1530
Bamako, Mali
Tél: (223)22-30-43
(223)22-80-86
(223)22-96-42 (M)

Agence des Etats-Unis pour le Développement International, USAID/Bamako

Mme Macalou Fanta Ouane
Coordinatrice du Projet Survie de l'Enfant
USAID
Boîte Postale 34
Bamako, Mali
Tél: (223)22-36-02

Projet de Communication pour la Nutrition (NCP)

Mme Dandara Touré Kanté
Nutritionniste, NCP
s/c USAID, GDO
Boîte Postale 34
Bamako, Mali
Tél: (223)22-36-02
Fax: (223)22-39-33

NIGER

M. Guida Alzouma
Coordinateur du Programme National de la Maladie Diarrhéique
Ministère de la Santé Publique
Boîte Postale 623
Niamey, Niger
Tél: (227)72-30-67

M. Amsagana Boukar
Ministère de la Santé
Boîte Postale 623
Niamey, Niger
Tél: (227)74-07-90
(227)74-06-44

M. Youssouf Gamatié
Pédiatre
Chef de Service de Pédiatrie
Hôpital National de Niamey
Boîte Postale 2131
Tél: (227)74-02-76

M. Hamani Harouna
Chef de la Division de Nutrition
Ministère de la Santé Publique
Boîte Postale 647
Niamey, Niger
Tél: (227)72-33-07

M. Abdou Moha
Secrétaire Général
Ministère de la Santé Publique
Boîte Postale 12620
Niamey, Niger
Tél: (227)72-27-82
(227)74-03-20

M. Bachir Sabo
Chef de la Division de l'Education de la Santé
Ministère de la Santé Publique
Boîte Postale 623
Niamey, Niger
Tél: (227)73-40-20

Agence des Etats-Unis pour le Développement International, USAID/Niamey

Mme Sylva Etian
Conseillère Technique pour la Survie et la Nutrition de l'Enfant
USAID
s/c Ambassade Americaine
Boîte Postale 11201
Niamey, Niger
Tél: (227)72-30-49
(227)72-39-18

65

PRITECH

Mme Colette Geslin
Médecin Représentante de PRITECH au Niger
Ministère de la Santé Publique
Boîte Postale 623
Niamey, Niger
Tél: (227)72-30-67

RWANDA

M. Sosthène Bucyana
Directeur de la Médecine Intégrée
Ministère de la Santé Publique
Boîte Postale 84
Kigali, Rwanda
Tél: (250)74866
Fax: (250)76309

SENEGAL

M. Bilal Fall
Chef de la Division d'Education et de Communicatio
Ministère de la Santé Publique
Immeuble Vendôme - Point E
Dakar, Sénégal
Tél: (221)25-55-13

M. Boubacar Camara
Assistant Chef de Clinique
Institut de Pédiatrie Sociale
Université de Dakar
HLM 5 No. 2225D, Immeuble Q
Dakar, Sénégal
Tél: (221)34-01-01 (O)
(221)25-16-25 (M)

M. Malang Coly
Médecin Chef de la Région de FATICK
Ministère de la Santé Publique
s/c Direction de la Santé - Immeuble Vendôme - Point E
Dakar, Sénégal
Tél: (221)24-36-28

M. Amadou Moctar Mbaye
Chef du Service de l'Alimentation et de Nutrition
Ministère de la Santé
Immeuble Vendôme - Point E
Dakar, Sénégal
Tél: (221)24-75-49

PRITECH

M. Abdou Fall
Consultant
PRITECH
Bureau Régional du Sahel
Boîte Postale 3746
Rue 3X et Boulevard de l'Est, Point E
Dakar, Sénégal
Tél: (221)25-30-47
Fax: (221)24-24-78

Dr. Adama Koné
Directeur Adjoint
PRITECH
Bureau Régional du Sahel
Boîte Postale 3746
Rue 3X et Boulevard de l'Est, Point E
Dakar, Sénégal
Tél: (221)25-30-47
Fax: (221)24-24-78

M. Mamadou Sené
Formateur
PRITECH
Bureau Régional de Sahel
Boîte Postale 3746
Rue 3X et Boulevard de l'Est, Point E
Dakar, Sénégal
Tél: (221)25-30-47
Fax: (221)24-24-78

Agence des Etats-Unis pour le Développement International, USAID/Dakar

Mme Fatimata Hane Sy
Nutritionniste
USAID
Boîte Postale 49
Dakar, Sénégal
Tél: (221)23-97-53
(221)23-29-65

World Vision

M. Anne Amadou Samba
Assistant
World Vision Sénégal
Boîte Postale 325 Louga
Louga, Sénégal
Tél: (221)67-13-35
Fax: (221)67-14-40

TOGO

M. Yaovi Adjaka
Direction de la Nutrition et Technique Alimentaire
B.P. 1242
Lomé, Togo

M. Ananivi Doh
Organisation de Coordination et de Coopération pour la
Lutte Contre les Grande Endémies (O.C.C.G.E.)
Antenne Régionale de Nutrition
Place des Nations Unies
Boîte Postale 7980
Lomé, Togo
Tél: (228)21-57-32
Fax: (228)21-78-32

Soeur Claire François
Association Togolaise/Groupe Nutrition
B.P. 7980, O.C.C.G.E.
Lomé, Togo

