Lignes Directrices

Allaitement maternel, planification familiale et Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée-MAMA

Preparé par:
Miriam Labbok, Kristin Cooney, et Shirley Coly

avec des apports complémentaires de:
Victoria Jennings
Mihira Karra
Kathy Kennedy
Peggy Koniz-Booher
Kathy Krasovec
Virginia Laukaran
Mary Beth Moore
Nancy Powers
John Queenan
Clifford Sanders
James Shelton
Jeff Spieler
Karen Wade
et plus de quarante agences coopératives de l'USAID et d'autres organisations de planification familiale.

Institute for Reproductive Health
Georgetown University
Department of Obstetrics and Gynecology
2115 Wisconsin Avenue, NW, 6th Floor
Washington, DC 20007
Tel. (202) 687-1392
Fax (202) 687-6846

© Institute for Reproductive Health, 1994.

Le texte de la présente brochure peut être reproduit sans autorisation, à condition qu'il soit distribué gratuitement et que l'Institut de santé reproductive soit cité comme source.

Table des matières

1 Introduction

3 La MAMA: Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée

4 La MAMA: Physiologie

5 Schéma de définition de l'allaitement maternel

6 Huit pratiques pour un allaitement maternel optimal

9 Séparation mère-enfant

10 Les méthodes complémentaires de planification familiale pour les femmes qui allaitent

14 La MAMA: 20 raisons de l'incoporer dans votre programme

15 Etapes à suivre pour incorporer la MAMA dans les programmes

18 Références

Lignes Directrices

Allaitement maternel, planification familiale et Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée-MAMA

Preparé par:
Miriam Labbok, Kristin Cooney, et Shirley Coly

avec des apports complémentaires de:
Victoria Jennings
Mihira Karra
Kathy Kennedy
Peggy Koniz-Booher
Kathy Krasovec
Virginia Laukaran
Mary Beth Moore
Nancy Powers
John Queenan
Clifford Sanders
James Shelton
Jeff Spieler
Karen Wade
et plus de quarante agences coopératives de l'USAID et d'autres organisations de planification familiale.

Institute for Reproductive Health
Georgetown University
Department of Obstetrics and Gynecology
2115 Wisconsin Avenue, NW, 6th Floor
Washington, DC 20007
Tel. (202) 687-1392
Fax (202) 687-6846

© Institute for Reproductive Health, 1994.

Le texte de la présente brochure peut être reproduit sans autorisation, à condition qu'il soit distribué gratuitement et que l'Institut de santé reproductive soit cité comme source.

La MAMA: Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée

Poser à la mère ou lui conseiller de se poser les trois questions suivantes:

1. Vos règles sont-elles revenues?

— **OUI** →

NON ↓

2. Donnez-vous régulièrement des aliments supplémentaires ou attendez-vous longtemps entre les tétées, soit le jour, soit la nuit?

— **OUI** →

NON ↓

3. Votre bébé a-t-il plus de six mois?

— **OUI** →

NON ↓

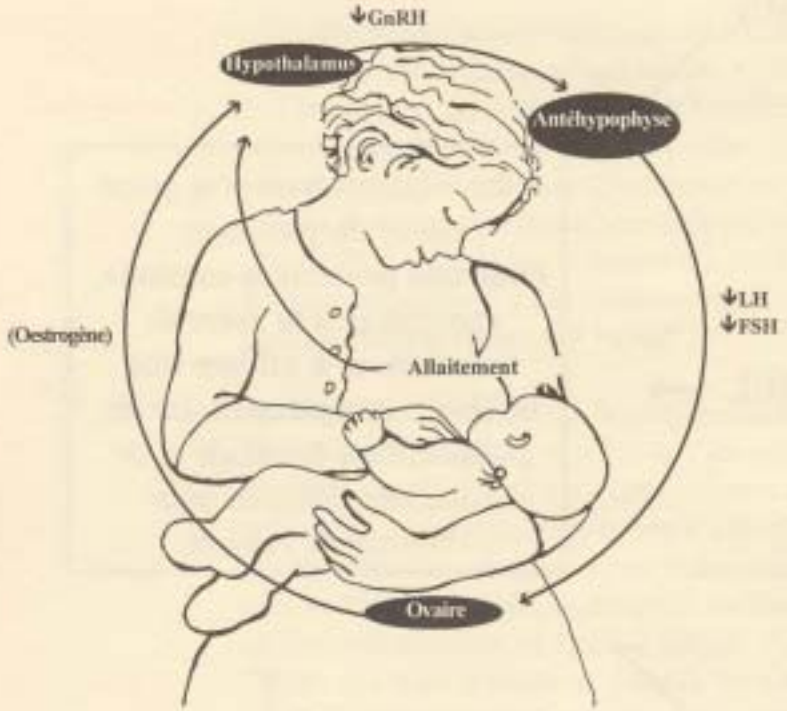
Il n'existe alors **qu'un à deux pour cent** de risque de grossesse*

Si la réponse à une quelconque de ces questions devient OUI . . . →

4. La mère court un plus grand risque de grossesse. **Pour une protection continue, conseillezr à la mère de commencer à utiliser une méthode complémentaire de planification familiale** et de continuer à allaiter pour la santé de l'enfant.

*Mais la mère peut *à n'importe quel moment* choisir d'utiliser une méthode complémentaire.

La MAMA: Physiologie



La physiologie de la MAMA repose sur le système de contrôle rétroactif hypothalamo-hypophyso-ovarien. Téter le sein envoie des influx nerveux à l'hypothalamus, ce qui affecte le niveau et le rythme de sécrétion de gonadotrophine (GnRH). La GnRH, à son tour, influe sur la libération par l'hypophyse de l'hormone folliculo-stimulante (FSH) et de l'hormone lutéinisante (LH), hormones responsables du développement du follicule et de l'ovulation. Si un follicule commence à se développer dans l'ovaire, la secrétion d'oestrogène provoque une rétroaction négative paradoxale et accentue la suppression de LH et de FSH. A cause de l'allaitement maternel le développement du follicule est donc inhibé et désorganisé[6,7].

