

Supplément de
L'INTERNATIONAL JOURNAL OF GYNOCOLGY & OBSTETRICS

**La femme et l'allaitement maternel :
débat d'idées sur la santé, la planification familiale,
le travail et le féminisme**

Révision des textes

Kristin A. Cooney et Miriam H. Lobbok
avec le concours de
Shirley Coly

Les travaux de la conférence ont eu lieu au
Leavey Conference Center
Georgetown University
Washington DC
le 13 septembre 1993

Numéro 47 (Suppl.)

ELSEVIER

Amsterdam - Lausanne - New York - Oxford - Shannon - Tokyo

Cette conférence était parrainée par les organisations suivantes :

Coalition of Labor Union Women
Educational Development Center/WINS
Family Health International
La Leche League, International
National Council for International Health
L'Organisation panaméricaine de la santé (OPS)
Population Action International
Le Conseil de la population
L'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID)
Wellstart International
Banque mondiale
avec en plus le concours de
l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)

Organisation hôte :
Institut de santé reproductive
Centre médical de l'Université de Georgetown
Service d'obstétrique et de gynécologie
Washington DC

Remerciements

La tenue et les travaux de cette conférence ont bénéficié du large soutien de l'USAID, et par le truchement de sa collaboration avec l'Institut de santé reproductive (IRH) de l'Université de Georgetown, dans le cadre de l'accord de coopération DPE-3061-A-00-1029-00. Les vues exprimées par les auteurs ne reflètent pas nécessairement les opinions ou la politique de l'USAID, de l'Université de Georgetown ou de l'IRH. Nous tenons à remercier Shirley Coly pour son concours en matière de révision de texte et d'appui logistique, de même que Elayne Clift pour son apport à la conceptualisation et à l'organisation de la conférence. Nous remercions aussi Danièle Buffet-Johnson pour la traduction française du document.

La femme et l'allaitement maternel : débat d'idées sur la santé, la planification familiale, le travail et le féminisme.
Washington DC 13 septembre 1993

K.A. Cooney S.B. Coly E.U.	Introduction	S1
S. Díaz Chili	Discours liminaire Schéma de la reproduction humaine et changements intervenues dans les rôles de la femme	S3
K.I. Kennedy E.U.	Incidence de l'allaitement maternel sur la santé de la femme	S11
S.L. Huffman M.H. Lobbok E.U.	L'allaitement maternel dans la perspective des programmes de planification familiale : atout ou entrave ?	S23
C. O'Gara, J. Canahuati, A. Moore Martin E.U.	Chaque mère est une mère qui travaille : l'allaitement maternel et le travail chez la femme	S33
P. Van Esterik Canada	L'allaitement maternel et le féminisme	S41
M. H. Lobbok E.U.	La femme et l'allaitement maternel, conclusions et consensus, préoccupations complémentaires et actions futures	S55
	Appendices	
	Programme	S63
	Renseignements biographiques sur les présentateurs	S64
	Liste des participants	S68

Introduction

La conférence intitulée : La femme et l'allaitement maternel, débat d'idées sur la santé, la planification familiale, le travail et le féminisme, s'est tenue le 13 septembre 1993 à l'Université de Georgetown à Washington DC afin d'examiner l'incongruité apparante entre l'allaitement au sein et les rôles de la femme dans le développement. La conférence était parrainée par la Division "Allaitement maternel et Santé materno-infantile" de l'Institut de santé reproductive, rattaché au Service d'obstétrique et de gynécologie du Centre médical de l'Université de Georgetown. La conférence a largement bénéficié du concours de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international, dans le cadre de l'accord de coopération passé avec ce Service.

Ce colloque avait pour objectif de promouvoir un débat d'idées plus ouvert et plus direct sur des questions concernant la santé, la planification familiale, le travail, le féminisme et sur leur incidence sur l'allaitement maternel. Les participants à la conférence, soit quelque 80 représentants de haut niveau venus d'organisations internationales et nationales, ont, pour l'essentiel, animé le dialogue. Les perspectives apportées par un large éventail d'organisations oeuvrant dans des domaines divers -- santé de la femme, nutrition, développement, travail, survie de l'enfant, questions liées aux rôles de la femme et de l'homme -- ont été partagées avec le groupe. Les exposés présentés sur les quatre thèmes principaux et le sommaire des débats qui ont suivi sont inclus dans ce numéro, de même que le texte du discours liminaire, des commentaires et de la conclusion consacrée aux grandes orientations d'une action future.

Margaret Neuse, Sous-Directrice de l'Office de la population, a pris la parole au nom de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID). Elle a évoqué le ferme engagement de l'USAID en faveur de la démographie et des prestations fournies en matière de planification familiale non seulement dans le contexte de la fécondité et de la population, mais aussi, dans le contexte de la santé reproductive et des droits de l'homme. Madame Neuse a souligné, en outre, l'importance croissante que revêt la collaboration entres les divers acteurs, et a fait observer que

l'allaitement maternel peut être judicieusement incorporé à la plupart des programmes de soins de santé, en raison de ses liens de cause à effet sur la fécondité, la survie de l'enfant, la santé de la mère et les droits de la femme.

Le Dr. John T. Queenan, Chef du service d'obstétrique et de gynécologie, a accueilli les participants au nom de l'Université de Georgetown. Le Dr. Queenan, qui assure également les fonctions d'Enquêteur principal auprès de l'Institut de santé reproductive, s'est penché sur l'aspect positif du cheminement de l'idée de coopération entre les groupes chargés des soins de santé; cette coopération, qui a engendré une synergie plutôt qu'une compétition, est nécessaire pour atteindre nos objectifs, à savoir -- militer en faveur de l'allaitement maternel et le promouvoir d'ici à l'an 2000.

Le Dr. José Solís représentait l'Organisation panaméricaine de la Santé (OPS), l'un des principaux co-parrains de la conférence. Le Dr. Solís a encouragé les participants à prendre une part active au débat d'idées afin de permettre à chacun d'eux d'engranger non seulement des informations actualisées sur les thèmes abordés, mais aussi des éléments nouveaux et importants pour recentrer les moyens d'action, cibler la recherche et orienter la formation et les ressources humaines, afin de mieux satisfaire aux besoins dans le domaine de l'hygiène de la reproduction chez la femme. Le Dr. Solís a souligné l'engagement de l'OPS envers les droits de la femme en matière de procréation et de prestations de santé, et la nécessité de lui fournir les éléments d'information qui lui permettent de choisir l'allaitement maternel complet de l'enfant. L'OPS est convaincue qu'une promotion efficace de la pratique de l'allaitement maternel optimal et de l'hygiène de la reproduction, par le biais des programmes de planification familiale, réduira la nécessité de poursuivre nombre de programmes traditionnels de SMI et permettra ainsi à de nombreux donateurs de réaliser d'importantes économies.

L'allaitement maternel est un important sujet en matière d'hygiène de la reproduction et de démographie. Si les atouts dont bénéficie l'enfant nourri au sein sont bien connus, ceux de la mère, de même que l'incidence de l'allaitement maternel sur la fécondité, sont largement passés sous silence. De surcroît, l'allaitement au sein est économique et ne porte pas atteinte à l'environnement. Cette pratique

holistique doit être non seulement préservée, mais aussi encouragée pour le bien-être du nourrisson, de la mère et de la collectivité.

Que ce soit en terme de bien-être, de questions liées aux rôles de la femme et de l'homme ou encore de statut social, l'allaitement maternel est une question qui concerne la femme. Malheureusement, la promotion de l'allaitement au sein est souvent considérée comme incompatible avec les "rôles productifs" de la femme, notamment celui de gagner de l'argent. Pendant des années, les personnes impliquées dans les aspects sanitaires des programmes d'allaitement maternel, sont restés insensibles aux questions liées au travail et au développement. D'autre part, les organisations internationales dont l'action se concentre sur la situation économique, la femme active et la planification familiale, ont largement laissé pour compte les aspects vitaux et économiques de l'allaitement maternel, de même que le rôle approprié qu'il joue dans l'espacement des naissances et dans la survie de l'enfant. Ces éléments ponctuels pourraient contribuer, directement ou indirectement, aux efforts déployés par ces organisations, si elles décidaient de promouvoir l'allaitement maternel.

La conférence a permis aux représentants de différents secteurs d'examiner quatre mémoires groupés par thèmes, de manière à stimuler un débat d'idées. Grâce à ce dialogue, les participants en tant que groupe ont identifié d'importantes mesures à prendre pour encourager et préserver l'allaitement maternel, sans pour autant compromettre les rôles de la femme hors du foyer.

D'autres préoccupations et questions ont été évoquées à la conférence, notamment :

- La sous-évaluation du travail accompli par la femme, y compris l'allaitement maternel.
- La nécessité de prévoir des dispositions sur les lieux de travail pour faciliter la tâche aux femmes qui allaitent.
- L'importance des rôles de l'homme et de la femme, et notamment d'impliquer la famille et le partenaire de la femme dans la soutien de l'allaitement maternel.
- La nécessité de stimuler une synergie entre les divers secteurs oeuvrant au développement.
- Le recours, après l'accouchement, à la Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)

comme méthode de planification familiale initiale.

En dégagant les points clefs des thèmes discutés durant la conférence, le présent document offre au lecteur une meilleure idée des difficultés que soulève l'appréhension de ce problème crucial et l'articulation d'une base d'action capable d'induire des changements à tous les niveaux de la société qui affectent la vie de la femme.

**Kristin A. Cooney, MA et
Shirley B. Coly**

Juin 1994

5

Déclaration liminaire

Schéma de la reproduction humaine et changements intervenus dans les rôles de la femme

S. Díaz

Instituto chileno de medicina reproductiva, José Victorina Lastarria 29, Depto. 101,
Casilla 6006, Santiago, Chili

Sommaire

Une perspective évolutionniste plus large, de même qu'une meilleure compréhension de notre comportement procréateur dans le contexte d'une société en mutation, peuvent apporter un éclairage au débat sur l'allaitement maternel et sur les rôles procréateurs de la femme et de l'homme. L'allaitement maternel est une tâche qui revient à la femme et qui devrait être valorisée. Il appartient aux familles et aux sociétés d'accepter de jouer leur rôle pour épauler les femmes qui allaitent et notamment de prévoir des aménagements qui facilitent cette activité sur les lieux de travail, des soins de santé adéquats et une meilleure nutrition, et de reconnaître le rôle et l'importance de la femme.

Mots clés : *allaitement maternel, rôle procréateur, soutien*

1. Introduction

Les questions que nous allons aborder à cette réunion ont, pour beaucoup d'entre nous, des résonances profondes, et il m'est difficile de les présenter d'une manière objective. J'ai donc décidé de partager une perspective personnelle des choses, mes pensées, mes sentiments et mes acquis, dans chaque cas, influencés par ma vie dans un pays en développement et par mon travail de chercheur et de clinicien. Je suis reconnaissant aux nombreuses femmes qui m'ont fait part de leurs expériences, qui ont stimulé mon esprit et élargi mes perspectives sur ces questions.

En quête d'une toile de fond commune à l'allaitement maternel, l'hygiène de la reproduction, la planification familiale, le travail et le féminisme, j'ai eu recours à l'un de mes outils favoris -- l'évolution, et le contraste qui existe entre des comportements biologiques qui perdurent depuis des milliers d'années, et l'environnement, sans cesse changeant, au sein duquel ces comportements s'expriment.

2. Schéma de la reproduction humaine

L'histoire de notre espèce commence là où la vie, à l'aube des temps, a pris naissance à l'aide de molécules qui, un jour, ont formé l'acide

désoxyribonucléique (A.D.N.). Cette molécule a été en mesure de se reproduire, de devenir de plus en plus complexe de générer le matériel génétique varié et les chromosomes qui caractérisent chaque espèce d'êtres vivants, des virus aux mammifères. L'humanité est le tout dernier produit de milliers d'années d'évolution. Nous sommes des mammifères et les caractéristiques de base qui marquent notre espèce ont été déterminées il y a fort longtemps. L'espèce humaine existe en effet depuis quelque deux millions d'années et son schéma génétique est apparemment inchangé.

La manière dont l'A.D.N. s'est reproduit a évolué avec le temps pour aboutir au modèle complexe de la reproduction humaine. Notre mode de reproduction, qui est sexuel, parental et vivipare, aboutit généralement à une grossesse unipare. Le nouveau-né est un être très immature, son développement pour atteindre l'âge adulte est lent; et ce développement exige non seulement de nombreuses années, mais aussi une attention parentale soutenue. Ce mode de reproduction détermine des fonctions, des comportements et des besoins qui conditionnent la formation de couples capables de prendre en charge la survie du nouveau-né et son développement.