M. Nagbandja Kampatibe
Chef de Pédiatrie
Centre Hospitalier Universitaire/Tokoin
B.P. 336
Lomé, Togo

M. Kolka Kanfor-Lare
Chef du Départment Santé/Nutrition
C.R.S. (CATHWEL)
B.P. 173
Lomé, Togo

M. Siamevi Komla
Directeur-Général de la Santé
Ministère de la Santé Publique
B.P. 336
Lomé, Togo

M. Aboudou Latifou Salami
Chef de la Division Mère et Enfant
Ministère de la Santé Publique
B.P. 336
Lomé, Togo

Mme Dovi Moustapha
Département Nutrition
Division Mère et Enfant
Ministère de la Santé Publique
B.P. 6214
Lomé, Togo

Mme Gazaro Wéré
Direction de la Nutrition et Technique Alimentaire
B.P. 1242
Lomé, Togo

UNICEF

Mme Dina de Souza-Dumond
Administratrice de Programmes
UNICEF
B.P. 911
Lomé, Togo

ZAIRE

M. Runesha Muderhwa
Nutritionniste
CEPLANUT
35, Avenue du Comité Urbain
Boîte Postale 2429, Kinshasa I
Kinshasa, Zaïre
Tél: (243)31760

10

REPRESENTANTS INTERNATIONAUX

AGENCE DES ETATS-UNIS POUR LE DEVELOPPEMENT INTERNATIONAL

A.I.D./WASHINGTON

Mme Eunyong Chung
Conseillère en Nutrition
Bureau de Nutrition
A.I.D.
Washington, DC 20523
Tél: (703)875-4874

Mme Hope Sukin
Conseillère en Nutrition
Bureau de l'Afrique
A.I.D.
Washington, DC 20523
Tél: (202)647-4377

PROJETS FINANCES PAR A.I.D.

INSTITUT DE LA SANTE REPRODUCTIVE DE L'UNIVERSITE DE GEORGETOWN

Mme Kristin Cooney
Directrice Adjointe
Institute for Reproductive Health, Georgetown University
Department of OB/GYN
3800 Reservoir Road, N.W. PHC 3
Washington, DC 20007
Tél: (202)687-1392
Fax: (202)687-6846

71

PROJET DE COMMUNICATION POUR LA NUTRITION (NCP)

Mme Jeanine Daniels
Manager de la Conférence
NCP/PRITECH
1255 23rd Street, N.W.
Washington, DC 20037
Tél: (202)862-8830
Fax: (202)862-1947

Mme Claudia Fishman
Directrice Adjointe, NCP
AED
1255 23rd Street, N.W.
Washington, DC 20037
Tél: (202)862-1990
Fax: (202)862-1947

Mme Kimberly Forsyth
Associée, NCP
AED
1255 23rd Street, N.W.
Washington, DC 20037
Tél: (202)862-1916
Fax: (202)862-1947

M. Peter Gottert
Responsable des Programmes en Afrique, NCP
AED
1255 23rd Street, N.W.
Washington, DC 20037
Tél: (202)862-1920
Fax: (202)862-1947

Mme Margaret Parlato
Directrice, NCP
AED
1255 23rd Street, N.W.
Washington, DC 20037
Tél: (202)862-1279
Fax: (202)862-1947

12

PROJET DE SOUTIEN POUR LA NUTRITION DE LA FEMME ET DU NOURRISSON (WINS)

Mme Bibi Essama
Directrice du projet
WINS Project
EDC
1250 24th Street, N.W.
Washington, DC 20037
Tél: (202)466-0540
Fax: (202)223-4059

Mme Joanne Leslie
WINS Consultante Technique
Conférencier - Professeur
UCLA School of Public Health
Department of Community Health Sciences
Los Angeles, CA 90024
Tél: (213)454-6463
Fax: (213)459-0197

PROJET DE SOUTIEN SUR LE TERRAIN POUR LA VITAMINE A (VITAL)

M. Mohammed Mansour
Conseiller Technique pour la Région d'Afrique
VITAL
1601 North Kent Street
Suite 1016
Arlington, VA 22209
Tél: (703)841-0659
Fax: (703)841-1597

TECHNOLOGIES POUR LES SOINS DE SANTE PRIMAIRES (PRITECH)

Mme Lisa Dipko
Associée en Information
PRITECH
1925 North Lynn Street
Suite 400
Arlington, VA 22209
Tél: (703)516-2539
Fax: (703)525-5070

Mme Nancy Keith
Consultante
PRITECH/NCP
1234 North Fairview
Lansing, MI 48912
Tél: (517)482-5772
Fax: (517)484-1510

Mme Martita Marx
Directrice Adjointe des Recherches et de Développement
PRITECH
1925 North Lynn Street
Suite 400
Arlington, VA 22209
Tél: (703)516-2555
Fax: (703)525-5070

WELLSTART

Mme Anne Brownlee
Coordinatrice d'Evaluation des activités sur le terrain
WELLSTART
4062 First Avenue
San Diego, CA 92103
Tél: (619)295-5192
Fax: (619)294-7787

ORGANISATIONS INTERNATIONALES

CREATIVE ASSOCIATES INTERNATIONAL, INC. (CAII)

Mme Annice Brown
Coordinatrice des Logistiques
CAII
5301 Wisconsin Avenue, N.W.
Suite 700
Washington, DC 20015
Tél: (202)966-5804
Fax: (202)363-4771

Mlle M. Elsie Sanon
Coordinatrice des Logistiques
CAII
5301 Wisconsin Avenue, N.W.
Suite 700
Washington, DC 20015
Tél: (202)966-5804
Fax: (202)363-4771

Mme Derry Velardi
Coordinatrice des Logistiques
CAII
5301 Wisconsin Avenue, N.W.
Suite 700
Washington, DC 20015
Tél: (202)966-5804
Fax: (202)363-4771

FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE (UNICEF)