Illustration de Beatriz Carrasco adaptée de Valdés, V et Pérez, A. 1990. *Lactancia Materna.* (Santiago: Arancibia Hnos y Cia Ltda).

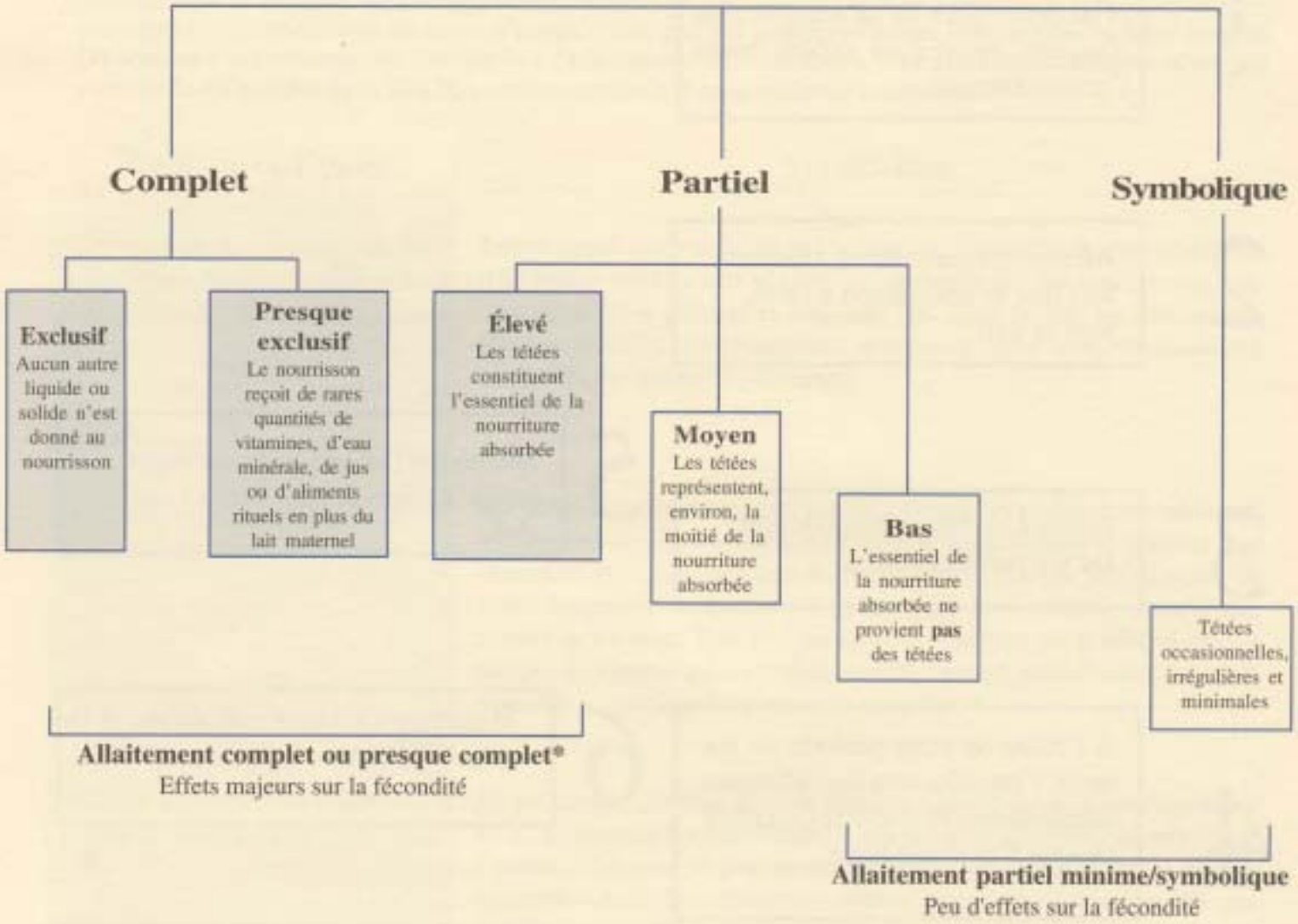
Les lignes directrices de la MAMA sont très fiables. Des trois critères, c'est le retour de couches qui constitue l'indice le plus révélateur de la fécondité. (Ne pas tenir compte des taches des 56 premiers jours suivant l'accouchement.) Il reste néanmoins que, si les tétées demeurent très fréquentes, l'infécondité a de bonnes chances de persister, même après le retour des règles[9].

L'importance des pratiques d'allaitement **complet ou presque complet** est un fait saillant qui ressort de recherches approfondies. Si la fréquence des tétées diminue et que l'alimentation de l'enfant inclue régulièrement des suppléments, les risques de retour de couches augmentent et il est possible que l'ovulation précède les règles[16]. La MAMA se limite donc aux pratiques d'allaitement maternel exclusif, presque exclusif et partiel élevé. (Voir le schéma de définition de l'allaitement.)

Le créneau de six mois est le moins important des trois critéres,. Le risque d'ovulation avant le retour de couches s'accroît graduellement durant les mois qui suivent l'accouchement; mais il n'y a pas lieu de redouter que ce risque augmente subitement au sixième mois[16]. Ce moment a été choisi parce qu'il coïncide avec le début du sevrage, et qu'il est recommandé de donner des suppléments alimentaires à cet âge.

Schéma de définition de l'allaitement maternel

Les pratiques d'allaitement maternel sont très variables. Dans le diagramme ci-dessous, les différentes pratiques sont définies, ainsi que leurs effets sur la physiologie de la fécondité et de la production de lait[17].



*Les intervalles entre les tétées ne doivent pas dépasser quatre heures le jour, six heures la nuit; la proportion des suppléments donnés ne doit pas dépasser de 5 à 15% de tous les aliments absorbés (et de préférence encore moins). Quoique l'allaitement partiel élevé soit suffisant pour maintenir l'infécondité, il y a lieu d'informer la mère que toute alimentation supplémentaire et toute modification des pratiques d'allaitement risquent d'accroître ses risques de grossesse.