Le mode de reproduction humaine permet un prodigieux échange de matériel génétique et un nombre infini de combinaisons. Ceci concourt à l'immense

6

variété de l'espèce humaine. Chacun d'entre nous est l'expression d'une combinaison unique de gènes, combinaison jamais survenue auparavant et qui ne sera pas répliquée. Il y a interaction entre cette combinaison particulière de gènes et l'environnement, qui est aussi perçue différemment par chaque individu. Cette interaction engendre le Moi qui fait que chacun d'entre nous est un être unique. Telle est ma définition de la personne, du cheminement qui nous permet de nous épanouir et de parvenir à la pleine expression de notre schéma génétique unique. Ce concept d'unicité du Moi est à mes yeux extrêmement important. La vie a mis si longtemps à engendrer chacun de nous que ce serait gaspiller, semble-t-il, des milliers d'années d'efforts que de ne pas développer pleinement la richesse potentielle de chaque génome individuel. Mais ce long processus de croissance requiert, à différents stades de la vie, différents modes de soutien.

Les premières étapes du développement sont tributaires des rôles parentaux, notamment de l'allaitement maternel. Durant la vie intra-utérine, le fœtus est totalement dépendant de la mère et le placenta est l'organe chargé des échanges qui s'opèrent entre eux. Nous naissons extrêmement immatures, notre savoir se borne à respirer et à crier, et il nous faut des années pour parvenir à l'âge adulte. C'est le prix, pour l'espèce, du développement continu du système nerveux tout au long de la vie néonatale. En raison de la condition d'immaturité du nouveau-né, l'allaitement maternel est une composante essentielle de la stratégie de la reproduction. Le sein remplace le placenta dans ses fonctions nutritionnelles et dans la transmission d'éléments immunologiques et endocriniens. Les modifications qui se produisent dans les activités neuroendocriniennes suite à l'accouchement, actionnent le processus de lactation et stimulent les liens entre la mère et l'enfant. Grâce au stimulus provoqué par la succion, la physiologie de la mère est en mesure de répondre aux besoins du nourrisson; la lactation actionne la suppression de la fonction ovarienne et repousse ainsi l'échéance du recouvrement de la fécondité. Ceci donne à la mère le temps matériel de se consacrer aux soins à donner au nouveau-né avant que ne survienne une autre grossesse. L'interaction entre la mère qui allaite et le nourrisson évolue avec le temps, avec la diminution de la fréquence des tétées et avec l'apport d'autres aliments dans le régime de l'enfant qui devient de moins en moins directement dépendant de la mère pour survivre. La période d'allaitement au sein constitue par conséquent un stade transitoire entre la grossesse et une période d'autonomie relative pour la mère et pour l'enfant.

Dans le modèle de reproduction humaine les rôles parentaux, en dehors de l'allaitement maternel, sont très importants. A l'encontre d'autres espèces, les capacités fonctionnelles du cerveau humain ne sont pas stimulées par un simple comportement instinctif; elles exigent un apprentissage. Le potentiel de l'A.D.N. humain s'exprime au mieux quand cet apprentissage s'effectue dans un cadre sécurisant et empreint d'affection. Le développement à long terme du nouveau-né implique le transfert du capital d'expériences et de connaissances acquises par l'humanité tout entière. La responsabilité de cette tâche incombe aux parents de l'enfant et à la société.

3. Changements intervenus au cours de l'histoire

Le contexte dans lequel s'effectuent les fonctions procréatrices a sensiblement changé au cours de l'histoire. Jadis la première grossesse survenait peu après les toutes premières règles. L'accouchement était suivi d'un allaitement prolongé, l'aménorrhée résultant de cette longue période de lactation retardait de 4 ou 5 ans le retour de la fécondité, puis cette séquence -- grossesse, lactation, aménorrhée -- se répétait. En pareilles circonstances, les cycles menstruels n'étaient pas un phénomène régulier, les maternités alternant avec les longues périodes d'allaitement. Imaginez la femme à l'époque des cavernes : soit enceinte soit élevant un enfant en bas âge. Dans cette situation, cette femme était tributaire des hommes et du reste du clan pour se nourrir et pourvoir à ses besoins. Les autres femmes de son entourage devaient sans doute jouer un rôle en matière d'apprentissage et d'assistance durant la grossesse. A cela s'ajoutait une grande responsabilité car le nouveau-né était totalement dépendant de la mère et de l'allaitement au sein pour survivre. Durant les premiers temps suivant l'accouchement, la femme subissait l'influence des hormones associées à la lactation et qui contribuent au maternage. Les soins prodigués par la suite à l'enfant devaient procéder sans doute de la qualité des liens établis entre la mère et l'enfant. A l'époque la femme passait par des périodes de dépendance et de responsabilité associées aux fonctions procréatrices, et les relations de la femme avec son partenaire et avec les autres membres du clan étaient essentielles à la survie du Moi de la mère et à la survie de l'enfant. Les périodes durant lesquelles une femme était autonome et se trouvait déchargée de responsabilité, devaient être limitées, a fortiori, si l'on tient compte du fait qu'atteindre le 3ème âge procédait alors d'un rare privilège.

Le schéma de la procréation, qui est demeuré inchangé durant des milliers d'années, s'est avéré porteur puisque l'espèce a survécu et s'est multipliée

pour atteindre le stade actuel. Ce schéma est donc profondément ancré en nous. Il affecte non seulement notre comportement biologique mais aussi les perceptions, émotions et expression du Moi, tant chez l'homme que chez la femme. Les rôles joués par les hommes et par les femmes dans le cadre de cette stratégie procréatrice ont été confortés par des normes d'ordre religieux et culturels, et par des structures économiques. Ce schéma de procréation procède aussi d'attitudes surannées que nous avons maintenues, telle que la traditionnelle résistance à l'idée que la femme travaille hors du foyer et soit séparée de ses enfants; à cela s'ajoute la réticence de l'homme à s'occuper de nouveaux-nés ou encore le peu d'estime témoigné aux hommes incapables de subvenir aux besoins de leur famille.

Le schéma de la procréation a évolué quelque peu sous l'impulsion de facteurs socio-économiques et technologiques. L'âge auquel un individu est considéré comme mature et capable d'avoir une famille à charge est plus élevé, la puberté ne marque plus le passage à l'âge adulte; l'intervalle qui s'écoule entre la puberté et le mariage ou la première grossesse tend à augmenter à mesure que s'accroît la complexité de la culture. L'âge de la première grossesse étant retardé et la durée de l'allaitement au sein étant abrégée, les cycles menstruels se manifestent durant un certain nombre d'années après les toutes premières règles, réapparaissent entre les grossesses et ne prennent fin qu'au moment de la ménopause. Ces changements impliquent que la femme est moins exposée qu'autrefois aux stéroïdes endogènes, ce qui affecte certainement son comportement et sa santé. Les intervalles entre des naissances s'étant accrus en maints endroits avec la pratique de méthodes de planification familiale, il en résulte un abaissement du taux moyen de grossesses. En raison de la prolongation de la durée de vie au cours des dernières décennies, les femmes vivent au-delà de la ménopause et donc de la cessation de l'ovulation. Aussi les activités associées à la maternité ne monopolisent-elles plus autant la femme que dans le passé. De plus, la technologie a fourni les moyens d'accomplir plus rapidement certaines des tâches associées à la survie, facilitant ainsi la vie quotidienne de nombreuses femmes, en particulier dans les pays développés. Chez certains groupes, les s'intéressent aux hommes soins à donner à l'enfant et y participent ainsi qu'à certains travaux ménagers, ce qui leur vaut d'être considérés par les femmes comme co-protagonistes de ces processus.

Ces changements ont eu une profonde influence sur l'attitude de la femme, puisqu'ils lui ont permis de disposer de davantage de temps pour penser à elle-

même et à ses rôles, pour s'assumer dans des domaines sans rapport avec ses fonctions procréatrices et donc pour agir à titre d'être humain autonome. Après les périodes d'alternance entre la dépendance et la responsabilité qui la marquaient à l'origine, la femme a acquis des périodes d'autonomie, de même qu'une prise de conscience accrue de sa personne et des aspects complexes de la société au sein de laquelle elle vit. Elle a aujourd'hui le temps de se livrer à d'autres activités qui, parfois, sont en conflit avec ses rôles de procréatrice. Il est important pour nos sociétés modernes, de reconnaître la valeur productive de la femme et non plus simplement ses fonctions reproductives.

Ayant tissé cette toile de fond, j'aimerais ajouter quelques commentaires sur les questions débattues aujourd'hui.

4. Hygiène de la reproduction chez la femme

Les soins relatifs à l'hygiène de la reproduction doivent se placer dans la perspective individuelle de chaque femme, du stade de vie dans lequel elle se trouve et du contexte dans lequel elle vit. Tout au long de la vie, la physiologie de la reproduction impose infiniment plus de contraintes à la femme qu'à l'homme. De l'enfance à la ménopause, la vie de la femme est ponctuée de stades physiologiques très divers. Ses premières règles sont suivies d'une succession de cycles menstruels jusqu'à leur interruption par la grossesse, l'accouchement et la lactation, suivies d'autres cycles menstruels interrompus de nouveau par une autre grossesse et ainsi de suite, jusqu'à la ménopause. De plus, chaque cycle menstruel s'accompagne, au jour le jour, de modifications de l'activité endocrinienne qui affectent le fonctionnement des organes de la reproduction, l'humeur et le comportement. Par conséquent, le schéma endocrinien de la femme, qui est constamment perturbé, contraste singulièrement avec celui de l'homme, qui est beaucoup plus stable. Etre conscient de ces changements et des différents stades qui marquent la vie de la femme, revête une importance cruciale en matière d'hygiène de la reproduction.

L'environnement et les conditions socio-économiques et culturelles varient selon les pays et les régions, ce qui a des répercussions sur la santé des femmes et sur les conséquences du comportement sexuel et procréateur. Un exemple frappant -- dans certains pays en développement, les cas de mortalité maternelle peuvent être de l'ordre de 600 pour 100.000 femmes, alors que dans les pays développés ils sont environ 30 fois moins importants. La couverture des

6

soins de maternité, qui frôle les 100% dans les pays développés, accuse un taux inférieur à 25% dans les pays en développement. Dans ces pays, l'âge moyen de la première grossesse est beaucoup plus précoce et le nombre d'enfants engendrés par une femme plus élevé que dans les pays développés, ce qui entraîne des effets pervers sur la santé maternelle et infantile.

Il convient d'aborder les sujets prévus au programme de cette réunion dans le contexte des conditions de vie de la femme. En raison des situations très différentes qui existent dans les pays développés et dans les pays en développement, les conséquences d'une politique ou d'une approche programmatique des problèmes relatifs à l'hygiène de la reproduction, à la planification familiale ou à l'allaitement maternel peuvent être très dissemblables.

5. Allaitement maternel

L'allaitement au sein est-il, de nos jours, aussi essentiel à la survie qu'il l'était à l'époque des cavernes ? Dans les pays développés, la réponse est négative. Les taux de mortalité infantile sont plus bas dans les pays occidentaux, où la majorité des enfants sont nourris très tôt au biberon. Néanmoins dans les pays en développement, l'allaitement maternel demeure le moyen d'éviter des taux élevés de mortalité et de morbidité. Dans les secteurs économiquement faibles d'une société, l'emploi de lait artificiel est onéreux, la préparation du biberon laisse à désirer et celui-ci est souvent contaminé; de plus la valeur nutritive des autres aliments disponibles est généralement marginale. Au vu de nombreuses études, la différence spectaculaire constatée entre les taux de mortalité enregistrés chez les enfants nourris au sein et chez ceux qui ont été sevrés démontre clairement la nécessité de privilégier l'allaitement maternel dans ces pays.

Dans les pays en développement, l'allaitement au sein est important pour la santé et pour la condition de la femme. L'allaitement maternel contribue à accroître les chances de survie du nourrisson, et, par ricochet, atténue les pressions exercées sur la femme pour enfanter davantage afin de maximiser les chances de descendance. L'allaitement contribue aussi sensiblement à l'espacement des naissances, notamment lorsque le recours aux méthodes de planification familiale est minime. De plus, le succès de l'allaitement s'accompagne d'un sentiment de fierté et d'un plus grand respect de soi-même; il génère l'approbation sociale et le label de bonne mère, image-emblème de la femme dans de nombreuses cultures. Ces sentiments revêtent une grande importance chez

une femme qui a peu de possibilités d'élargir ses horizons, dont le paysage affectif est aussi limité que les marques d'appréciation dont elle est l'objet, et chez qui l'enfant devient la raison d'être.