Mme Michelle de Rosset
Productrice d'Emissions Radiophoniques
Consultante UNICEF
314E 41st Street
New York, NY 10017
Tél: (212)697-6579

ORGANISATION DES NATIONS-UNIES POUR L'ALIMENTATION ET L'AGRICULTURE (FAO)

Mme Béatrice Sénémaud
Nutritionniste - Médecin
Service des Programmes de Nutrition
FAO, Nations Unies
Via Delle Terme Di Caracalla
Rome, Italie 00100
Tél: 39-06-57975424 ou 57975494
Fax: (06)5782610 ou 39-06-57973152

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS)

Mme Isabelle de Zoyza
Coordinatrice des Recherches
Programme de Contrôle de la Maladie Diarrhéique
Organisation Mondiale de la Santé
Avenue Appia, 1211
Genève 27
Suisse
Tél: 41-22-791-21-11

RESEAU DE L'EDUCATION POUR LA NUTRITION EN AFRIQUE (RENA)

M. Michel Andrien
Chercheur
Service de Technologie de l'Education (STE)
Université de Liège
Sart Tilman B 32
4000 Liège 1
Belgique
Tél: 41-713724
41-562944

RESEAU INTERNATIONAL POUR L'ALIMENTATION DU NOURRISSON (IBFAN)

Mlle Alison Linnecar
Coordinatrice
International Baby Food Action Network
C.P. 157 1211
Geneve 19, Suisse
Tél: 41-22-798-91-64
Fax: 41-22-791-00-34

UNIVERSITE DE TULANE

M. Shawn Baker
Département de l'Epidémiologie
Université de Tulane
1501 Canal Street
Suite 1300
New Orleans, LA 70112
Tél: (504)584-3655
Fax: (504)584-3653

- 76

ANNEXE TROIS

Déclaration d'Innocenti sur la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel

DECLARATION D'INNOCENTI

sur la protection,
l'encouragement
et le soutien de
l'allaitement maternel

1er août 1990
Florence (Italie)

RECONNAISSANT que:

L'allaitement maternel constitue un moyen sans égal de nourrir l'enfant qui:

• assure aux nourrissons une alimentation idéale qui favorise leur croissance et leur bon développement;

• réduit l'incidence et la gravité des maladies infectieuses, faisant ainsi baisser la morbidité et la mortalité infantiles;

• contribue à la santé des femmes en réduisant le risque de cancer du sein et de l'ovaire, et en augmentant l'intervalle entre les grossesses;

• apporte des avantages sociaux et économiques à la famille et à la nation;

• donne un profond sentiment de satisfaction à la plupart des femmes pour qui l'expérience est réussie;

et que de récentes recherches ont prouvé que:

• ces avantages augmentent si les nourrissons sont exclusivement nourris au sein[1] pendant les six premiers mois de la vie, et si, par la suite, la mére continue de les allaiter tout en leur donnant une alimentation de complément; et que

• certaines interventions peuvent modifier de façon positive les attitudes vis-à-vis de l'allaitement maternel;

La Déclaration d'Innocenti a été elaborée et adoptée par les participants à la réunion OMS/UNICEF sur "L'allaitement maternel dans les années 90: une initiative mondiale", coparrainée par l'Agence pour le développement international des Etats-Unis (A.I.D.) et l'Agence suédoise de développement international (SIDA), qui s'est tenue au Spedale Degli Innocenti, à Florence (Italie) du 30 juillet au 1er août 1990. La Déclaration reflète le contenu du document de base établi pour la réunion et les opinions exprimées pendant les sessions de groupe et les sessions plénières.

NOUS DECLARONS PAR CONSEQUENT que

Dans le but d'assurer une santé et une nutrition optimales aux mères et aux enfants dans le monde entier, il faudrait que chaque femme ait la possibilité de nourrir son enfant au sein exclusivement et que chaque nourrisson soit nourri exclusivement au lait maternel de la naissance jusqu'à l'âge de 4 à 6 mois. Par la suite, il faudrait que les enfants continuent d'être nourris au sein, tout en recevant une alimentation de complément appropriés et adéquats, jusqu'à l'âge de 2 ans et au-delà. Pour atteindre cet idéal en ce qui concerne l'alimentation des enfants, il faudrait sensibiliser le public de manière à créer un climat de soutien approprié afin que les femmes nourrissent leurs enfants de cette manière.

La réalisation de cet objectif nécessite, dans de nombreux pays, le renforcement d'une "civilisation de l'allaitement maternel", énergiquement défendue contre l'incursion d'une "civilisation du biberon". Ceci suppose un engagement et un plaidoyer en faveur de la mobilisation sociale, tirant parti au maximum du prestige et de l'autorité des dirigeants reconnus à tous les niveaux de la société.

Il faudrait s'efforcer de donner aux femmes plus de confiance dans leur aptitude à pratiquer l'allaitement au sein. Ceci suppose l'élimination des contraintes et des influences qui agissent sur les idées et les attitudes vis-à-vis de l'allaitement maternel, souvent par des moyens subtils et indirects. Il faut pour cela faire preuve de sensibilité et d'une vigilance continue et appliquer une stratégie globale et adaptée de communication faisant intervenir tous les médias et— s'adressant à tous les niveaux de la société. De plus, il faut supprimer les obstacles à l'allaitement maternel au niveau des services de santé, du lieu de travail et de la collectivité.

Des mesures devraient être prises pour faire en sorte que les femmes soient nourries de façon adéquate dans l'intérêt de leur santé et de la santé de leur famille. De plus, il faudrait veiller également à ce que toutes les femmes aient accès à des informations et à des services en matière de planification de la famille afin de pouvoir pratiquer l'allaitement au sein et éviter des grossesses trop rapprochées qui risquent de compromettre leur santé et leur état nutritionnel ainsi que la santé de leurs enfants.