Huit pratiques pour un allaitement maternel optimal

1 Permettre au nouveau-né de téter dès que possible après sa naissance et de rester près de sa mère durant quelques heures au moins après l'accouchement.

2 Allaiter fréquemment, chaque fois que le nourrisson a faim, jour et nuit.

3 Allaiter exclusivement durant les six premiers mois.

4 A l'issue de cette période de six mois, l'introduction des aliments supplémentaire doit être précédée chaque fois d'une tétée.

5 Maintenir l'allaitement maternel jusqu'à l'âge de deux ans et au-delà.

6 Maintenir l'allaitement, même si la mère ou l'enfant est malade.

7 Éviter de donner biberons, sucettes ou autres tétines artificielles.

8 La mère doit manger et boire en quantités suffisantes pour satisfaire sa faim et sa soif.

Pratiques d'allaitement maternel recommandées pour optimiser les chances de survie de l'enfant et l'espacement des naissances

Les recommandations suivantes peuvent servir de guides pour élaborer des messages et la documentation à titre promotionnel et éducatif. Ces recommandations peuvent aussi servir à évaluer l'exactitude et la cohérence des messages et documentation en cours d'usage. Bien que **ces pratiques soient considérées comme les plus favorables** à la croissance de l'enfant et à l'espacement des naissances, **leur application absolue n'est pas essentielle à l'emploi de la MAMA** comme méthode d'espacement des naissances[2,3,18].

Pratique optimale	Explication
Permettre au nouveau-né de téter dès que possible après la naissance et de rester près de sa mère pendant quelques heures au moins après l'accouchement.	Le colostrum, ou premier lait de l'accouchée, devrait être donné au bébé car il lui fournit des éléments nutritifs essentiels et le protège contre la maladie. Une stimulation précoce et fréquente des seins facilite les contractions utérines, réduit les pertes sanguines, contribue à activer la montée du lait et à en générer des quantités suffisantes.
Allaiter fréquemment, chaque fois que l'enfant a faim, jour et nuit.	Les tétées fréquentes stimulent la production de lait maternel et contribuent à l'infécondité. Cette pratique d'allaitement qualifiée parfois de tétées "*sur demande*" peut survenir toutes les une à deux heures (ou plus souvent), au cours des premières semaines. L'enfant qui suce et se blottit contre le sein montre qu'il a faim. Il ne faut pas attendre jusqu'à ce que le bébé se mette à pleurer. Les mères qui sont régulièrement séparées de leur enfant devraient consulter la rubrique "Séparation mère-enfant."
Allaiter exclusivement durant les six premiers mois.	Ne pas donner à l'enfant d'autres aliments, liquides ou eau avant l'âge de six mois. L'allaitement **exclusif** signifie que rien n'est ajouté à l'alimentation de l'enfant. L'allaitement **presque exclusif** inclut des suppléments en infimes quantités—dont des vitamines—donnés occasionnellement, tandis que l'allaitement **partiel élevé** comprend quelques suppléments. L'une ou l'autre de ces pratiques, soit l'allaitement **complet ou presque complet,** suffit à assurer une production adéquate de lait et à maintenir l'infécondité, à condition que les tétées soient fréquentes, le jour et la nuit. Il n'en demeure pas moins que l'allaitement **exclusif** privilégie au mieux la santé du bébé pendant ses six premiers mois.
A l'issue de cette période de six mois, l'introduction des aliments supplémentaires précédée chaque fois d'une tétée.	Donner le sein avant de donner d'autres aliments, de façon que l'enfant apaise sa faim d'abord avec le lait maternel. Cette pratique lui permet d'absorber les éléments nutritifs et les anticorps contenus dans le lait maternel, et maintient la sécrétion de lait ainsi que l'infécondité.

Pratique optimale	Explication
Maintenir l'allaitement maternel jusqu'à l'âge de deux ans et même au-delà.	Le lait maternel demeure une excellente source de calories et de protéines pour le bambin. Il lui assure de surcroît une protection immunitaire, un facteur particulièrement important lors de l'introduction de suppléments dans l'alimentation de l'enfant. En l'absence de tout autre moyen contraceptif disponible, l'allaitement continue de contribuer à réduire la fécondité.
Maintenir l'allaitement même si la mère ou l'enfant est malade.	L'arrêt de l'allaitement durant une maladie diminue la sécrétion de lait et augmente les risques de retour de la fécondité. Les propriétés nutritives et les anticorps du lait maternel sont d'une importance primordiale pour le nouveau-né en cas de maladie de la mère ou de l'enfant. Toutefois, en cas de maladie transmissible, voire mortelle—lorsque la mère est séropositive (HIV) ou sidéenne—il convient de s'enquérir auprès du personnel de santé sur place des dernières recommandations sur le sujet[19].
Éviter de donner biberons, sucettes ou autres tétines artificielles.	L'emploi de tétines artificielles peut réduire la durée que l'enfant passe à sucer le sein de sa mère, son aptitude à teter et son désir de le faire. Les aliments et liquides devraient être servis à la cuillère ou dans une timbale afin d'éviter que l'enfant ne confonde mamelon et tétine artificielle, et de réduire les risques de contamination par manque d'hygiène.
La mère doit manger et boire en quantités suffisantes pour satisfaire sa faim et sa soif.	Aucun régime ni aliment spécial ne s'impose pour obtenir une quantité adéquate de lait maternel et assurer sa qualité. Aucun produit alimentaire n'est interdit. Les aliments de base du pays peuvent satisfaire au surcroît d'énergie dont a besoin la future mère ou celle qui allaite. Dans la mesure où ils sont disponibles, encourager les mères à consommer des aliments d'appoint.