Selon les propres termes de femmes venues à notre consultation : "Je croyais ne tenir à rien, ne rien savoir, je ne prenais aucune décision. En apprenant que j'étais importante pour l'enfant, j'ai appris à mieux apprécier ce que je représente". "Maintenant, je sais quelque chose sur moi que j'ignorais avant, que je suis capable d'apprendre et de faire quelque chose de bien". "Ce que j'apprends sur le bébé, je le dis à mon mari et il me respecte davantage ... et il est maintenant fier de moi". "Ce que j'aime le plus, c'est donner le sein au bébé... C'est tellement agréable ce qui m'arrive". "Jamais je n'aurai pensé que c'était aussi agréable, l'enfant se porte bien, et je ressens un tel amour". "J'ai l'impression d'être un tout, d'être très proche de l'enfant, je ne sais pas comment dire, je me sens heureuse".

D'autre part, si nous évoquons la qualité de la vie au stade néonatal, l'allaitement maternel demeure un puissant outil que nous confie la nature pour satisfaire aux besoins du nouveau-né, que nous habitons dans un pays développé ou en développement. Rien ne saurait remplacer les correspondances intimes entre la physiologie de la mère et les besoins nutritionnels, immunologiques, endocriniens et sensoriels du nourrisson. Il convient que les femmes soient informées des avantages présentés par l'allaitement maternel; mais elles ne devraient pas être forcées à le pratiquer ni se culpabiliser si elles y renoncent. Bien que l'allaitement au sein fasse partie de notre condition de mammifère, la civilisation moderne en a fait une option. A l'instar d'autres aspects de sa vie, il est temps que la femme prenne ses propres décisions quant au meilleur choix à faire.

Nous ne devons pas perdre de vue que la période qui suit l'accouchement est un moment difficile à traverser pour la femme qui doit concilier les exigences de l'enfant, son désir d'assumer son rôle maternel et les autres attentes au foyer ou à l'extérieur; elle ressent des incertitudes quant à la tâche à accomplir, elle doit faire face au contrecoup émotionnel de bouleversements physiologiques, au réaménagement de relations interpersonnelles et à ses conditions de vie. Ce stress s'accroît lorsque son partenaire, sa famille ou les services de santé ne lui apportent qu'un soutien minimaliste. Les rôles parentaux demeurent mal répartis dans bien des familles où la responsabilité principale d'élever les enfants incombe strictement à la femme et où les

services de santé tendent à s'intéresser plus aux nouveaux-nés qu'aux mères.

6. Planification familiale

Les femmes et les couples devraient être en mesure d'exprimer leur sexualité et de décider de leur comportement procréateur en fonction de leurs besoins et de leurs conditions de vie. Un enfant a le droit d'être désiré, d'être l'objet de soins, d'être choyé, de bénéficier du soutien qui lui permettra de s'épanouir et de devenir un être créatif au sein de la société humaine. Telles sont, à mon avis, les raisons les plus solides d'appuyer et de mettre en oeuvre des programmes de planification familiale. Le succès personnel signifie qu'une maternité sera différée aussi longtemps qu'on le désire. Pour ce faire, le choix d'une méthode de planification familiale doit répondre à des critères biomédicaux et au style de vie de la femme. Dans les pays en développement, la majorité des femmes contactent les services de santé durant la grossesse et au moment de l'accouchement, et c'est durant la période d'allaitement qu'elles demandent ou reçoivent des informations ou des conseils en matière de planification familiale.

Pour ménager un intervalle génésique adéquat, la planification familiale revêt une importance particulière chez la femme qui allaite. Elle comporte des impératifs, car à ce stade de sa vie l'enfant est affecté par l'organisme de la mère. Les femmes qui allaitent doivent adopter, pour des raisons personnelles ou des besoins programmatiques, une méthode de planification familiale avant ou après le retour de couches. Il existe un consensus sur la nécessité de doter ces femmes de moyens qui n'affectent ni la lactation, ni la croissance ou la santé du nourrisson, et qui soient efficaces et sûrs, dans les conditions physiologiques spécifiques résultant de l'allaitement maternel.

D'importantes questions programmatiques se posent, notamment le calendrier d'initiation à la méthode de planification à déterminer en fonction de la pratique d'allaitement maternel désiré et du choix de contraceptif, ainsi que la façon d'incorporer aux soins de santé dispensés à l'accouchée, les informations et conseils qui ont trait à l'allaitement au sein, à l'infécondité résultant de la lactation et à la planification familiale. Le défi qui se pose aux services de planification familiale est de faire en sorte qu'une femme, une fois informée de ses options, puisse choisir, en connaissance de cause, le type d'allaitement maternel qu'elle pratiquera et le moment où elle aura recours à une mode de contraception pour répondre à ses propres besoins.

L'infécondité associée à la lactation demeurant l'un des principaux déterminants biologiques des intervalles génésiques, si l'allaitement maternel venait à tomber en défaveur, ceci induirait une hausse spectaculaire des prestations de planification familiale requises pour maintenir les taux de fécondité à leurs niveaux actuels. En conséquence, l'allaitement au sein devrait être intégré aux programmes de planification familiale, non pas en tant que substitut à la contraception, mais comme solution d'appoint.

7. Travail

À l'instar des autres sujets inscrits à l'ordre du jour de cette réunion, le terme de "travail" a des définitions multiples. Il peut s'agir du travail mental ou physique nécessaire à la réalisation d'une chose, de la force nécessaire pour déplacer un objet, de l'effort à déployer pour découvrir les ressources nécessaires à la survie et à la croissance, enfin de l'énergie requise pour susciter des changements en nous-mêmes, chez des tiers ou dans l'environnement. Le travail peut être agréable ou fastidieux apprécié ou ignoré, rémunéré ou non, motivant ou frustrant, indépendant ou collectif. On peut espérer qu'il contribue à l'amélioration de notre condition d'individus, à celle du groupe au sein duquel nous vivons et, sur une échelle modeste, à l'avenir de l'humanité, ne serait-ce que parce que chacun d'entre nous représente un élément de l'espèce humaine, et que l'amélioration de la condition de l'un de ses membres renforce l'espèce tout entière.

Je tiens à classer l'allaitement maternel dans la rubrique travail, sentiment sans doute partagé par toute femme qui se sent épuisée après avoir allaité. Il s'agit d'un travail en raison de la somme d'énergie requise pour produire le lait et les nutriments nécessaires à l'enfant. Nourrir et prodiguer des soins au nourrisson jour et nuit constitue aussi un investissement en temps et en énergie. L'allaitement maternel représente une tâche hautement spécialisée, car personne n'est mieux que la mère en mesure de satisfaire aux besoins biologiques de l'enfant. Facteur de production, l'allaitement se traduit par la croissance et le développement d'un être humain.

Travailler hors du foyer peut améliorer les conditions de la femme de maintes façons et lui permettre notamment d'augmenter ses revenus -- ce qui la libère de contraintes économiques -- d'acquérir de nouvelles connaissances et de pouvoir s'affirmer, de ressentir la satisfaction inhérente au travail créatif, enfin d'élargir collectivement le champ d'expériences et les horizons de la femme. Toutefois à cause de leur manque d'instruction et d'autres entraves peu de

femmes vivant dans les pays en développement ont accès à des emplois valorisants. L'allaitement maternel constitue donc pour ces femmes l'une des rares options disponibles. Mais la société ne considère pas l'allaitement maternel comme un travail, et celles qui le pratique ne sont ni soutenues ni appréciées, c'est là que le bât blesse. Qui plus est elles parviennent à satisfaire aux autres attentes qui grèvent leur temps, leur énergie et alourdit leur fardeau quotidien, alors même que l'apport extérieur d'énergie dont elles bénéficient est négligeable.

L'idéal serait que la femme puisse décider de ses pratiques d'allaitement en fonction de ses possibilités d'assumer d'autres tâches, en particulier à l'extérieur du foyer pour être rémunérée. Un libre choix exige d'envisager au moins deux possibilités diamétralement opposées : ou bien la femme décide de travailler et de suspendre l'allaitement au sein, ou bien de prolonger l'allaitement et donc de différer la recherche d'un emploi. Quoi qu'il en soit, sa décision doit être respectée. D'autre part, si l'environnement social et les lieux de travail offraient des conditions propices à la femme qui allaite, travailler hors du foyer ne devrait pas constituer un obstacle au maintien de l'allaitement maternel. Enfin, l'allaitement au sein ne devrait pas compromettre ses chances d'embauche.

8. Féminisme

Chacun de nous prête peut-être une définition différente au mot de "féminisme", ou y réagit différemment. Pour moi, le féminisme est le droit pour toute femme de réaliser le potentiel de son A.D.N. sans contraintes imposées au nom d'une discrimination sociale, culturelle ou économique. Toute femme a le droit d'exister, d'être perçue et d'être traitée comme la personne unique qu'elle est. Ceci implique aussi qu'il existe autant de façons de se comporter en tant que femme qu'il existe de femmes. Toutefois, les rôles procréateurs décrits plus haut font aussi partie du message inscrit dans l'A.D.N. L'avenir de l'espèce humaine sera affecté par la manière dont nous vivons aujourd'hui les rôles assignés à chaque sexe.

Le sexe n'est pas uniquement défini par des chromosomes ou par des fonctions biologiques; il représente aussi une construction sociale. Il nous appartient de mieux comprendre l'apport des multiples facteurs en jeu. Je présente ici une perspective biologique dans l'espoir de contribuer au débat sur les rôles et les droits en matière de reproduction, et d'identifier certains points contradictoires. Si nous oublions notre condition de mammifère, cela risque de

rendre plus difficile la compréhension de certains comportements ancrés dans notre passé biologique.

Notre situation est loin d'être idéale. Le sexisme affecte d'une manière ou d'une autre la vie de la femme dans presque tous les pays et plus particulièrement dans les secteurs désavantagés de chaque société. L'impact négatif de cette forme de discrimination est plus accentué dans le monde en développement. Dans certaines sociétés, le sexisme affecte la nutrition, l'accès aux soins de santé, la scolarisation des filles; il entrave la liberté de prendre des décisions en matière de comportements procréateurs ou sexuels, ou de pratiques pour espacer les naissances. Dans de nombreuses sociétés, la femme est un objet reproducteur et producteur, ainsi qu'une source de services. Peu épaulée dans ses diverses tâches, son rôle est peu reconnu et elle en retire peu ou pas d'avantages économiques. Cette situation se traduit, pour la femme, par moins de formation, moins de temps pour penser, moins de possibilités d'insertion dans la société, moins de liberté et moins de pouvoirs que l'homme.

De plus, pour la femme, la voie qui conduit à la réalisation d'aspirations personnelles demeure difficile, en raison des impératifs imposés par la procréation et de la résistance opposée par de nombreuses sociétés au changement d'habitudes gravées dans le subconscient; et ceci vaut pour le schéma de la reproduction. Après tout, ce schéma a assuré à l'espèce humaine un succès inégalé. Voir un nouveau comportement se dessiner face à la dynamique traditionnelle de l'espèce peut semer l'effroi dans la société. Un autre facteur contribue aux difficultés auxquelles la femme se heurte; il a trait à la manière dont les sociétés ont transféré aux domaines non reproducteurs de la vie, les rôles et les formes d'interactions associées au comportement procréateur, réduisant ainsi les possibilités dont pourraient disposer les femmes pour exploiter leurs autres capacités.

9. Conclusion

Le devenir de l'espèce relève de la responsabilité de chacun de ses membres. Une bonne qualité de vie durant le premier âge accroît les chances d'un avenir meilleur. L'allaitement maternel est un composant important de ce bon départ dans la vie, spécialement dans les pays en développement. Mais l'avenir ne justifie pas, dans le présent, une répartition inéquitable des tâches qui fait supporter aux femmes la plupart des responsabilités et des risques associés à la fonction procréatrice. Il convient que la famille et la société

acceptent leur part de prise en charge de ces tâches, et notamment de se mobiliser pour apporter leur soutien à l'allaitement maternel. Les femmes qui allaitent doivent bénéficier de conditions favorables à l'allaitement sur leur lieu de travail, de soins de santé adéquats et d'une meilleure nutrition; elles doivent aussi être épaulées et appréciées à leur juste valeur.