Tous les gouvernements devraient élaborer des politiques nationales en matière d'allaitement maternel et fixer des objectifs nationaux appropriés pour les années 90. Ils devraient mettre en place un système national permettant de contrôler la réalisation des objectifs fixés, et définir des indicateurs tels que le pourcentage de nourrissons nourris exclusivement au sein à la sortie de la maternité et le pourcentage de nourrissons nourris exclusivement au sein à l'âge de 4 mois.

Les autorités nationales sont en outre instamment invitées à intégrer leurs politiques en matière d'allaitement maternel à leur politique générale dans les domaines de la santé et du développement. Ce faisant, elles devraient renforcer toutes les activités de nature à protéger, encourager et soutenir l'allaitement maternel dans le cadre de programmes complémentaires intéressant notamment les soins prénatals et périnatals, la nutrition, les services de planification de la famille et la prévention et le traitement des maladies les plus courantes chez les mères et les enfants. Tout le personnel de santé devrait recevoir la formation nécessaire pour pouvoir mettre en oeuvre ces politiques en matière d'allaitement maternel.

[1] C'est à dire qu'aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel n'est donné au nourrisson; le nourrisson devrait teter fréquemment et sans limitation de durée;

[2] Organisation mondiale de la santé, Genève, 1989.

OBJECTIFS OPERATIONNELS:

Il faudrait que d'ici 1995 chaque gouvernement ait:

- désigné un coordonnateur national doté de pouvoirs appropriés et créé un comité national multisectoriel pour la promotion de l'allaitement maternel, composé de représentants des services gouvernementaux compétents, d'organisations non gouvernementales et d'associations professionnelles dans le domaine de la santé;
- fait en sorte que chaque établissement assurant des prestations de maternité respecte pleinement les *Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel* énoncées dans la déclaration[2] conjointe de l'OMS et de l'UNICEF intitulée "Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel: le rôle spécial des services liés à la maternité";
- pris des mesures pour mettre en oeuvre intégralement les principes et l'objectif de tous les articles du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et les résolutions pertinentes adoptées ultérieurement par l'Assemblée mondiale de la santé; et
- promulgué des lois novatrices protégeant le droit des femmes qui travaillent d'allaiter leur enfant et adopté des mesures pour assurer leur application.

Nous faisons également appel aux organisations internationales pour qu'elles:

- élaborent des stratégies d'action en vue de la protection, de l'encouragement et du soutien de l'allaitement maternel, y compris le suivi et l'évaluation, au niveau mondial, de leur application;
- donnent leur appui à la réalisation d'analyses et d'études sur la situation au niveau des pays et à la définition d'objectifs nationaux et de buts pour l'action;
- encouragent et appuient les activités des autorités nationales intéressant la planification, l'exécution, le suivi et l'évaluation de leurs politiques en matière d'allaitement maternel.

- 80

GOUVERNEMENTS PARTICIPANT:

Dr. M. Q. K. Talukder
Bangladesh
Dr. Marcos Candau
Bresil
Dr. Patricio Silva Rojas
Chilie
Dr. Wang Feng-Lan
Chine
Dr. Guan Yuan Zi
Chine
Dr. Daniel Arenas Reyes
Colombie
Dr. Plutarco Naranjo Vargas
Equateur
Colonel Dr. Getachew Tadesse
Ethiopie
Dr. Ruth de Arango
Guatemala
M. Teófilo Martel Cruz
Honduras
M. Jagdish C. Jetli
Inde
Mlle. Mira Seth
Inde
Mme. A. Sulasikin Murpratomo
Indonésie
Dr. Soepardan Soerjohoedojo
Indonésie
Dr. Widyasuti Wibisana
Indonésie
Dr. Su Haryono
Indonésie
Dr. Alireza Marandi
Iran
M. Ivo Butini
Italie
Dr. Joseph Andoh
Côte d'Ivoire
Dr. Mámoun Máabreh
Jordanie
Dr. Samir Awamleh
Jordanie
Dr. Joseph S. Oliech
Kenya
Dr. Suzanne Bocoum
Mali
Dr. J. Ramphul
Ile Maurice
Dr. Yolanda Senties
Mexique
*Dr. Olikoye Ransóme-Kuti
Nigeria
Dr. Adenike Grange
Nigeria
M. S. A. H. Kazmi
Pakistan
Dr. Syed Tariq Sohail
Pakistan
M. Piotr Mierzewski
Pologne
Dr. Fanny Friedman
Swaziland
Dr. Qhing Qhing Dlamini
Swaziland
Dr. J. W. Temba
Tanzanie
Dr. Dhatchai Mungkandi
Thailande
Dr. Tomris Turmen
Turquie
Dr. Petronella Clarke
Royaume Uni
Mlle. Dora Henschel
Royaume Uni
Dr. Audrey Hart Nora
Etats Unis d'Amérique
Dr. Ngandu-Kabeya Dibandala
Zaïre
Dr. Timothy Stamps
Zimbabwe

*(*Président de séance.*)

81

UNICEF
M. James P. Grant
Dr. Nyi Nyi
Dr. James Himes
Dr. Urban Jonsson
Dr. J. Peter Greaves
Mme. Margaret Kyenkya-Isabirye
Mlle. Agnes Aidoo

US A.I.D.
Dr. Nancy Pielemeier
Dr. Mary Ann Anderson
Dr. Nina Schlossman
Dr. James Shelton
Dr. Janet Tognetti
Dr. Miriam Labbok