Séparation mère-enfant

La MAMA est une méthode qui peut être retenue par les femmes qui travaillent hors du foyer ou qui sont séparées de leurs enfants durant des périodes ne dépassant généralement pas de quatre à six heures. Toutefois, les taux de grossesses chez ces femmes peuvent s'avérer plus élevés car, en pareil cas, la mère se heurte à des obstacles qui entravent l'allaitement optimal. De plus, les conditions sur les lieux de travail, notamment l'indifférence de l'employeur, le manque de temps ou de pièce pour allaiter, peuvent entrainer autant de difficultés s'opposant à la poursuite de l'allaitement maternel. Certains des obstacles les plus répandus sont décrits ci-dessous, ainsi que les stratégies suggérées pour les surmonter[20].

Obstacle	Stratégie
La mère hésite à allaiter, car elle se préoccupe de la situation qu'elle aura à confronter lorsqu'elle reprendra le travail.	Souligner les bienfaits immédiats de l'allaitement maternel, quelle qu'en soit la durée, et encourager la mère à considérer les stratégies suivantes afin de prolonger la période d'allaitement et donc de promouvoir la santé de son bébé.
La reprise du travail ou une séparation prolongée risque de nuire à la stimulation adéquate des seins, de réduire la lactation et d'accroître la fécondité.	Appuyer l'idée d'obtenir le plus long congé de maternité possible ou une absence prolongée du travail. Habituellement, le minimum raisonnable est de l'ordre de 40 à 42 jours. Encourager la mère à donner le sein plus souvent à son bébé, y compris: • tôt le matin • juste avant de partir au travail et dès le retour à la maison • dans la soirée et pendant la nuit lorsqu'elle dort près de lui. Encourager la mère à extraire son lait lorsqu'elle est séparée de l'enfant: au minimum autant de fois que l'horaire des tétées prévues à la maison, au grand maximum toutes les quatre heures. Conseiller à la mère d'éviter, dans la mesure du possible, les séparations la nuit ou les jours de congé.
Réfrigérer le lait maternel n'est pas possible.	Le lait maternel exprimé se conserve sans danger pendant 24 heures à 15°C ou encore pendant 4 heures à 25°C[21]. Le lait maternel versé dans un récipient muni d'un couvercle et entouré de glaçons, peut être conservé à une température raisonnable pendant plusieurs heures.
Les gardes d'enfants peuvent introduire prématurément des laits, laits maternisés, liquides ou aliments dans le régime du bébé.	Renseigner la mère et la personne qui garde l'enfant sur les bienfaits de l'allaitement exclusif et sur les risques entraînés par l'introduction trop hâtive d'aliments supplémentaires.
L'introduction d'aliments supplémentaires en l'absence de la mère peut amener l'enfant à moins apprécier l'allaitement maternel. Le biberon peut perturber l'habitude de téter.	Conseiller à la mère d'expliquer à la personne qui garde l'enfant pourquoi elle doit, en toutes circonstances, lui faire boire du lait maternel exprimé, de préférence à la cuillère ou dans une timbale, avant de lui présenter d'autres aliments.
Trouver le temps ou un endroit suffisamment isolé pour extraire du lait n'est pas toujours possible durant les heures de travail, ce qui nuit à l'allaitement complet.	Sensibiliser les employeurs aux bienfaits, à long terme, de l'allaitement maternel: nourrissons moins sujets à la maladie, grossesses moins rapprochées, ce qui se traduit par des taux d'absentéisme moins élevés.

Méthodes complémentaires de planification familiale pour les femmes qui allaitent

1er choix	*2e choix*	*3e choix*
Méthodes non-hormonales	*Méthodes exclusivement basées sur les progestatifs*	*Méthodes faisant appel aux oestrogènes*
➢MAMA ➢Préservatifs ➢Diaphragme ➢Spermicides ➢Stérilets ➢Planification familiale naturelle ➢Vasectomie ➢Ligature des trompes	➢Mini-pilules ➢ Injectables ➢ Implants	➢Contraceptifs oraux combinés ➢ Injectables combinés

Toutes les femmes qui allaitent devraient être avisées des options dont elles disposent en matière de planification familiale complémentaire, qu'elles utilisent la MAMA comme méthode d'espacement des naissances, qu'elles se trouvent vulnérables à une nouvelle grossesse (plus de six mois après l'accouchement, retour de couches, allaitement non complet ni presque complet) ou simplement qu'elles veuillent choisir une autre méthode. La rubrique ci-dessous présente un aperçu des diverses options et de leur compatibilité avec l'allaitement[1, 22-28]. **N.B.:** l'éventail d'efficacité présenté ci-dessous correspond à une **utilisation parfaite***, essentiellement chez des femmes qui n'allaitent pas.

Méthode	Considérations relatives à l'allaitement	Avantages	Inconvénients
MAMA Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée	• Favorise un allaitement optimal.	• N'exige pas d'examen médical. • Le lait maternel améliore l'état de santé du nourrisson. • Aucune disposition à prendre avant les rapports sexuels. • Ne nécessite aucun produit. • Efficace à 99% ou plus, jusqu'à 6 mois.	• Méthode initiale, efficace uniquement dans les mois qui suivent l'accouchement. • Des périodes prolongées de séparation mère-enfant peuvent nuire à son efficacité.
Préservatifs	• Aucun effet sur l'allaitement. • Aucun risque pour la mère ni pour l'enfant.	• N'exigent pas d'examen médical. • Généralement faciles à se procurer. • Assurent une certaine protection contre les MST (maladies sexuellement transmissibles). • Efficaces à 95-97%.	• Dispositions à prendre avant les rapports sexuels.
Diaphragme avec spermicide	• Aucun effet sur l'allaitement. • Aucun risque pour la mère ni pour l'enfant. *Voir spermicides.*	• Protection possible contre les MST. • Efficace à 94%.	• Peut nécessiter des réajustements au cours des premiers mois suivant l'accouchement. • Dispositions à prendre avant les rapports sexuels.
Spermicides	• Aucun effet sur l'allaitement. • De très faibles quantités peuvent s'infiltrer dans le sang et le lait de la mère. Pas d'effet connu sur l'enfant.	• N'exigent pas d'examen médical. • Assurent une certaine protection contre les MST. • Ajoutent à la lubrification du vagin qui peut se dessécher durant l'allaitement. • Efficaces à 94%.	• Irritation locale possible chez l'homme et chez la femme. • Dispositions à prendre avant les rapports sexuels.