Les hommes n'allaitent pas, certes, mais ils peuvent participer aux fonctions parentales et aux tâches domestiques. Les carences paternelles constituent un important aspect de notre comportement procréateur actuel. Si l'homme acceptait d'assumer le rôle qui lui revient, il nous serait moins nécessaire de discuter des rôles de la femme et du fardeau que lui impose notre schéma de reproduction.

Ces propos ont pour but de contribuer à l'introduction d'une perspective évolutionniste plus large dans le débat consacré à l'allaitement maternel et aux autres rôles associés à la reproduction. Pour pouvoir assurer la promotion de la femme et lui permettre de s'assumer selon ses aspirations personnelles et ses vœux d'un avenir meilleur pour l'humanité tout entière, il nous faut comprendre notre comportement procréateur dans le contexte d'une société en mutation. J'espère avoir été en mesure de communiquer les raisons qui me portent à estimer que l'allaitement maternel demeure une composante importante du processus de la reproduction humaine.

Incidence de l'allaitement maternel sur la santé de la femme

K.I. Kennedy
Family Health International

Sommaire

Les travaux de recherche sur l'allaitement au sein et son incidence sur la santé maternelle se sont, pour l'essentiel, centrés sur le cancer du sein, la raréfaction du tissu osseux et la déplétion de la mère. Il se peut que l'allaitement maternel fournisse une certaine protection contre le cancer du sein. La nutrition adéquate de la mère, la prolongation de la période de sevrage et l'espacement raisonnable des naissances devraient contribuer à atténuer la raréfaction potentielle du tissu osseux ou déplétion maternelle entraînée par l'allaitement. Quel que soit le mode d'évaluation choisi pour soupeser les bienfaits et les risques de l'allaitement, il est clair qu'il convient, au plan programmatique, de veiller à l'équilibre du régime alimentaire des femmes qui allaitent, et de les aider à espacer leurs naissances.

Mots clés : *allaitement maternel, santé maternelle, nutrition*

1. Introduction

L'allaitement maternel et ses multiples conséquences ont une incidence sur la santé de la mère. Or, la recherche engagée sur l'allaitement et ses effets sur la santé maternelle porte surtout sur quelques domaines notamment le cancer du sein, la raréfaction du tissu osseux et la déplétion de la mère. Il est néanmoins important de placer les conséquences de l'allaitement pour la santé de la mère dans un contexte plus large et plus valide. Discuter de la santé de la femme en esquivant la question de son bien-être psychosocial et économique aboutit à un examen incomplet de la question. Car, l'état psychique et la pauvreté de la femme peuvent avoir de profondes répercussions sur sa santé.

Prenons un exemple portant sur la santé psychosociale de la mère : l'allaitement au sein est censé stimuler l'attachement maternel et donc permettre à la plupart des mères de tisser des liens psycho-affectifs spéciaux avec leurs nouveaux-nés. Des études faites aux Etats-Unis indiquent que lorsqu'elles allaitent, les femmes économiquement faibles ont une confiance accrue dans leur savoir-faire de parent et dans leurs capacités de pourvoir aux besoins de leurs enfants. L'on a constaté que ce sentiment perdure bien au-delà de la durée de la lactation. Il conforte l'identité de la femme en tant que mère ou parent. Dans ce cas, l'allaitement maternel lui offrirait un moyen de s'assumer [1].

L'incidence positive potentielle de l'allaitement maternel pourrait revêtir une importance grandissante dans l'avenir car, à mesure qu'évolue la société et que s'effrite le rôle de soutien joué par la famille étendue, tout ce qui peut concourir à aider les parents à mieux maîtriser leur rôle ou à ressentir un bien-être psychologique, pourrait avoir des prolongements sur l'état général d'au moins une génération de femmes et de leurs familles durant la transition socio-économique et à une époque où dans de nombreuses cultures, la fonction de la famille adopte de nouvelles normes.

La moins grande importance accordée à la santé psychosociale résulte peut-être de la difficulté à mesurer des concepts comme l'attachement, le pouvoir, la confiance, et même à déterminer ce que l'on entend par identité maternelle positive. S'engager plus avant dans cette voie sous-entend également des attributs négatifs prêtés aux femmes qui n'allaitent pas, par rapport à celles qui nourrissent au sein. Nous préférons ne pas porter de jugements sur les femmes qui renoncent à l'allaitement. S'appesantir sur cette question s'avère difficile, voire pénible et même sans intérêt, alors qu'il existe tant d'autres aspects de la santé de la femme qui méritent aussi que l'on s'y attarde.

Le bien-être physique est étroitement lié au bien-être économique. La précarité financière d'un foyer fragilise la santé de la femme. Un exemple : de minces revenus signifient que la nourriture disponible va

généralement en premier aux hommes, puis aux enfants de sexe masculin, à ceux de sexe féminin, puis aux femmes [2,3]. Aussi, le bien-être économique de la famille exige de plus en plus que la femme y participe par un travail rémunéré. Comme il ressort d'un autre document qui explore la question en profondeur (voir O'Gara, p. S33), la relation entre l'allaitement maternel et l'emploi de la femme n'apparaît pas clairement. Par son travail rémunéré, la femme aide à déterminer le degré de bien-être économique qui, à son tour, devient un déterminant commun pour évaluer d'autres aspects de son état de santé [4,5], ce qui sera apparent dans la discussion sur la raréfaction du tissu osseux et la déplétion maternelle.

En conséquence, il faut comprendre que les questions de santé maternelle liées à l'allaitement ne se limitent pas au cancer du sein, à la raréfaction du tissu osseux et à la déplétion de la mère. Bien que chacune de ces questions soit importante, la santé de la femme s'inscrit dans le cadre d'un éventail de facteurs plus large que ceux qui seront évoqués ici.

2. Cancer du sein

Les taux de cas de cancer du sein varient selon les régions. Toutefois, ceux signalés en milieu urbain dépassent invariablement de 50% le nombre de ceux enregistrés dans les zones rurales. Les taux varient aussi par catégories ethniques, religieuses et socio-économiques. En conséquence, on présume que le cancer du sein a une étiologie environnementale, l'environnement sous-entendant ici des facteurs alimentaires, sociaux et culturels. Plus d'un demi million de nouveaux cas sont diagnostiqués annuellement [6]. Devant cette prévalence, même les effets protecteurs négligeables décelés lors d'études épidémiologiques permettraient d'éviter un nombre important de nouveaux cas de ce cancer.

Des preuves assez convaincantes montrent qu'un premier enfant chez une femme jeune la protège contre le cancer du sein. Certaines études ont permis d'établir que la parité élevée assure un effet protecteur supplémentaire. Une hypothèse fondée sur le fonctionnement hormonal est le plus souvent avancée pour expliquer les facteurs de risques de cancer du sein liés à la reproduction. Théoriquement, plus les cycles ovulatoires sont nombreux et plus la femme court le risque d'être atteinte d'un cancer du sein; chez la femme souvent enceinte, ces cycles sont à l'évidence plus restreints que chez celle qui est nullipare. Cette théorie hormonale expliquerait aussi la relation de cause à effet parfois perçue dans les cas de cancer du

sein dépistés chez des femmes ayant eu des règles précoces et/ou une ménopause tardive. Deux petites études donnent à penser que l'effet protecteur de la parité élevée et du jeune âge de la mère à la première parturition se limite à prévenir la formation de tumeurs sensibles aux récepteurs d'oestrogène. Il se peut que la grossesse atténue les risques de cancer du sein en restreignant le nombre de cellules sensibles aux récepteurs d'oestrogène, ce qui fait que le sein est moins exposé à l'influence cancérogène de l'estrogène [7].

Avant 1985, 17 études épidémiologiques du cancer du sein avaient été publiées, qui comprenaient la lactation parmi les facteurs de risque possible. Environ $\frac{2}{3}$ de ces études indiquaient que le fait même d'avoir allaité se traduisait par un effet protecteur, alors que $\frac{1}{3}$ environ des travaux ne décelaient pas d'effet du à l'allaitement [8]. (Il est désormais admis que la lactation ne constitue pas un facteur de risque en matière de cancer du sein. Des études sont entreprises pour explorer la protection possible qu'offre l'allaitement contre cette forme de cancer.) Après 1985, la plupart des études se sont attachées à mesurer et à tenir un compte plus précis d'autres facteurs protecteurs tels que la parité et l'âge de la mère lors de la première grossesse menée à terme. Ces études ont également cherché à établir la relation dose/réaction entre la lactation et le cancer du sein, et à faire la distinction entre la fréquence des cas avant et après la ménopause. En dépit des améliorations apportées dans la méthodologie, les études continuent d'aboutir à des conclusions quelque peu contradictoires. Les conclusions pertinentes extraites des articles les mieux documentés publiés entre 1985 et 1990 sont examinées ici, de même que la teneur de quelques uns des plus récents articles disponibles au moment de la préparation du présent mémoire (voir tableau no. 1).

En 1986, McTiernan et Thomas communiquaient les résultats d'études faites dans l'Etat de Washington, sur des femmes n'ayant pas atteint la ménopause, résultats corrigés en fonction de variables tels que l'âge, le nombre de grossesses menées à terme et l'âge de la mère au moment de son premier accouchement [9]. Plus le nombre total de mois d'allaitement au sein s'accroissait dans le courant d'une vie, plus le risque de cancer du sein diminuait. Toutefois, aucun effet protecteur n'a été décelé chez les femmes qui avaient franchi le cap de la ménopause. En 1989, les résultats obtenus aux Etats-Unis dans le cadre de l'étude dite "CASH" (contraceptive and steroid hormone : contraceptif et hormone stéroïde)[10] confirmaient la dose/réaction enregistrée avant et après la ménopause chez les femmes examinées.

La même année, Siskind faisait part de résultats obtenus en Australie [11]. S'ils établissent aucune dose/réaction, l'examen des quotients de risque suggèrent un effet protecteur pour toutes les durées d'allaitement. Bien que les 95% d'intervalles de confiance incluent un seuil de 1,0 -- soit aucun effet protecteur ou de risque -- les auteurs parviennent à la conclusion que l'effet est protecteur. En 1990, London et ses collègues annonçaient une étude prospective dont les résultats étaient analogues à ceux de Siskind, et concluaient que l'allaitement maternel ne fournit aucune protection contre le cancer du sein [12].

En 1988, une étude faite à Shanghai signalait des risques relatifs extrêmement bas (0,35-0,37) chez des femmes qui avaient allaité pendant six ans ou plus [13].

Une étude effectuée en Suède et en Norvège, prenant en compte la parité, l'âge de la mère à la première naissance menée à terme et d'autres facteurs reproductifs ou sociaux, n'établit aucun lien entre la lactation et le cancer du sein chez les femmes de moins de 45 ans [14].

Au Japon, un effet protecteur indépendant de l'allaitement a été présenté comme une dose/réaction importante, compte tenu de la parité, du stade ménopausique et de l'âge de la mère à la naissance du premier enfant. Toutefois, les 95% d'intervalle de confiance incluaient, de façon générale, un seuil de 1,0, indiquant l'absence d'effet ou bien un effet protecteur marginal [15].

Une étude effectuée en Grande Bretagne sur un groupe de femmes fait également état d'une importante dose/réaction obtenue dans le cadre d'une analyse destinée à établir, comme ci-dessus, des facteurs de risques associés à la reproduction; notons que les intervalles de confiance ne sont pas précisés. Ces chercheurs concluent aussi que l'allaitement maternel à des propriétés protectrices [16].

L'Etude collective de l'OMS sur la néoplasie et les contraceptifs se faisait l'écho, tout récemment, d'effets protecteurs importants décelés dans l'allaitement maternel prolongé (période supérieure à 12 mois sur une vie entière); toutefois, après correction en fonction de l'âge de la mère à la première naissance et de la parité, aucun effet protecteur n'était relevé [17].

Pour sa part, l'Académie nationale des Sciences aux Etats-Unis conclut : "Les toutes dernières évaluations épidémiologiques suggèrent une protection possible de l'allaitement maternel contre le cancer du sein, mais des résultats contradictoires ont aussi été relevés"[18].