UNFPA
Dr. Nafis Sadik

PNUD
M. Aldo Ajello

COMITÉS NATIONAUX UNICEF
Dr. Arnoldo Farina

OMS
Dr. Hu Ching-Li (au nom de Dr. Hiroshi Nakajima)
Dr. Angèle Pétros-Barvazian
Dr. Mark Belsey
Dr. Elisabet Helsing
Mme. Randa Saadeh
Dr. Djamil Benbouzid
Dr. Jim Tulloch
Dr. Marina Rea

SIDA
M. Nils Öström
M. Ted Greiner
M. Göran Sterky

UK ODA
Mlle. Margaret Pollock

FAO
M. Paul Lunven

PAM
Mlle. Judit Katona-Apte

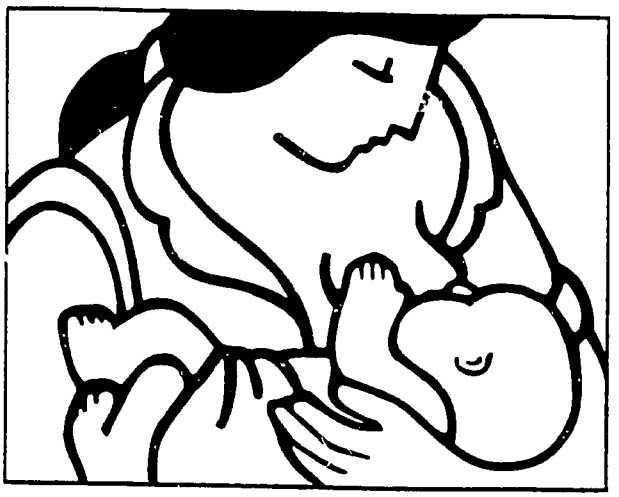
BANQUE MONDIALE
M. Alan Berg

Pour de plus amples informations prière de contacter
UNICEF, Section Nutrition (H-8F)
3 United Nations Plaza, New York, N.Y. 10017

82

ANNEXE QUATRE

Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel



Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel

Tous les établissements qui assurent des prestations de maternité et des soins aux nouveau-nés devraient:

1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.

2. Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en oeuvre cette politique.

3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique.

4. Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance.

5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.

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

7. Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour.

8. Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant.

9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.

10. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

ANNEXE CINQ

Bibliographie de la conférence

85

BIBLIOGRAPHIE DE LA CONFERENCE

AID, OMS, OPS, Mothercare, Version abrégée: *Anthropométrie maternelle pour prédir l'aboutissement de la grossesse.* (Traduction de NCP.)

Akré, James, ed., 'Facteurs pouvant interférer avec l'allaitement maternel,' Chapître 2 in "Alimentation Infantile: Les Bases Physiologiques," in *Supplément au Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé,* Vol. 67, 198.

Akré, James, ed., 'Le développement physiologique du nourrisson et ses implications sur l'alimentation de complément,' chapître 3 in "Alimentation Infantile: Les Bases Physiologiques," in *Supplément au Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé,* Vol. 67, 1989.

Akré, James, ed., 'Lactation,' Chapître 1 in "Alimentation Infantile: Les Bases Physiologiques," in *Supplément au Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé,* Vol. 67, 1989.

Alnwick, D., Moses, S. & Schmidt, O.G., "Résumé" et "Résumé des communications," in Alnwick, D., Moses, S., et Schmidt, O.G., ed., *Pour améliorer l'alimentation des jeunes enfants en Afrique orientale et australe: une technologie à la portée des ménages,* Compte rendu d'un atelier tenu à Nairobi, Kenya du 12 au 16 octobre 1987, Centre de recherches pour le développement international, 1989, pp. i-iii, xii-xxi.

Badonte, Selom Tonouga & Johnson-Welch, Charlotte, "L'amélioration de la surveillance de la croissance: Rapport du Togo," in *Mères et enfants,* 1990, Vol. 9, No. 3, pp. 4-5.

Black, Robert E., *Hygiène alimentaire et prévention de la diarrhée,* Johns Hopkins University, 1988. (Traduction de NCP.)

Bradley, Janet, Baldwin, Sandy & Armstrong, Helen, "L'allaitement maternel, ressource alimentaire négligée pour le sevrage," in Alnwick, D., Moses, S., et Schmidt, O.G., ed., *Pour améliorer l'alimentation des jeunes enfants en Afrique orientale et australe: une technologie à la portée des ménages,* Compte rendu d'un atelier tenu a Nairobi, Kenya du 12 au 16 octobre 1987, Centre de recherches pour le développement international, 1989. pp. 8-38.

Brakohiapa, L.A., Yartey, J., Bille, A. et al, Résumé: "L'allaitement maternel prolongé a-t-il des conséquences négatives sur l'état nutritionnel de l'enfant?" in *Lancet* [Br.Ed.] 1988, 2, #8608, Aug: 416-448. (BCIE)[1]

---

[1] Les Bulletins du Centre International de l'Enfance. Nutrition de Santé Publique: Bibliographie Analytique. Centre International de l'Enfance, Paris.

96

Briend, A., Wojtyniak, B. & Rowland, M.G.M., Résumé: "Allaitement maternel, état nutritionel et survie des enfants dans les régions rurales du Bangladesh," in *British Medical Journal*, 1988, Vol. 296, No. 6626.

Briend, A., "Traitement et prévention de la malnutrition protéinoénergétique," Publication ORSTOM, 1986.