*L'efficacité obtenue grâce à **l'utilisation parfaite** est définie dans *Contraceptive Technology*, 16 e édition revue et corrigée, comme étant le résultat effectivement obtenu "par les couples qui adoptent volontairement une méthode (pas nécessairement pour la première fois) et qui l'appliquent à la perfection (régulièrement et correctement)" durant la première année d'utilisation.

1er choix
Méthodes complémentaires non-hormonales

Méthode	Considérations relatives à l'allaitement	Avantages	Inconvénients
Stérilets DIU non-hormonal	• Ni les stérilets, ni le cuivre présent dans certains dispositifs n'ont d' incidence sur l'allaitement. • Pas d'effet sur l'enfant.	• Plus faciles à poser en période d'allaitement. • N'affectent ni la mère ni l'enfant. • Pas de dispositions à prendre avant les rapports sexuels. • Efficaces à 99,4-99,9%.	• Exigent un personnel expérimenté pour la pose et les conseils à donner. • Expulsions et complications accrues si posés après 2 à 4 jours et avant 4 à 8 semaines après l'accouchement [26, 27].
Planification familiale naturelle Abstinence périodique	• Sans effet sur l'allaitement. • Formation supplémentaire parfois nécessaire pour interpréter correctement les indices de fécondité.	• Seule méthode acceptable pour certains groupes. • Ne nécessite aucun produit. • Efficace à 91-99%.	• Indices et symptômes de fécondité parfois difficiles à interpréter pendant l'allaitement. • Abstinence prolongée parfois nécessaire. • Méthode calendrier/rythme inapplicable durant l'aménorrhée. • Formation nécessaire.
Vasectomie Stérilisation chirurgicale volontaire de l'homme	• Sans effet sur l'allaitement. • Sans risque ni pour la mère ni pour l'enfant.	• Permanent. • N'affecte ni la mère ni l'enfant. • Pas de dispositions à prendre avant les rapports sexuels. • Recommandé si on ne désire plus d'enfant. • Efficace à 99,9%.	• Intervention chirugicale irréversible, risques d'effets secondaires. • Consultation recommandée.
Ligature des trompes Stérilisation chirurgicale volontaire de la femme	• Sans effet sur l'allaitement. • Courte séparation mère-enfant parfois nécessaire. • En cas de séparation, exprimer et conserver le lait avant l'intervention.	• Permanent. • Pas de dispositions à prendre avant les rapports sexuels. • Recommandé si on ne désire plus d'enfant. • Efficace à 99,6%.	• Intervention chirugicale irréversible, risques d'effets secondaires. • Consultation recommandée. • Lait maternel à fournir pendant la séparation mère-enfant.

	Méthode	Considérations relatives à l'allaitement	Avantages	Inconvénients
2e choix Méthodes exclusivement basées sur les progestatifs	**Mini-pilule** **Injectables** **Implants** Norplant®	• Les résultats des études varient: rien ne prouve que la faible dose d'hormone qui s'infiltre dans le lait pose un risque au nouveau-né. • Procéder cas par cas, en fonction des pratiques d'allaitement prévues, car la production de lait risque de diminuer si ces méthodes sont utilisées avant un délai de 8 semaines.	• Aucune disposition à prendre avant les rapports sexuels. • Durée de protection de Norplant® : jusqu'à 5 ans. • Mini-pilule: efficace à 99,5%. • Produits injectables: efficaces à 99,7%. • Implants: efficaces à 99,9%.	• Selon certaines études, leur emploi avant 8 semaines, parallèlement à un allaitement complet, peut provoquer un effet négatif sur la production de lait. • Certaines hormones risquent de passer dans le lait; on ignore si le nouveau-né est à même de les métaboliser au cours des premières semaines. • Les injectables doivent être injectés mensuellement ou tous les 3 mois. Ils peuvent entraîner des cycles menstruels irréguliers. L'hormone passe aisément dans le lait; l'absorption passive par le nouveau-né est mal établie. • L'OMS et l'A.I.D. recommandent de différer l'emploi de ces méthodes d'au moins 6 semaines.
3e choix Méthodes faisant appel aux oestrogène	**Contraceptifs oraux combinés** **Injectables combinés** Oestrogène et progestatif	• Les oestrogènes peuvent réduire la production de lait. Une faible dose d'hormone peut passer dans le lait—Aucun effet négatif immédiat ni à long terme n'est décelé chez le nouveau-né. • Chez certaines femmes, la diminution de la production de lait peut aboutir à la suppression de l'allaitement maternel plus tôt que prévu. • **L'allaitement peut—et devrait—se poursuivre** parallèlement à l'emploi de ces méthodes car il est bénéfique pour la santé et la nutrition du nouveau-né et du jeune enfant.	• Aucune disposition à prendre avant les rapports sexuels. • Diminution des risques de cancer ovarien et d'anémie lorsqu'ils sont employés par les femmes ayant les cycles menstruels. • Efficaces à 99,9%.	• Il arrive que les oestrogènes reduisent la production de lait; les suppléments étant donnés plus tôt, l'allaitement complet cesse plus tôt avec tous les risques que cela comporte. • L'OMS et l'A.I.D. recommandent de différer l'emploi de ces méthodes d'au moins 6 mois.

La MAMA: 20 raisons de l'incorporer dans votre programme

➢La **MAMA** est une méthode de planification familiale très efficace (99,5%, selon une table de survie de six mois en essai clinique)[13,29].

➢La **MAMA** repose sur des enquêtes scientifiques approfondies [5,6,16].

➢La **MAMA**, mise au point par des responsables de programmes de planification familiale a aussi été utilisée dans le cadre de programmes d'allaitement maternel, et de survie de l'enfant[30].

➢La **MAMA** sert à ouvrir la voie aux autres services de santé dont les activités sont axées sur la reproduction et la prévention.