Il a été procédé récemment à une étude de cas témoins, basée sur des échantillons de population et sur l'identification de patientes atteintes d'un cancer du sein, à partir de registres de tumeurs dépistées dans 4 Etats, et d'enquêtes auprès de titulaires de permis de conduire et de bénéficiaires du programme Medicare (Assistance médicale). Les résultats ont révélé qu'après correction en fonction de la parité, de l'âge à la première parturition et d'autres facteurs de risques, le nombre de cas de cancer du sein dépistés chez les femmes n'ayant pas atteint la ménopause était nettement moins élevé chez les femmes qui avaient allaité. Cet effet protecteur s'accroissait en même temps que la durée totale des mois d'allaitement au sein. Toutefois, aucune association n'a été établie avec les cas de cancer décelés chez les ménopausées [18a].

Pourquoi certaines études révèlent-elles l'existence d'un effet protecteur alors que d'autres ne parviennent pas aux mêmes conclusions? Il semble que la plupart des études épidémiologiques n'aient pas été spécifiquement conçues pour examiner le rôle de l'allaitement maternel dans le cancer du sein. Bien que les études récentes soient plus pointues que celles qui les ont précédées, elles continuent de présenter des carences dans la sélection et les mesures. A titre d'exemple, les mesures effectuées sur l'allaitement continuent de varier d'une manière significative. Bien que les chercheurs ne se bornent plus à mesurer la durée de l'allaitement selon le paramètre "pratiqué/exclu", certaines études déterminent la durée moyenne d'allaitement par enfant nourri au sein, et d'autres la durée totale de l'allaitement au cours de la vie de la mère. Etant donné que les pratiques d'allaitement au sein varient d'un endroit à l'autre, les durées maximales des périodes d'allaitement varient d'une étude à l'autre. Le concept qui consiste à établir une dose/réaction est en général préféré, et les analyses de tendances sont communiquées sur une base plus fréquente car elles offrent un témoignage de causalité plus convaincant. Quoi qu'il en soit, les approches suivies dans l'analyse de données n'ont pas, jusqu'ici, de caractère homogène. La variété des méthodes de sélection de contrôles ne facilitent pas non plus la comparaison des études. Les études fondées sur des contrôles en milieu hospitalier tendent à ne déceler aucun effet protecteur. Or, ces types de contrôles sont moins souhaitables que ceux effectués au niveau des collectivités où le régime alimentaire et le tabagisme constituent des facteurs de risques possibles, il se peut en effet que les facteurs aient joué un rôle dans l'hospitalisation [15]. Il est possible que ces facteurs de risques non liés à la reproduction et qui ne sont pas toujours pris en compte dans l'analyse, s'interposent pour dissimuler la présence d'un effet protecteur

véritable de l'allaitement, surtout étant donné les moyens limités dont nous disposons pour le mesurer.

En plus de la méthodologie, il est également utile d'évoquer la genèse de la lactation afin de déterminer comment le processus protège le sein d'un cancer. Revenons à la théorie hormonale : à l'instar de la grossesse, la lactation et les sécrétions qui l'accompagnent concourent à réduire le nombre de cycles menstruels d'une femme. La lactation entraîne une période d'anovulation prolongée, généralement en fonction de la durée de la lactation, ce qui concorde avec les conclusions relatives aux doses/réactions.

Il se pourrait par ailleurs que certaines anomalies hormonales sous-jacentes entravent un allaitement adéquat et prédisposent une femme au cancer du sein. Une lactation satisfaisante est peut-être un marqueur du fonctionnement normal du système endocrinien.

Le cancer du sein est probablement une maladie à étiologies multiples. Bien que l'allaitement puisse exercer un effet protecteur indépendant, cette protection est peut-être plus faible que celle d'autres facteurs causals comme l'exposition à des carcinogènes environnementaux. Il convient de noter aussi que la théorie hormonale ne peut pas, à elle seule, expliquer tous les contextes dans lesquels des cas de cancer ont été observés, notamment sa prédominance au sein gauche en Chine parmi les femmes Tanka qui, à cause de leur costume traditionnel, allaitent uniquement au sein droit [19].

Deux théories au moins ont été formulées pour expliquer l'effet protecteur indépendant de la lactation contre le cancer du sein. La première suggère que lorsque les cellules épithéliales se trouvent dans un milieu alcalin, il en résulte une hyperplasie, un atypisme de la cellule et une activité mitotique accrue; or tous ces phénomènes sont précurseurs de néoplasie [20]. La lactation normale ne produit pas un lait maternel alcalin mais un lait légèrement acide dont le pH est d'environ 6,88-7,15. Une petite étude sur du lait extrait sans succion a montré que le lait d'une femme qui n'a pas allaité accuse un pH légèrement plus élevé. Il est donc possible, que le lait non exprimé par succion stimule une activité précurseur de néoplasie dans le sein.

Une seconde hypothèse n'écarte pas la première : la succion du mamelon aurait pour effet d'éliminer les agents carcinogènes présents dans le sein. Quand la femme n'allait pas, les sécrétions apocrines et agents chimiques exogènes peuvent séjourner dans les canaux

galactophores, ce qui pourrait affecter les cellules épithéliales et accroître les risques de carcinome [20,21].

Les éléments d'information recueillis jusqu'ici étant trop fragmentaires, la recherche fondamentale s'impose pour explorer davantage les idées émises dans le cadre de ces théories.

Procéder à une recherche épidémiologique rétrospective additionnelle n'apportera vraisemblablement aucun autre éclairage à notre interprétation actuelle. De nouvelles études épidémiologiques prospectives ne devraient pas être entreprises en l'absence d'une meilleure compréhension biologique de base du développement de la glande mammaire et des fonctions mammaires qui contribuent à gérer les risques de cancer du sein. Par exemple, des études de cohortes, capables de faire la distinction entre des tumeurs sensibles aux récepteurs d'oestrogènes dans les cas dépistés, pourraient permettre d'identifier des facteurs de risques plus spécifiques associés à des sous-types de cancer du sein. Il est possible que l'allaitement maternel offre une protection contre certains sous-types de cancer du sein. La théorie hormonale pourrait expliquer pleinement certains autres sous-types de cancer du sein.

3. Raréfaction du tissu osseux

Le tissu osseux se raréfie avec l'âge et ce phénomène est plus prononcé chez les femmes que chez les hommes. L'ostéoporose est une condition qui se caractérise par des fractures dues à la raréfaction du tissu osseux, qui est marquée. A mesure que l'espérance de vie augmente, l'incidence et la prévalence de l'ostéoporose tendent à augmenter. La masse du tissu osseux atteint son maximum chez la femme au cours de la trentaine, puis amorce un déclin dont le rythme s'accélère immédiatement après la ménopause. Certains facteurs, pense-t-on, notamment le régime alimentaire, le tabagisme, l'exercice physique, affectent le taux de réduction du tissu osseux. L'on pense que la diminution de la fonction ovarienne après la ménopause entraîne la raréfaction du tissu osseux à la phase de la ménopause confirmée; il a été démontré qu'un supplément à la fois d'estrogènes et de progestérones après la ménopause empêchait la raréfaction du tissu osseux [22].

Il est difficile de savoir dans quelle mesure la lactation affecte le tissu osseux, mais la suppression de l'activité ovarienne qui caractérise l'allaitement

TABLEAU 1. SÉLECTION D'ÉTUDES SUR LA DURÉE D'ALLAITEMENT AU SEIN ET LES RISQUES DE CANCER DU SEIN

ETUDE	LIEU	RISQUE AJUSTÉ DE CANCER DU SEIN ^a		
		MOIS AS.	OR	I.C. 95%
McTiernan et Thomas, 1986 ^b	Etat de Washington	1-3	0,66	(0,35-1,20)
		4-12	0,45	(0,24-0,87)
		13+	0,45	(0,21-0,96)
		a all.	0,49	(0,30-0,82)
Layde et al., 1989	E.U.	<6	0,92	(0,82-1,02)
		6-12	0,85	(0,73-0,98)
		13-24	0,75	(0,62-0,90)
		25+	0,67	(0,52-0,85)
Suskind et al., 1989	Australie	<6	0,91	(0,54-1,56)
		7-12	0,77	(0,48-1,23)
		13-24	0,82	(0,51-1,33)
		25+	0,95	(0,59-1,55)
		a all.	0,85	(0,55-1,30)
London et al., 1990	E.U.	<7	0,95	(0,84-1,08)
		7-11	0,87	(0,71-1,08)
		12-23	0,94	(0,77-1,14)
		24+	0,98	(0,76-1,28)
Adami et al., 1990	Suède et Norvège	<6	1,1	(0,6-1,9)
		6-11	0,8	(0,5-1,5)
		12-17	1,0	(0,5-2,0)
		18-23	1,3	(0,6-3,0)
		24+	0,6	(0,3-1,4)
Yoo et al., 1992	Japon	1-3	0,71	(0,40-1,26)
		4-6	0,75	(0,41-1,38)
		7-9	0,47	(0,24-0,92)
		10-12	0,59	(0,34-1,02)
		13+	0,53	(0,26-1,05)
chi2/tendance=5.3; P<0.05				
U.K. National Case-Control Study Group, 1993	Grande Bretagne	1-3	0,83	
		4,9	0,77	
		10-15	0,53	
		16-21	0,68	
		22+	0,63	
		RR/3 meses	0,94	(0,89-0,99)
chi2/tendance=4.9; P<0.05				
Thomas et al., 1993	10 pays	4-6	1,10	(0,93-1,31)
		7-12	0,99	(0,84-1,16)
		13-36	0,92	(0,78-1,08)
		37-72	0,84	(0,68-1,03)
		73-107	0,72	(0,53-0,96)
		108+	0,99	(0,70-1,42)
P valeur/tendance ≤ 0.001				
Newcomb et al, 1994 ^b	WI, MA, ME, NH	<3	0,85	(0,63-0,97)
		4-12	0,78	(0,63-0,97)
		13-24	0,66	(0,50-0,87)
		>24	0,72	(0,51-0,99)
		a all.	0,78	(0,66-0,91)

a. Corrigé en fonction de l'âge, du nombre de grossesses menées à terme, ou de la parité, et de l'âge de la mère lors de la première grossesse menée à terme.

b. Ne concerne que des femmes n'ayant pas atteint la ménopause.

17

maternel peut être aisément assimilée à la période qui suit immédiatement la ménopause. En conséquence, on devrait s'attendre aussi à une réduction accélérée du tissu osseux pendant la lactation.

La minéralisation du tissu osseux pendant le cycle de reproduction a été examinée à fond pendant les 5 dernières années et plusieurs études se sont penchées sur le rapport entre l'allaitement maternel et la raréfaction du tissu osseux. Plusieurs études rétrospectives sur des femmes d'un certain âge, publiées en 1992 et 1993, aboutissent à des résultats équivoques. Une étude portant sur 300 femmes de Rochester, dans le Minnesota, corrigée en fonction de l'âge et du taux de masse corporelle, n'observe pas d'association générale entre la durée de l'allaitement maternel et la densité du tissu osseux. Cependant, un rapport est établi entre l'allaitement maternel pendant plus de 8 mois et une plus grande densité minérale à certains des sites de tissu osseux mesurés [23]. Une étude a été effectuée dans le sud de la Californie sur plus de 700 femmes blanches de classe moyenne, âgées de plus de 60 ans. Avant les corrections en fonction de l'âge et de la masse corporelle, l'allaitement maternel est associé à une plus grande densité du tissu osseux à certains sites, mais cet effet disparaît après ces corrections [24]. Une étude effectuée en Caroline du Nord sur 352 femmes blanches âgées de 40 à 54 ans, permet de constater que la densité de l'épine lombaire chez celles qui ont allaité est sensiblement plus grande que chez les femmes qui n'ont pas allaité, après corrections nécessaires en fonction de la parité, de la masse corporelle, de l'activité physique et de la condition ménopausique. Aucun accroissement n'est observé à hauteur du radius intermédiaire ou distal [25]. Enfin, une étude australienne sur des femmes ayant enfanté constate une relation dose réaction entre la durée moyenne d'allaitement maternel par enfant et le risque de fracture de la hanche à un âge plus avancé [26]. Une lésion causée par l'ostéoporose peut être considérée comme une véritable source d'intérêt, bien qu'à l'âge avancé auquel les femmes font l'objet de l'étude, elles puissent avoir été exposées à de nombreux risques non mesurables ou non détectables qui pourraient masquer la nature réelle du rapport entre l'allaitement et l'ostéoporose.