Brown, K.H., Dickin, K.L., Bentley, M.E., Oni, G.A., Obasaju, V.T., Esrey, S.A., Mebrahtu, S., Alade, I., et Stallings, R.Y. "La consommation de produits de sevrage à base de céréales fermentées dans l'Etat de Kwara, Nigeria," in Alnwick, D., Moses, S., et Schmidt, O.G., ed., *Pour améliorer l'alimentation des jeunes enfants en Afrique orientale et australe: une technologie à la portée des ménages*, Compte rendu d'un atelier tenu a Nairobi, Kenya du 12 au 16 octobre 1987, Centre de recherches pour le développement international, 1989. pp. 208-227.

Brown, Kenneth H. & Bentley, Margaret E., "Résultats d'un projet réalisé au Pérou: traitement alimentaire de la diarrhée," in *Mères et enfants*, Vol. 7, No. 3, pp. 1-5.

Brown, K.H., Akhtar, N.A., Robertson, A.D. & Ahmed, M.G., Résumé: "Capacité de lactation des mères à alimentation marginale: relation entre l'état nutritionnel de la mère et la composition approximative de son lait," in *Pediatrics*, Nov. 1986, Vol. 78, No. 5, pp. 909-19. (Traduction de NCP.)

Brown, Kenneth H., "L'Etat nutritionnel pendant le sevrage et ses relations avec la morbidité diarrhéique," Communication présentée lors de l'Atelier sur l'amélioration des pratiques en matière d'alimentation du nourrisson pour prévenir la diarrhée ou en réduire la sévérité: Axes de Recherche, Traduit par le Centre d'Information ORANA/PRITECH, Décembre 1989.

Cenac, A. & Diallo, S.B., "Le sevrage infantile en milieux Haoussa, Djerma et Peul: enquête rétrospective auprès des 268 mères dans le département de Niamey (Niger)," in *Médecine tropicale*, Vol. 47, No. 2, avril-juin 1987, pp. 161-166.

Chauliac, Michel & Masse-Raimbault, Anne-Marie, Extraits, in *L'Enfant en milieu tropical: état nutritionnel: interprétation des indicateurs*, 1989, Nos. 181-182, pp. 42-52. (CIE)

Chauliac, Michel & Masse-Raimbault, Anne-Marie, Extraits, in *L'Enfant en milieu tropical: vie des femmes: santé des mères*, 1985, No. 159, pp. 4-59. (CIE)

Commission médicale chrétienne, Conseil oecuménique des églises, *Contact: allaiter au sein pour sauver*, Nov. 1989, No. 102.

Davis, M.K., Savitz, D.A. & Graubard, B.I., Résumé: "Alimentation infantile et cancer dans l'enfance," in *The Lancet*, 1988, Vol. 2, No. 8607. (BCIE)

-87

Doh, A. & Agbangba, "Etude de la concentration en protides du lait de nourrices togolaises: étude comparée avec la date de lactation, l'âge et la parité," in [?], pp. 189-97.

_____, "Enoncé du consensus: L'allaitement comme méthode de planification familiale," in *The Lancet*, 1988, Vol. 2, No. 8621, traduit et reproduit avec l'autorisation du *Lancet* obtenu par Family Health International, Research Triangle Park, NC.

Eyong-Efobi J.B.T. et Tetany E. Résumé: Supplementation en eau et allaitement maternel exclusif dans les regions chaudes et arides de l'extreme-nord du Cameroun: Benefices et risques pour les nourrissons.

Feacham, R.G. & Koblinsky, M.A., "Interventions contre les maladies diarrhéiques du jeune enfant: promotion de l'allaitement maternel," original en anglais in *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé*, 1984, Vol. 62, pp. 271-291.

Field, M., Greenough, W.B. III, Molla, A. M., Hirschhorn, N., Rolston, D. & Pierce, N., "Aspects biomédicaux de la thérapie par rehydration orale: dimensions et possibilités nouvelles," chapitre 2 in Elliott, K., Attawell, K., Wilson, R., Hirschhorn, N., Greenough, W.B. III, Khin-Maung-U, *Cereal Based Oral Rehydration Therapy For Diarrhoea, Report of the International Symposium on Cereal Based Oral Rehydration Therapy*, 12-14 November, 1989, The Aga Khan University, Faculty of Health Science, Karachi, Pakistan, Aga Khan Foundation, International Child Health Foundation, 1990. (Traduction de NCP)

Finger, William, "L'allaitement maternel et le HIV: les risques et la réalité," in *Network en français*, mai 1991, pp. 23-27, Family Health International, Research Triangle Park, NC.

Flores, Miguel, "La femme enceinte et l'anémie," in *Mères et Enfants*, 1989, Supplément à Vol. 9, No. 3, pp. 6-7.

Gopaldas, Tara, Mehta, Pallavi & John, Chinnamma, "Reducing the Bulk of Cereal Weaning Gruels: A Simple Technology for Rural Homes," in *NFT Bulletin*, Vol. 9, No. 1, January 1988.

Groupe de Travail de l'OMS sur les Contraceptifs Oraux, *Contraception pendant la période postpartum et pendant l'allaitement: les effets sur la santé de la femme*, Translation Series, FHI, No. 3F, 1990, Family Health International, Research Triangle Park, NC.

Haider, R. & Roy, S.K., "Diarrhée persistente: prise en charge diététique appropriée," in *Diarrhée Dialogue*, juin 1990, No. 37, pp. 4-5. (ORANA)

Hercberg, Serge, "Fiche technique: apports conseillés en fer," in *L'Enfant en milieu tropical*, 1990, No. 186, p. 34-36. (CIE)

48

Hercberg, Serge, "La carence en fer: les besoins spécifiques: chez la femme enceinte, chez le nouveau-né, le nourrisson et l'enfant; les apports en fer: la teneur en fer des aliments," in *L'Enfant en milieu tropical*, 1990, No. 186, p. 10-13. (CIE)

Huffman, Sandra, "Femme, travail et naissance," in *Mères et enfants*, Vol. 7, No. 2, pp. 1-3.