➢La **MAMA** tient compte de fortes possibilités d'«erreur» chez les utilisatrices sans que cela entraîne un accroissement sensible du taux des grossesses[9,30].

➢La **MAMA** peut être présentée et utilisée avec succès comme méthode de planification familiale dans des milieux divers.

➢Basée sur un processus naturel, la **MAMA** ne nécessite aucune disposition logistique avant l'introduction d'une méthode complémentaire.

➢La **MAMA** offre un indice moyen d'année-couple-protection (ACP) de 0,25[31].

➢La **MAMA** amène de nouvelles utilisatrices à la planification familiale[14].

➢La **MAMA** contribue directement à la propagation de la planification familiale par le biais de l'accroissement des taux d'acceptation[32].

➢La **MAMA** revêt un caractère acceptable aux yeux de nombreux groupes religieux[33].

➢La **MAMA** permet de promouvoir, en temps voulu, l'introduction de méthodes de planification familiale compatibles avec l'allaitement et donc, indirectement, l'utilisation accrue de la contraception[14,29].

➢La **MAMA** donne aux femmes le temps de choisir la méthode complémentaire qui leur conviendra par la suite.

➢La **MAMA** donne aux accouchées de nombreux milieux, le temps de réflexion nécessaire à l'adoption d'une méthode contraceptive permanente; elles peuvent organiser la maison et la garde des enfants, faire des économies et obtenir toutes les autorisations nécessaires.

➢La **MAMA** permet aux femmes de s'assumer et de personnaliser la consultation qui suit l'accouchement.

➢La **MAMA** est abordable, et même génératrice d'économies pour le budget familial.

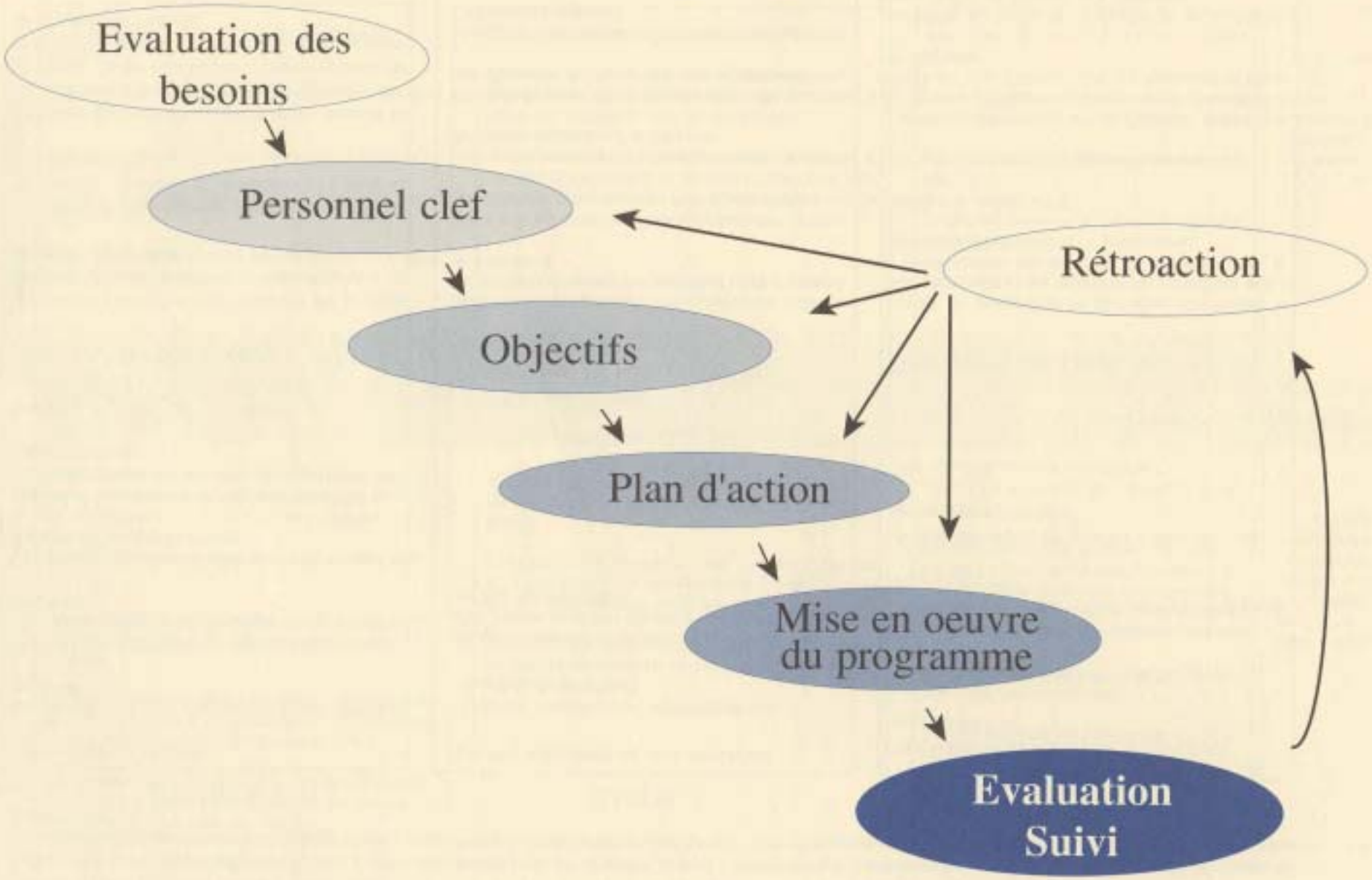
➢Il existe dans le monde entier des femmes qui pensent que l'allaitement peut contribuer à espacer les naissances. La **MAMA** tire parti de cette notion en fournissant les paramètres qui permettent d'utiliser l'allaitement maternel comme moyen efficace de contraception.

➢La **MAMA** peut avoir des effets positifs sur l'environnement en réduisant l'emploi de matières plastiques et de produits laitiers, et donc les quantités de déchets industriels.

➢La **MAMA Plus** favorise le sevrage au moment opportun[15].