Récemment, encore les résultats prêtaient à confusion. Certaines études observaient une détérioration du tissu osseux, d'autres ne relevaient aucun effet de l'allaitement maternel sur le tissu osseux et une étude enregistrait une hausse de 1,5% de la densité de l'épine lombaire par enfant allaité au sein [27]. La nature contradictoire de ces rapports est probablement attribuable à la petite taille des échantillons, à d'énormes différences dans la technique de prélèvement des mesures, y compris dans le choix des sites spécifiques du tissu osseux qui sont mesurés, mais aussi et surtout dans la date du prélèvement de ces mesures du tissu osseux par rapport à la date du

sevrage. Plusieurs études prospectives nous permettent de comprendre nettement mieux la nature contradictoire des observations relevées par les études rétrospectives des années précédentes. L'analyse des meilleures observations à ce jour porte à penser qu'une raréfaction marquée du tissu osseux se produit pendant la lactation. La Figure 1 [28] montre la teneur minérale du tissu osseux de l'épine lombaire 2 jours après l'accouchement et 6 mois après. La partie supérieure montre la réduction du tissu osseux chez 12 femmes qui allaitent, alors que la partie inférieure ne révèle aucun changement chez 7 femmes nourrissant leur enfant au biberon. Cependant, il se dégage de plusieurs études récentes que la reminéralisation se produit pendant le sevrage et pendant la période qui suit la lactation. Une étude rétrospective mentionnée précédemment observe une hausse de la densité de l'épine lombaire par enfant allaité au sein. Une autre étude, effectuée en 1990, révèle une hausse de la masse du tissu osseux trabéculaire 6 mois après le sevrage [29]. D'après les résultats d'une étude effectuée à l'Institut de santé reproductive de l'Université de Georgetown, les réactions hormonales régularisant les minéraux ne retournent pas à l'état normal immédiatement après la lactation [30]. Il semble qu'avec la réapparition de l'ovulation, pendant et après le sevrage, des montées cycliques d'estrogènes soient associées à une protection contre la résorption osseuse, comme on l'observe pendant la thérapie de supplément d'estrogènes chez les femmes ménopausées. Le métabolisme du tissu osseux pendant et après le sevrage n'est pas encore bien compris, mais il est clair que les études qui ne mesurent pas la minéralisation du tissu osseux pendant et après le sevrage sont insuffisantes.

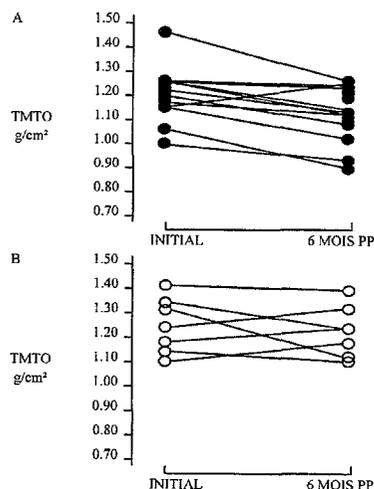


Fig. 1. Teneur minérale du tissu osseux (BMC) de l'épine lombaire (L2-L4) chez 12 femmes allaitant (A) et chez 7 femmes nourrissant au lait artificiel (B) mesurée par absorptiomètre à photon double 2 jours (initial) et 6 mois après l'accouchement (6 mois PP).

Source : Hayslip et al. [28]. Reproduite avec l'autorisation de *Obstetrics and Gynecology*

A ce jour, l'étude la plus précise est peut-être celle qui a été publiée dans le *Journal of the American Medical Association* [31]. Cette étude porte sur un nombre de femmes suffisamment grand (98) pour détecter un effet de la durée de la lactation, et elle apporte dans une certaine mesure les corrections nécessaires en fonction de l'absorption de calcium dans le régime alimentaire, de l'exercice physique et de l'indice de la masse corporelle. Élément encore plus important, il s'agit d'une étude prospective qui suit les femmes à partir d'un point de référence -- dans les 2 semaines qui suivent l'accouchement -- puis pendant toute une année couvrant ainsi les périodes de sevrage et d'après sevrage.

L'étude constate une raréfaction du tissu osseux pendant plus de 5 mois de lactation, ainsi que la reminéralisation du tissu osseux pendant et après le sevrage. A la Figure 2, la courbe inférieure représente les femmes qui ont allaité pendant plus de 5 mois. Les courbes supérieures représentent essentiellement les femmes qui n'ont pas allaité ou qui ont allaité pendant une plus courte période. Pour les femmes qui ont allaité pendant plus de 5 mois, la densité de l'épine lombaire a diminué de plus de 5% au bout de 6 mois, mais cette densité osseuse est presque revenue à son point de référence au bout de 12 mois. La figure n'illustre pas le fait que parmi les femmes qui ont sevré entre 6 et 9 mois, la densité minérale du tissu osseux est entièrement revenue à l'état normal au bout de 12 mois, alors que pour les femmes qui ont continué à allaiter, elle est toujours au bout de 12 mois inférieure de 2% au point de référence, ce qui signifie que ces femmes ne se sont pas encore entièrement reminéralisées.

Bref, une déperdition mesurable de tissu osseux se produit pendant la lactation et cette déperdition est apparemment récupérée pendant et après le sevrage. Il se peut que la masse du tissu osseux soit même plus importante chez les femmes qui ont allaité. Le retour des niveaux menstruels d'estrogènes en circulation pendant un certain temps entre les grossesses, semble être important pour restituer le tissu osseux. En conséquence, le moyen le plus expéditif de restitution de la masse osseuse perdue pendant la lactation est l'espacement des naissances.

4. Déplétion maternelle

A l'origine, le terme de syndrome de la déplétion maternelle décrivait un état de déplétion physique, caractérisé par la maladie, l'anémie, des carences alimentaires et le vieillissement prématuré, et résultant d'un certain nombre de facteurs interdépendants tels que mariage précoce, travaux physiques pénibles (en particulier pendant la grossesse et la lactation), régime préjudiciable, rations alimentaires insuffisantes, cycles de grossesse et de lactation ininterrompus [32]. Au cours des 15 dernières années, il a été accordé moins d'importance au cadre social et nutritionnel du

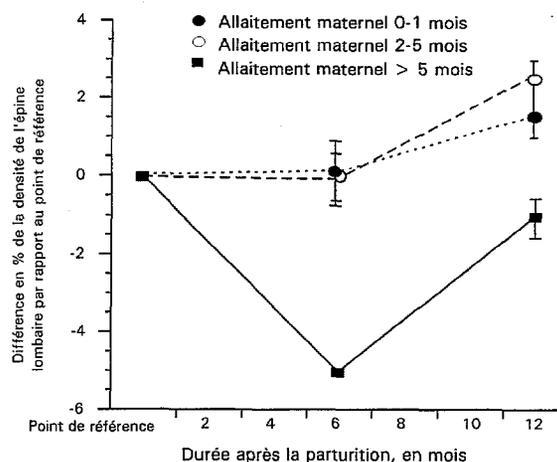


Fig. 2. Changement de la densité minérale du tissu osseux de l'épine lombaire (g/cm^2) observé pendant une période de 12 mois à l'aide de mesures prélevées au point de référence (dans les 2 semaines suivant l'accouchement), puis 6 mois et 12 mois après l'accouchement selon la durée de la lactation. Les barres représentent des SE.

Source : Sowers et al. [31.] Reproduite avec l'autorisation de *JAMA* 269(24) : 3130-3135, 1993

syndrome et des enquêtes sont apparues sur le "stress de la reproduction occasionné par des grossesses successives". Pour l'essentiel, tout effet négatif de la grossesse et de la lactation sur l'état nutritionnel des femmes peut s'expliquer par la pauvreté [33]. En conséquence, il est nécessaire de distinguer entre les effets de la malnutrition et les effets du cycle de la reproduction en soi. En 1992, des nutritionnistes de l'Université Cornell ont proposé une nouvelle définition de la déplétion maternelle, il s'agit d'une condition :

- (1) qui devrait être évaluée sur un seul cycle de reproduction à la fois;
- (2) qui se caractérise par un changement négatif dans l'état nutritionnel maternel pendant ce cycle (et ce changement s'aggrave plus la période de déplétion est longue et plus la période de réplétion est courte); et
- (3) qui se produit chez les femmes insuffisamment nourries [34].

Dans un cadre conceptuel, le cycle de reproduction peut se caractériser par l'absence de déplétion ou la réplétion complète dans le cas de femmes bien nourries, par une réplétion incomplète dans le cas de femmes marginalement nourries qui sont de nouveau enceintes avant d'avoir pleinement récupéré leur niveau nutritionnel et par l'absence totale de réplétion dans le cas de femmes extrêmement mal nourries qui

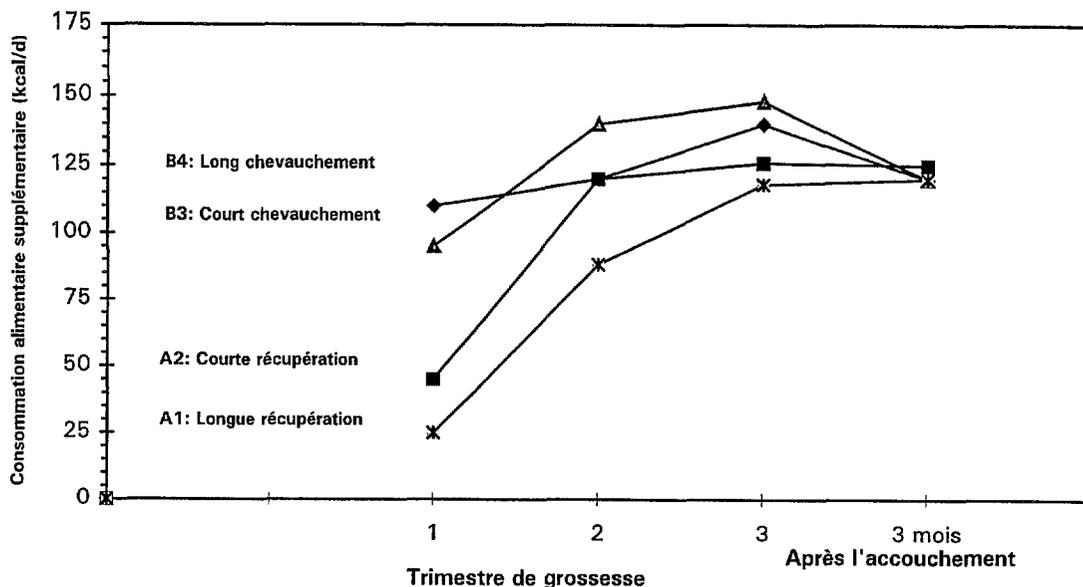


Fig 3. Moyenne de la consommation alimentaire maternelle supplémentaire pendant toute la grossesse et les trois mois après l'accouchement pour chaque sous-groupe. Les moyennes sont corrigées en fonction du type de supplément et du mois d'étude.

Source : Merchant K, Martorell R, Gonzalez-Cossio T et al. Maternal nutritional depletion : evidence of responses in women to frequent reproductive cycling. Rapport numéro 3, ICRW, mars 1990.

ont peu d'espoir d'améliorer leur consommation alimentaire. La femme dont la réplétion est incomplète peut être réceptive à des interventions spécifiques réalistes. Cependant, la femme dont les chances de réplétion sont censées être nulles doit recevoir une aide extraordinaire afin d'améliorer sa nutrition et en réalité se dégager de son enlèvement dans la pauvreté. Si les conditions de vie d'une femme sont si misérables qu'il ne lui est pas possible d'améliorer sa consommation alimentaire, elle n'est probablement pas en mesure de se permettre des méthodes de planification familiale et l'achat de lait artificiel. Dans ces conditions, son enfant risque de mourir des conséquences de l'emploi de substituts au lait maternel, et elle sera bientôt à nouveau enceinte. En conséquence, l'allaitement maternel se justifie même pour la femme dont la réplétion ne se produit pas.

Pour savoir si l'allaitement maternel comporte un net désavantage pour la mère, il faut connaître sa consommation alimentaire et la durée de sa lactation, tant complète que partielle. L'allaitement maternel complet est reconnu comme une période de déplétion, même chez les femmes bien nourries puisqu'elles perdent du poids [35]. Cependant, durant la période d'allaitement maternel partiel, l'on observe que les femmes souffrant d'une insuffisance d'énergie calorifique chronique conservent leur poids, ce qui confirme la notion que la réplétion est possible en dehors de l'intervalle de non-lactation entre les grossesses [35]. En réalité, il existe des preuves expérimentales de l'efficacité accrue du métabolisme pendant la lactation, de sorte que l'addition de calories

n'est pas toujours nécessaire pour compenser la perte d'énergie due à la lactation [36].