Huffman, Sandra, "Allaitement maternel: croissance d'enfants exclusivement alimentés au sein," in *Mères et enfants*, Vol. 5, No. 1, pp. 5&7.

Institut d'Etudes Internationales de Planification Familiale Naturelle, *Lignes directrices pour l'allaitement maternel dans les programmes de planification familiale et de survie de l'enfant*, Georgetown University, Washington, D.C., janvier 1990.

Institute of Medicine, National Academy of Sciences, "Enquête des supplémentations," in Nutrition et Grossesse: 1ère Partie: Prise de Poids, 2ème Partie: Supplément de nutriments, National Academy Press, Washington, D.C., 1991, pp. 150-151, 160-161. (Traduction de NCP.)

Krasovec, Katherine, Résumé: "L'Allaitement au sein et la malnutrition marginale chez les femmes," in *Journal of Tropical Pediatrics*, sous presse, 1991 (supplément de juin ou septembre). (Traduction de NCP)

L'Enfant en milieu tropical: nouveau né... un bon départ, 1991, Nos. 190-191. (CIE)

_____, "Les oligo-éléments du lait," in *Sages Femmes*, 1990, Vol. 14, No. 4, p. 15.

_____, *Le jeune enfant: son alimentation*, 1982, Nos. 138-140. (CIE)

Labbok, Miriam & Koniz-Booher, Peggy, *Allaitement maternel: préserver une ressource naturelle*, Institut d'Etudes Internationales de Planification Familiale Naturelle, Georgetown University, Washington, D.C., 1991.

Labbok, Miriam H., *Contraception pendant l'allaitement maternel: considérations sur les conseils à donner aux femmes qui allaitent et sur la formulation des décisions concernant les programmes*, Translation Series, 1989, FHI, No. 3F, Family Health International, Research Triangle Park, NC.

Labbok, Miriam H., "Programmes d'allaitement maternel et de planification familiale: une complémentarité vitale," article initialement publié dans Baumslag, N., ed., *Breastfeeding: The Passport To Life*, 1989, NGO Committee on UNICEF, New York, pp. 48-55, traduit par Institut d'Etudes Internationales de Planification Familiale Naturelle, Georgetown University, Washington, D.C.

Labbok, Miriam, "Allaitement et fécondité," in *Mères et Enfants*, 1989, Supplément au Vol. 8, No. 1.

Lanata, Claudio, "Les biberons: une source de contamination fécale," in *Diarrhée Dialogue*, juin 1990, No. 37, pp. 3 (ORANA).

Laurent, Claire, "Alimentation complémentaire et sevrage," extrait de l'article Diaouari, E. & Laurent, C., "La bouillie enrichie, qu'est-ce que c'est?" in *Développement et Santé*, No. 41.

Lauroy, Joseph, Barry, Liliane, Lewis, JoAnn H. & Burton, Nadine N., "Allaitement, contraception et espacement des naissances au Mali et au Sénégal," in *Perspectives internationales du planning familial*, Numéro spécial de 1984, pp. 21-25.

Le François, P. & Chevassus-Agnes, S., "Alimentation complémentaire de 38 nourrissons sénégalais," in *Annals of Nutrition and Metabolism*, 1983, Vol. 27, No. 3, pp. 199-204.

Leslie, Joanne, Version abrégée: "La Nutrition des femmes: est-ce la clé de l'amélioration de la santé familiale dans les pays en développement?" in *Health Policy and Planning*, 1991, Vol. 6, No. 1, pp. 1-19. (Traduction de NCP.)

_____, "Prévalence et Durée de l'Allaitement maternelle: Mise à jour,1980-1989," in *WHO Weekly Epidemiological Record*, No. 42, 1989, Part 1, pp. 321-324; No. 43, 1989, Part II, pp. 331-335.

Lovel, H., de Graaf, J. & Gordon, G., "Comment les mères mesurent la croissance: résultats d'une enquête effectuée au Ghana," in *Mères et enfants*, Vol. 5, No. 1, pp. 1-4.

Mc-Guinty, Brigitte Bélanger, "Promotion de l'allaitement maternel: Côte d'Ivoire," in *Mères et enfants*, Vol. 9, No. 1, p. 3.

Mensah, Patience P.A., Tomkins, Andrew M., Drasar, Bohumil S., Harrison, Tim J., Résumé: "La fermentation des céréales pour la diminution de la contamination bactérienne des aliments au Ghana," *The Lancet*, 1990; Vol. 336, No. 8708, p. 140. (Traduction de NCP)

Merchant, Kathleen, Martorell, Reynaldo & Haas, Jere D., "Ajustements nutritionnelle en réponse à des contraintes de la procréation chez les femmes guatémaltiques," sous presse in *Journal of Tropical Pediatrics*, Vol. 37, Supplement October, 1991. (Traduction de NCP.)

_____, "Promotion de l'allaitement maternel au Honduras: Le projet PROALMA," in *Mères et enfants*, 1987, Vol. 6, No. 1, pp. 1-4.

Moneti, Francesca & Yee, Virginia, "Mobilisation en faveur de la nutrition: Résultats de l'expérience d'Iringa," in *Mères et enfants*, Vol. 8, No. 2, pp. 1-3.

90

Naylor, Audrey & Wester, Ruth, "Formation de spécialistes de la lactation," in *Mères et enfants*, Vol. 5, No. 2, avril-juin 1986, pp. 1-3.