➢En encourageant les pratiques d'allaitement optimal, la **MAMA** contribue à la promotion de remarquables effets secondaires: meilleure nutrition du nouveau-né, chances accrues de survie de l'enfant, multiples avantages pour le capital-santé de la mère.

Etapes à suivre pour faciliter l'incorporation de la MAMA dans les programmes



Le succès de la MAMA dépend de pratiques qui favorisent l'allaitement maternel optimal. Le canevas ci-dessous peut être utilisé pour élaborer et incorporer des activités liées à l'allaitement maternel et à la MAMA dans les programmes de planification familiale ou de survie de l'enfant[5,34]. Pour permettre à votre organisation de fournir l'appui nécessaire à ces programme, il peut s'avérer utile, à n'importe quel stade de la préparation du programme, de consulter les questions et les suggestions énumérées dans le tableau ci-dessous. Les étapes peuvent être modifiées en fonction de vos besoins particuliers.

	Etape 1	Etape 2	Etape 3
Questions à poser	Quelles sont vos priorités? Existe-t-il déjà des programmes d'allaitement maternel? Avec quelles institutions ou quels groupes (formation, santé, associations féminines) pouvez-vous collaborer? Que fait-on en matière d'allaitement, de sevrage et d'alimentation supplémentaire ? Quelle est la proportion de femmes travaillant hors du foyer avant la fin des six mois suivant l'accouchement? Comment le projet sera-t-il financé?	Qui sera responsable de cette démarche? Comment assurez-vous l'exploitation des compétences sur place? De quelle formation les personnes clefs auront-elles besoin pour être qualifiées de «compétentes» par leur organisation?	Que voulez-vous réaliser par le biais de ce programme? Où le programme sera-t-il implanté? Quelle couche de la population comptez-vous influencer (nationale, collectivités ou participants au programme)? A quel moment le programme débutera-t-il et quand sera-t-il terminé? Vos objectifs sont-ils mesurables?
Mesures à prendre	**EVALUATION DES BESOINS** ➢➢➢ S'entretenir avec les représentants de groupes intéressés, le personnel d'organismes en place, les dirigeants communautaires et les mères. Identifier les organisations chargées de la collecte de données sanitaires et sociales et se mettre en rapport avec elles. Identifier les institutions qui sont en mesure de contribuer à l'implantation du programme (ex. hôpitaux "Ami des bébés", organisations de planification familiale, donateurs dévoués à la cause de la survie de l'enfant).	**RECHERCHE ET FORMATION DU PERSONNEL CLEF** ➢➢➢ Identifier les programmes communautaires axés sur l'allaitement maternel, susceptibles d'offrir des stages de formation. Choisir les personnes clefs à embaucher comme spécialistes au plan local ou de l'organisation. Former les personnes clefs à encourager et à soutenir de bonnes habitudes d'allaitement. Désigner le personnel d'encadrement et lui garantir une formation de base concernant allaitement. Identifier les organisations locales appuyant l'allaitement maternel. Prendre contact avec les responsables de programmes de nutrition/alimentation et de services de planification familiale.	**DEFINITION DES OBJECTIFS** ➢➢➢ Revoir, en compagnie du personnel clef formé, la documentation et les informations recueillies grâce à l'évaluation des besoins; le consulter sur le processus d'élaboration de programme. Préciser le public ciblé. Préciser un ensemble d'objectifs mesurables. Oeuvrer avec les organisations offrant des prestations en matière d'allaitement maternel et de planification familiale afin d'harmoniser les messages et types de services. Identifier les obstacles possibles et les domaines susceptibles de susciter une résistance.

	Etape 4	Etape 5	Etape 6	
Questions à poser	Que faudra-t-il accomplir pour atteindre les objectifs? Dans quel ordre devra-t-on procéder et selon quel calendrier? Où le travail s'accomplira-t-il et qui le dirigera? Qui fera le travail et comment la formation sera-t-elle assurée? Les ressources financières et humaines sont-elles adéquates pour réaliser les objectifs?	Qui annoncera le lancement du programme? Qui participera aux réunions organisées régulièrement pour évaluer les progrès réalisés au cours des premiers mois du programme? Le personnel a-t-il reçu la formation nécessaire en matière d'allaitement et de planification familiale, ou bien cette formation constitue-t-elle la première phase de la mise en oeuvre?	Les objectifs sont-ils en voie d'être atteints? Le programme progresse-t-il selon le calendrier? Les objectifs budgétaires demeurent-ils réalistes? La qualité des soins est-elle suffisamment élevée?	L'évaluation a-t-elle produit des commentaires applicables aux étapes 1,2,3,4,5 ou 6?
Mesures à prendre	**ELABORATION D'UN PLAN D'ACTION** ➢➢➢ Rencontrer toutes les parties intéressées et noter leurs recommandations de même que le rôle qu'elles pourraient jouer dans le programme. Examiner le contenu et la structure des autres plans d'action. Prévoir un programme de soutien, de formation et de coordination pour surmonter les obstacles dépistés. Rédiger un plan assorti d'un calendrier et d'un budget correspondant à vos ressources. Si le budget s'avère insuffisant, revoir les étapes 1 et 3. Sur la base des objectifs et du plan d'action, élaborer un système permettant de suivre le déroulement de la mise en oeuvre.	**MISE EN OEUVRE DU PROGRAMME** ➢➢➢ S'assurer que tout le personnel est formé en fonction du rôle que chacun doit jouer dans le projet. Envisager de recourir aux services locaux d'allaitement et de planification familiale pour assurer la promotion du programme. Aviser les décideurs locaux en matière de santé et les inclure dans la mise en oeuvre ainsi que dans le suivi des activités.	**EVALUATION ET SUIVI** ➢➢➢ Suivre les activités, le calendrier et le budget. Rencontrer tous les membres du personnel pour examiner les progrès réalisés et les problèmes posés par le programme. Prévoir la participation de décideurs locaux aux réunions pertinentes. Établir un mécanisme pour recueillir les réactions des bénéficiaires. Intégrer les résultats dans le plan d'action et la stratégie de mise en oeuvre.	**RETROACTION** En fonction des résultats de l'évaluation et du suivi, revoir les mesures et les plans à chaque étape.