Afin donc de faciliter la réplétion complète, il serait bon de minimiser les périodes de déplétion (c'est-à-dire la grossesse et l'allaitement complet) et de maximaliser les périodes de réplétion (c'est-à-dire l'allaitement partiel et l'intervalle de non-lactation entre les grossesses). Trois de ces facteurs peuvent être accomplis à l'aide de méthodes contraceptives, mais la minimisation de l'allaitement complet est une stratégie qui aura des résultats défavorables étant donné qu'elle minimisera aussi la période totale d'allaitement, y compris l'intervalle de réplétion pendant l'allaitement partiel, et précipitera la grossesse suivante. Une bien meilleure stratégie de minimisation de la déplétion pendant l'allaitement complet consisterait à compléter le régime alimentaire de la mère. Des chercheurs des Philippines ont en fait constaté que l'accroissement de la consommation alimentaire, même léger (de 200 calories/jour), réduit le risque de déplétion maternelle [37].

D'après les observations résultant d'une étude prospective, si elles disposent de ressources alimentaires supplémentaires, les femmes augmentent spontanément leur consommation pendant l'allaitement complet et pendant qu'elles allaitent tout en étant enceintes. Des femmes rurales guatémaltèques ont été étudiées pendant plusieurs cycles de reproduction dans le cadre d'un essai de suppléments nutritionnels distribués à la collectivité. Les femmes ont été divisées en 2 groupes -- celles dont la lactation se chevauchait avec la grossesse suivante (groupe de chevauchement) et celles

qui connaissaient un intervalle de non-lactation entre leurs grossesses (groupe de récupération). Chaque groupe a ensuite été réparti en 2 sous-groupes, les femmes ayant une longue période de chevauchement et celles ayant une courte période de chevauchement avec la grossesse suivante, et celles ayant une longue période de récupération et une courte période de récupération. Comme le montre la Figure 3, les femmes dont le risque de réplétion incomplète était le plus élevé, c'est-à-dire celles des groupes de chevauchement, consommaient spontanément la plus grande quantité de suppléments nutritionnels au début de la grossesse suivante. Au bout de 3 mois, c'est-à-dire pendant l'allaitement complet lorsque la déplétion se produit même chez les femmes bien nourries, toutes les femmes consommaient des quantités de suppléments égales, relativement élevées. Pour réagir aux insuffisances d'énergie de la période de chevauchement, de la courte période de récupération et de l'allaitement complet les femmes avaient augmenté leur consommation dans un contexte où elles avaient librement accès aux aliments [38]. L'étude n'a pas observé de différence de poids à la naissance, ce qui porte à croire que la hausse de consommation alimentaire pendant la grossesse a aidé les femmes dont la réplétion était partielle à retrouver leur niveau nutritionnel de référence.

5. Recommandations

En résumé, la déplétion maternelle est un risque possible de l'allaitement pour lequel il existe une solution, à savoir la nutrition suffisante de la mère, le sevrage prolongé et l'espacement des naissances. La raréfaction du tissu osseux semble bien se produire pendant la lactation. Mais le tissu osseux est reminéralisé pendant et après le sevrage, démontrant à nouveau l'avantage d'une longue période de sevrage et de l'espacement suffisant des naissances. Si l'allaitement exerce un effet sur le risque de cancer du sein, c'est un effet de protection, très probablement associé à des durées plus longues d'allaitement sur l'ensemble de la vie de la femme. Les conséquences de l'allaitement sur la protection maternelle ne sont pas toutes couvertes dans le présent mémoire, mais quelle que soit la méthode que nous utilisons pour soupeser ces risques et ces avantages, il semble clair que la santé publique doit se fixer 2 objectifs très importants, à savoir veiller à ce que les femmes soient convenablement nourries, en particulier pendant la lactation, et puissent espacer leurs grossesses.

6. Remerciements

Ces travaux ont été financés par l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID), par le truchement d'un Accord de coopération avec Family Health International (FHI). Les opinions exprimées dans cet article sont celles de l'auteur et non pas nécessairement celles de l'USAID ou du FHI. L'auteur est reconnaissant à Paul

Feldblum et Eilene Bisgrove pour les commentaires utiles qu'ils lui ont apportés sur une version préliminaire du présent document.

7. Références

1. Locklin MP, Naber SJ. Does breastfeeding empower women? Insights from a select group of educated, low income, minority-women. *Birth* 1993; 20(1) : 30-35.
2. Florencio CA, Aligaen MB. Food and nutrient distribution in Filipino urban households. *Nutrition Reports International* 1980; 21 : 375-85.
3. Chen LC, Huq E, D'Souza S. Sex bias in the family allocation of food and health care in rural Bangladesh. *Popul Dev Rev* 1991; 7 : 55-70.
4. Garcia M. Impact of female sources of income on food demand among rural households in the Philippines. *Q J Int Agric* 1991; 30(2) : 109-28.
5. Bisgrove EZ, Popkin BM. Does women's work improve their well-being : women's work and nutrition in the urban Philippines. Chapel Hill, NC : Carolina Population Center, University of North Carolina, manuscrit non publié.
6. Adami H, Bergstrom R, Lund E et al. Absence of association between reproductive variables and the risk of breast cancer in young women in Sweden and Norway. *Br J Cancer* 1990; 62 : 122-26.
7. Kvale G. Reproductive factors in breast cancer epidemiology. *Acta Oncol* 1992; 31(2) : 187-94.
8. Byers T, Graham S, Rzepka T et al. Lactation and breast cancer : evidence for a negative association in premenopausal women. *Am J Epidemiol* 1985; 121 : 664-74.
9. McTiernan A, Thomas DB. Evidence for a protective effect of lactation on risk of breast cancer in young women : results from a case control study. *Am J Epidemiol* 1986; 124 : 353-58.
10. Layde PM, Webster LA, Baughman AL et al. The independent associations of parity, age at first full term pregnancy and duration of breastfeeding with the risk of breast cancer. *J Clin Epidemiol* 1989; 42(10) : 963-73.
11. Siskind V, Shofield F, Rice D et al. Breast cancer and breastfeeding : results from an Australian case-control study. *Am J Epidemiol* 1989; 130 : 229-39.
12. London SJ, Colditz GA, Stampfer MJ et al. Lactation and risk of breast cancer in a cohort of U.S. women. *Am J Epidemiol* 1990; 132(1) : 17-26.
13. Yuan JM, Yu MC, Ros RK et al. Risk factors for breast cancer in Chinese women in Shanghai. *Cancer Res* 1988; 48 : 1949-53.
14. Adami H, Adams G, Boyle P et al. Chapter II : Breast cancer etiology. *Int J Cancer suppl* 1990; 5 : 22-39.
15. Yoo K, Tajima K, Kuroishi T et al. Independent protective effect of lactation against breast cancer : a case control study in Japan. *Am J Epidemiol* 1992; 135(7) : 726-33.
16. UK National Case-control Study Group. Breastfeeding and risk of breast cancer in young women. *Br Med J* 1993; 307 : 17-20.
17. Thomas DB, Noonan EA. WHO collaborative study of neoplasia and steroid contraceptives. *Int J Epidemiol* 1993; 22(4) : 619-26.

18. Institute of Medicine. Nutrition during lactation. Washington, DC : National Academy Press, 1991; 208.
- 18a. Newcomb PA, Store BE, Longnecker MP et al. Lactation and a reduced risk of premenopausal breast cancer. *New Engl J Med* 1994; 330 : 81-87.
19. Ing R, Ho J, Petrakis N. Unilateral breastfeeding and breast cancer. *Lancet* 1977; 11 : 124-27.
20. Reuter KL, Baker SP, Krolikowski FJ. Risk factors for breast cancer in women undergoing mammography. *Am J Radiol* 1992; 158 : 273-78.
21. Murrel TGC. Epidemiologic and biochemical support for a theory on the cause and prevention of breast cancer. *Med Hypotheses* 1991; 36 : 389-96.
22. Mehta S. Bone loss, contraception and lactation. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1993; 72 : 148-56.
23. Melton LJ, Bryant SC, Wahner HW et al. Influence of breastfeeding and other reproductive factors on bone mass later in life. *Osteoporosis Int* 1993; 3 : 76-83.
24. Kritiz-Silverstein D, Barrett-Conner E, Hollenbach KA. Pregnancy and lactation as determinants of bone mineral density in post menopausal women. *Am J Epidemiol* 1992; 136(9) : 1052-59.
25. Feldblum PJ, Zhang J, Rich LE, Fortney JA, Talmage RV. Lactation history and bone mineral density among perimenopausal women. *Epidemiology* 1992; 3(6) : 527-31.
26. Cummings RG, Klineberg RJ. Breastfeeding and other reproductive factors and the risk of hip fractures in elderly women. *Int J Epidemiol* 1993; 22 : 684-91.
27. Hreshchyshyn MM, Hopkins A, Zylstra S et al. Associations of parity, breastfeeding and birth control pills with lumbar spine and femoral neck bone densities. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 159 : 318-22.
28. Hayslip CC, Klein TA, Wray HL et al. The effects of lactation on bone mineral content in health postpartum women. *Obstet Gynecol* 1989; 73 : 588-92.
29. Kent CN, Price RI, Gutteridge DH et al. Human lactation : forearm trabecular bone loss, increased bone turnover, and renal conservation of calcium and inorganic phosphate with recovery of bone mass following weaning. *J Bone Min Res* 1990; 5 : 361-69.
30. Zinaman MJ, Hickey M, Tomai TP et al. Calcium metabolism in postpartum lactation : the effect of estrogen. *Fertil Steril* 1990; 54(3): 465-69.
31. Sowers M, Corton G, Shapiro B et al. Changes in bone density with lactation. *J Am Med Assoc* 1993; 269(24) : 3130-35.
32. Jelliffe DB. The assessment of the nutritional status of the community. Organisation Mondiale de la Santé Séries de Monographie No. 53. Genève : OMS, 1966.
33. Winikoff B, Castle MA. The maternal depletion syndrome : clinical diagnosis or ecodemographic condition ? *Biol Soc* 1988; 5 : 163-70.
34. Winkvist A, Rasmussen KM, Habicht JP. A new definition of maternal depletion syndrome. *Am J Publ Health* 1992; 82(5) : 691-94.
35. Rasmussen KM. Effects of breastfeeding on maternal health. *Rethinking Postpartum Health Care*. New York, NY : Proceedings du séminaire par le Conseil de la population, en préparation.
36. Illingsworth PJ, Jung RT, Howie PW et al. Diminution in energy expenditure during lactation. *Br Med J* 1986; 292 : 437-41.
37. Adair LS, Popkin BM. Prolonged lactation contributes to depletion of maternal energy reserves in Filipino women. *J Nutr* 1992; 122(8) : 1643-55.
38. Merchant K, Martorell R, Haas J. Maternal and fetal responses to the stresses of lactation concurrent with pregnancy and of short recuperative intervals. *Am J Clin Nutr* 1990; 52 : 280-88.

8. Débats avec les participants

Les débats ont tout d'abord validé le rôle de l'allaitement dans le programme médical concernant le cancer, l'ostéoporose, la planification familiale et autres mesures préventives de santé. Bien que le rapport entre l'allaitement et des cancers tels que le cancer du sein n'ait pas été établi de façon concluante, on relève des preuves de plus en plus nombreuses qui donnent à penser que l'allaitement est un des facteurs susceptibles de réduire l'incidence du cancer du sein, compte tenu de certains paramètres de comportement. Comme dans le cas de la raréfaction du tissu osseux, il semble qu'il puisse y avoir un risque accru chez les femmes n'ayant pas atteint la ménopause, et qui ont allaité pendant de courtes périodes et sevré très rapidement leur enfant.

Comme le note Mme Kennedy, les études portant sur cette question continuent de poser un problème en raison de questions de prélèvement des mesures et de sélection. Malgré l'existence de définitions homogènes et publiées de l'allaitement, allant de l'allaitement exclusif, complet ou presque complet à l'allaitement symbolique, les mesures relevées dans les nombreuses études varient largement. En outre, certaines études mesurent la durée moyenne de la lactation par enfant allaité alors que d'autres mesurent la durée totale de la lactation dans la vie d'une femme.