Northrup, Robert & Dipko, Lisa, réds., *Nouvelles Publications Techniques Sur la Diarrhée*, Vol. V, No. 3, 1990, Centre d'Information ORANA/PRITECH.

Northrup, Robert & Dipko, Lisa, *Nouvelle Publication Techniques Sur la Diarrhée*, Vol. V, No. 4, 1990. (ORANA)

Northrup, Robert, White, Karen & Amt, William, réds., *Nouvelle Publication Techniques Sur la Diarrhée*, Vol. IV, No. 5, Mai 1989 (ORANA).

Northrup, Robert, White, Karen & Amt, William, réds., *Nouvelle Publication Techniques Sur la Diarrhée*, Vol. IV, No. 4, Avril 1989 (ORANA).

Northrup, Robert, White, Karen & Amt, William, réds., *Nouvelle Publication Techniques Sur la Diarrhée*, Vol. IV, No. 3, Mars 1989 (ORANA).

ORANA, *Diarrhée Dialogue*, juin 1990, No. 37.

ORANA, *Diarrhée Dialogue: Supplément Afrique No. 10*, mars 1989, No. 31, pp. 1-4.

ORANA, "Allaitement maternel: une nécessité pour la prévention et le traitement de la diarrhée," in *Diarrhée Dialogue: Supplément Afrique, No. 12*, 1989, No. 33, pp. 1-4.

Organisation mondiale de la santé, *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*, OMS, Genève, 1989.

Organisation mondiale de la santé, *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*, OMS, Genève, 1981.

Pabst, H.F., Godel, J., Grace, M., et al., Résumé: "Effets de l'allaitement maternel sur la réponse immunitaire à la vaccination par le BCG," in *The Lancet*, 1989, Vol. 1, No. 8633 (BCIE).

Potts, Malcolm, Editorial: "La planification familiale est cruciale pour la survie des enfants," in *Network en français*, mai 1991, pp. 28, Family Health International, Research Triangle Park, NC.

Projet de Communication Pour la Nutrition, *Réponses à des Questions Fondamentales. Recommendations d'Une Réunion d'Experts Sur les Pratiques d'Alimentation Optimale Pour le Nourrisson. 24-25 Septembre, 1990*, annoté par Peggy Koniz-Booher.

- 91

_____, *Déclaration d'Innocenti sur la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel*, 1er août 1990, Florence, Italie *(en pochette)*.

_____, "Résumé" et "Annexe 1", in *WHO Bulletin: Supplement*, Vol. 67, 1989, pp. 15-98.

Rasmuson, Mark, Seidel, Renata & Gabbidon, Haddy, Résumé: "Dietary Management of Diarrhea: The Gambian Experience," in *Journal of Nutrition Education*, Vol. 22, No. 1, p. 23. (Originale en englais).

Ribadeau-Dumas, B. & Brignon, G., "Composition du lait humain," Chapître 1 in *L'Alimentation du nouveau-né et du prématuré*, Paris, Doin, 1986, pp. 3-22.

Sachdev, H.P.S., Krishna, Jyoti, Puri, R.K., Satyanarayana, L. & Kumar, Shiv, "Supplément d'eau donné aux nourrissons prenant exclusivement le sein en été sous les tropiques," in *The Lancet*, April 1991, Vol. 337, No. 8747, pp. 929-33. (Traduction de NCP).

Sachet, P., "Nutrition et grossesse," in *Encyclopedie médico-chirurgicale*, Obstétrique, Paris (France), 5042 A10, 10-1989, pp. 1-6.

Sall, M.G., Kuakuvi, N., Martin, S.L., Diouf, S., Diagne, I. & Fall, M., "Enseignement médical: protocoles de réalimentation des nourrissons diarrhéiques," in *Afrique Médicale*, 1990, Vol. 19, No. 290, pp. 563-65.

Savage King, F. & de Benoist, B., *Aider les mères à allaiter*, African Medical and Research Foundation, Nairobi, 1990.

Smith, I.F., Taiwo, O. & Golden, M.H.N., Résumé: "Régimes de réhabilitation à base de protéines végétales et supplémentation martiale des enfants souffrant de malnutrition protéino-énergétique," in *European Journal of Clinical Nutrition*, 1989, Vol. 43, No. 11, pp. 763-768.

Tomkins, A., Alnwick, D. et Haggerty, P., "L'emploi des produits fermentés pour améliorer l'alimentation des enfants d'Afrique australe et orientale," in Alnwick, D., Moses, S., et Schmidt, O.G.,ed., *Pour améliorer l'alimentation des jeunes enfants en Afrique orientale et australe: une technologie à la portée des ménages*, Compte rendu d'un atelier tenu à Nairobi, Kenya du 12 au 16 octobre 1987, Centre de recherches pour le développement international, 1989, pp. 156-192.

Van de Perre, P., Simonon, A., Msellati, P., et al, "La transmission post natale du virius immunodeficitaire humain type 1 de la mère à l'enfant: Une étude prospective de groupe à Kigali, Rwanda," in *The New England Journal of Medicine*, 29 Août 1991, Vol. 325 (9): 593-597. (Traduction par PRITECH et NCP.)

- 92

Vinikoff, Beverly, Semeraro, Patricia & Zimmerman, Margot, *Contraception During Breastfeeding: A Clinician's Sourcebook*, The Population Council, 19[?].

_____, "Besoins en eau des enfants nourris au sein," in *Mères et enfants*, 1987, Vol. 6, No. 1, p. 4.

Yee, Virginia, "Suivi de la croissance: l'expérience des organisations bénévoles privées," in *Mères et enfants*, 1989, Vol. 9, No. 1, pp. 6-7.

92