Références

1. Organisation mondiale de la santé. 1988. *Allaitement au sein et espacement des naissances: Ce que doivent savoir les agents de santé.* (Genève: OMS).

2. Institute for International Studies in Natural Family Planning. 1990. *Allaitement maternel: Preserver une ressource naturelle.* (Washington, DC: USAID/IMPACT).

3. Organisation mondiale de la santé/UNICEF. 1989. *Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel: le rôle spécial des services liés à la maternité.* Déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF. (Genève: OMS).

4. Kennedy K. 1994. "Effects of Breastfeeding on Women's Health." *International Journal of Gynecology and Obstetrics,* 47(Suppl.):S11-S21.

5. Kennedy K, Rivera R et McNeilly A. 1989. "Enoncé du consensus sur l'allaitement en tant que méthode de planification familiale." *Contraception,* 39 (5): 477-496.

6. McNeilly A. 1993. "Breastfeeding and Fertility." Dans: *Biomedical and Demographic Determinants of Reproduction.* R. Gray, H. Leridon, S. Spira Eds. (Oxford: Clarendon Press).

7. Tay C. 1991. "Mechanisms Controlling Lactational Infertility." *Journal of Human Lactation,* 7 (1): 15-18.

8. Labbok M. 1989. "Programmes d'allaitement maternel et de planification familiale: Une complémentarité vitale." Dans: *Breastfeeding: The Passport to Life.* N. Baumslag, Ed. (New York: UNICEF).

9. Gray R et al. 1990. "Risk of Ovulation during Lactation." *Lancet,* 335 (1): 25-29.

10. Labbok M. 1983. "Breastfeeding and Contraception." *New England Journal of Medicine,* 308 (1): 51.

11. Labbok M. 1985. "Contraception during Lactation: Considerations in Advising the Individual and in Formulating Programme Guidelines." *Journal of Biosocial Science,* Supplement 9: 55-66.

12. Labbok M et Chassel R. 1988. "The Development and Use of Graphically Presented Algorithms in Community-based Family Planning Services." *Int'l Quarterly of Community Health Education,* 8 (3): 223-247.

13. Pérez A, Labbok M et Queenan J. 1992. "Etude clinique de la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée comme méthode de planification familiale." *Lancet,* 339 (4): 968-70.

14. Wade K, Sevilla F et Labbok M. 1994. "The Lactational Amenorrhea Method as a Family Planning Program Component: Findings from an Implementation Process Study in Ecuador." *Studies in Family Planning,* 25(3): 162-175.

15. Cooney K et al. 1994. "Assessment of the Nine-Month Lactational Amenorrhea Method in Rwanda (MAMA-9)." Article non publié (Washington, DC: Institut de santé reproductive).

16. Gray R et al. 1993 "The Return of Ovarian Function during Lactation: Results of Studies from the United States and the Philippines." Dans: *Biomedical and Demographic Determinants of Reproduction.* R. Gray, H. Leridon, S. Spira Eds. (Oxford: Clarendon Press).

17. Labbok M et Krasovec K. 1990. "Pour une définition systématique de l'allaitement maternel." *Studies in Family Planning,* 21 (4): 226-230.

18. Agency for International Development. 1990. *Breastfeeding for Child Survival Strategy.* (Washington, DC: USAID).

19. Organisation mondiale de la santé. "HIV and Breastfeeding." Communiqué, 4 mai 1992, Genève.

20. Wade K. 1992. "Assisting Working Women towards Optimal Breastfeeding." Monographie (Washington, DC: Institut de santé reproductive).

21. Hamosh M et al. 1994. "Bacterial growth during short term storage of human milk (≥15° c) is prevented by rapid lipolysis and only limited proteolysis." *Pediatric Resident,* 35: 312A.

22. Agency for International Development. Bureau for Science and Technology. "Availability and Use of Progestin-only OCs for the Public Sector." Office of Population cable. 28 mars 1989.

23. Organisation mondiale de la santé. 1988. *Allaitement au sein et espacement des naissances: Ce que doivent savoir les agents de santé.* (Genève: OMS).

24. Winikoff B, Semeraro P et Zimmerman M. 1987. *Contraception during Breastfeeding: A Clinician's Sourcebook.* (New York: The Population Council).

25. Winikoff B et Mensch B. 1991. "Rethinking Postpartum Family Planning." *Studies in Family Planning,* 22 (5): 294-307.

26. Blumenthal P, Riseborough P et McIntosh N. 1994. *Pocket Guide for Family Planning Clinical Services.* (Baltimore: JHPIEGO Corporation), 240.

27. Diaz S. 1994. Informations communiquées à titre personnel.

28. Hatcher R et al. 1994. *Contraceptive Technology. 16th Ed.* (New York: Contraceptive Technology Communications, Inc.), 652.

29. Diaz S et al. 1988. "Lactational Amenorrhea and the Recovery of Ovulation and Fertility in Fully Nursing Chilean Women." *Contraception,* 38, 1(7): 53-67.

30. Labbok M et al. 1994. "Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA): Une option initiale de planification familiale en post-partum—ses implications en matière de politique et de programmes." *Advances in Contraception,* 10: 93-109.

31. Bertrand J, Magnani R et Knowles J. 1994. *Handbook of Indicators for Family Planning Program Evaluation.* (Chapel Hill: The Evaluation Project), 149.

32. Pérez A et Valdés V. 1991. "Santiago Breastfeeding Promotion Program: Preliminary results of an intervention study." *American Journal of Obstetrics and Gynecology,* 165: 2039-44.

33. Shruff R. 1994. "A Review of the LAM Method of Postpartum Contraception and Its Inclusion in International Family Planning Policy." Mémoire de maîtrise, Johns Hopkins University School of Hygiene and Public Health.

34. Organisation mondiale de la santé. 1980. *On Being In Charge: A Guide for Middle-level Management in Primary Health Care.* (Genève: OMS).