Bien qu'elles ne soient pas concluantes, les études sur le risque de cancer et sur la raréfaction du tissu osseux, insistent sur le besoin de soutenir les femmes, de leur permettre d'allaiter pendant des périodes plus longues, et de procéder à un sevrage progressif lent et adapté à la situation.

La question de la déplétion maternelle a reçu beaucoup d'attention. Les participants ont souligné que, chaque fois que nous parlons de permettre à la femme d'allaiter, nous devons penser aux coûts qui s'imposent à la mère au niveau de la reproduction et de la nutrition. L'Institut de santé reproductive a mentionné les résultats des travaux d'un comité, publiés sous forme de supplément au *Journal of Tropical Pediatrics* d'octobre 1991, et qui mettaient en valeur la question de l'allaitement et la quasi-malnutrition chez les femmes. Se fondant sur les résultats de ce comité et d'autres recherches, l'Institut et d'autres spécialistes ont insisté sur le fait qu'au lieu de compléter l'alimentation du nourrisson pendant les 6 premiers mois, il convient de permettre aux femmes d'allaiter et de mettre l'accent sur le supplément du

régime alimentaire de la mère et l'augmentation de sa consommation de calories; ils encouragent aussi la femme à dépenser le moins possible d'énergie pendant la fin de la grossesse et le début de la lactation.

Cette approche recommande vivement l'intégration dans tous les secteurs de messages sur l'allaitement au sein qui mettent l'accent sur la relation synergique entre la nutrition, la santé maternelle et infantile, la femme et le développement, et la planification familiale. L'éducation doit être assurée aux hommes comme aux femmes, en particulier à ceux qui prennent les décisions importantes sur la répartition et la consommation alimentaires. Ces décideurs peuvent être les hommes/maris, les spécialistes de la santé, les belles-mères ou autres. Les femmes doivent être encouragées non seulement à se nourrir convenablement, mais aussi à bien nourrir leurs enfants, en particulier les filles, et à espacer suffisamment leurs enfants pour permettre une période de récupération pendant laquelle elles n'allaitent pas et ne sont pas enceintes. Les conseils en planification familiale sont donc un complément naturel pour encourager de plus longs intervalles entre les cycles de reproduction, ce qui affecte positivement l'espacement des naissances tout en réduisant le risque de déplétion maternelle et de mortalité infantile.

L'allaitement maternel dans la perspective des programmes de planification familiale : atout ou entrave ?

S.L. Huffman^a et M.H. Labbok^b

^aNURTURE : Centre de prévention de la malnutrition infantile, Suite 208, 4948 St. Elmo Avenue, Bethesda, MD 20814, Etats-Unis

^bInstitut de santé reproductive, 2115 Wisconsin Avenue, NW, 6th Floor, Washington, DC 20007, Etats-Unis

Sommaire

L'allaitement maternel joue un rôle majeur dans l'espacement des naissances et dans l'hygiène de la reproduction, et constitue donc une question vitale pour la femme. De fait, si l'allaitement au sein venait à marquer un recul, ceci entraînerait des difficultés et un accroissement prohibitif des prestations de planification familiale nécessaires pour compenser son impact sur la fécondité. Cette préoccupation renforce le rôle pivot de l'allaitement maternel dans la planification familiale et l'articulation de sa politique. Le présent mémoire examine comment l'allaitement contribue à espacer les naissances et à restreindre la fécondité. Il évoque : la nécessité d'introduire, en temps voulu et de manière appropriée, des méthodes complémentaires de planification familiale durant la période d'allaitement; quelques questions et controverses relatives à l'effort mobilisateur à déployer dans le contexte de la planification de la famille, des préoccupations de la femme, de l'allaitement maternel exclusif durant 6 mois, et des encouragements à prodiguer pour le maintenir au-delà de cette période; le recours à la Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) ou à d'autres modes de contraception employés après l'accouchement; enfin le rôle informateur des programmes de planification familiale pour aider la femme à procéder à des choix pertinents et avisés en matière d'hygiène de la reproduction.

Mots clefs : *allaitement maternel, planification familiale, questions féminines, Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée*

1. Introduction

Indépendamment de ses multiples avantages pour la santé de la femme, l'allaitement au sein joue un rôle de premier plan dans les pays en développement où il contribue à restreindre les niveaux de fécondité. Selon des estimations établies par Thapa et al. [1], l'espacement des naissances en Afrique et dans de nombreuses régions d'Asie est davantage attribué à l'allaitement maternel qu'à la contraception. Il permet aux femmes de mieux maîtriser leur fécondité, a fortiori dans les régions où l'accès à d'autres moyens est limité.

L'allaitement au sein permet à la femme d'influer directement sur la santé et la survie du nourrisson. Le lait maternel le protège contre les maladies diarrhéiques et infections respiratoires aiguës qui, dans les pays en développement, sont les deux causes principales de mortalité infantile responsables de la moitié des décès de jeunes enfants [1-7]. Les nombreux autres avantages que revêt l'allaitement maternel pour la santé du nourrisson ont été amplement documentés dans les pays développés et en développement [8].

Comme l'indique la Figure 1, l'allaitement maternel a aussi une incidence sur l'espacement des naissances, facteur qui contribue à abaisser les taux de mortalité infantile. Les enfants nés soit au début soit à la fin d'un court intervalle génésique, sont en moyenne 50% plus susceptibles que les autres de mourir entre 1 et 4 ans [9]. Il faut peut-être en trouver la raison dans le fait que la mère a davantage de latitude pour se consacrer à l'enfant avant une autre maternité, et qu'elle subit moins de contraintes affectant sa santé.

2. Comment l'allaitement au sein restreint-il la fécondité ?

En l'absence de contraception, l'allaitement est pour la mère un moyen d'exercer un certain contrôle sur sa fécondité en allongeant l'intervalle génésique ou espacement des naissances. La Figure 2 illustre les composantes d'intervalles génésiques et montre dans quelle mesure l'aménorrhée liée à la lactation, influence la moyenne des espacements des naissances. Durant une période génésique fixée, pour les besoins de l'exemple, à 23 années (soit entre 17 et 40 ans), la femme qui n'allait pas pourrait donner naissance, en moyenne, à une quinzaine d'enfants, contre 6 ou 8 si

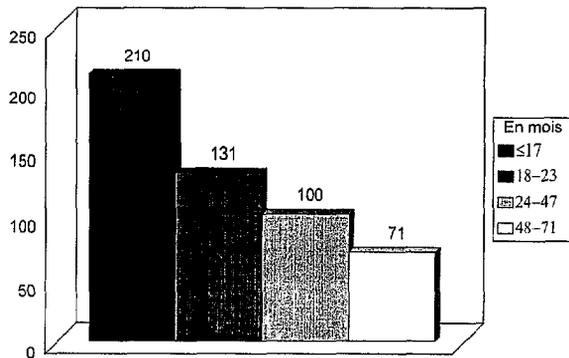
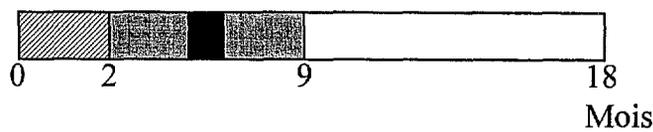


Fig. 1. Risque relatif de mortalité infantile en fonction de l'intervalle génésique précédent. Extrait de Hobcraft [24].

elle allaitait chacun d'eux pendant 3 ans en moyenne. La période d'aménorrhée en post-partum est clairement liée à la durée et au type d'allaitement maternel pratiqué. Toutefois, dans la plupart des pays, la durée de l'aménorrhée n'est pas comparable aux niveaux élevés (18 mois ou plus) observés au Népal ou au Bangladesh.

Les faibles risques de fécondité associés à cette aménorrhée peuvent aller de 2 mois en moyenne chez la femme qui n'allait pas, à plusieurs mois et plus, en fonction du mode d'allaitement maternel choisi. Etant donné que ces caractéristiques peuvent fluctuer par suite de conditions individuelles particulières, et qu'une grossesse n'est pas exclue, même dans les cas d'aménorrhée prolongée, le simple fait de donner le sein ne constitue pas, en soi, un moyen fiable d'espacer les naissances. Toutefois, durant les 6 premiers mois qui suivent l'accouchement, l'allaitement maternel complet et l'aménorrhée liée à la lactation, constituent un moyen hautement efficace de prévenir la grossesse. La Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) [10] (Fig. 3) est l'aboutissement de 2 réunions de consensus, précédées de la publication de nombreux travaux de recherches. La première, tenue en 1988, à Bellagio en Italie, a réuni des scientifiques qui s'étaient donné pour tâche d'isoler les paramètres qui, parallèlement, à l'allaitement au sein, influent d'une manière fiable sur la suppression de la fécondité [11]. La seconde réunion a rassemblé les responsables de programmes de planification familiale, pour débattre de questions d'orientation programmatique en vue d'une utilisation de ces paramètres dans le cadre d'une méthode de planification familiale [12].

Femme qui n'allait pas



Femme que allaite

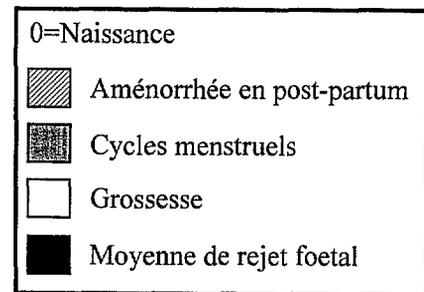
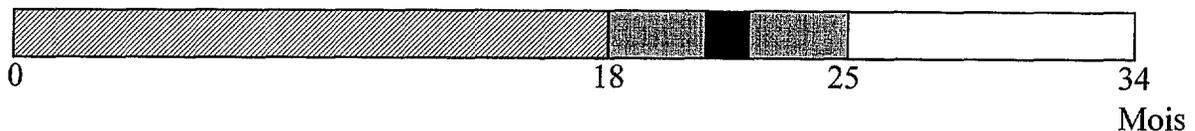


Fig. 2. Composantes de l'intervalle génésique et incidence de l'allaitement maternel sur la fécondité.

25

Il a été établi que 3 paramètres -- allaitement maternel complet ou presque complet, aménorrhée et post-partum de moins de 6 mois -- circonscrivent la période de temps durant laquelle les risques de grossesse sont chiffrés à 2% au maximum. Ces paramètres ont, par la suite, fait l'objet d'un diagramme fonctionnel utilisé dans le cadre d'une méthode de planification familiale (Fig. 3) qui exige l'utilisation d'un mode de contraception complémentaire au moindre changement des 3 critères posés ou plus tôt, si l'utilisatrice le souhaite. L'efficacité de ce modèle a été testée à Santiago au Chili, dans le cadre d'une étude clinique prospective d'intervention sur un groupe ciblé [13]. La cohorte de contrôle a été choisie avant la mise en place, à la Pontificia Universidad Católica de Chile, d'un programme de promotion de l'allaitement maternel. L'intervention comportait plusieurs volets : éducation prénatale, recours immédiat à l'allaitement maternel après l'accouchement, cohabitation de la mère et du nouveau-né, emploi réduit de lait artificiel dans les hôpitaux, création d'un service-dispensaire de suivi, et offre de la MAMA comme méthode initiale de planification familiale.

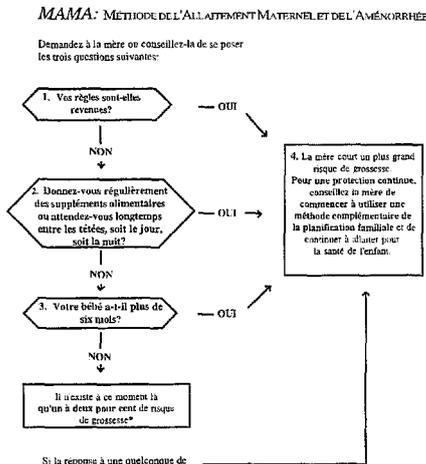


Fig. 3. Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA). Algorithme reproduit avec l'autorisation de l'Institut de santé reproductive. A noter que la mère peut choisir, à n'importe quel moment, une méthode complémentaire de planification familiale. Donner régulièrement des aliments supplémentaires implique que l'on remplace une tétée par un autre aliment ou liquide. Déconseiller tout intervalle de > de 4 h dans le courant de la journée ou de > 6 h durant la nuit.

La MAMA s'est avérée hautement efficace, accusant un taux de grossesse estimé à 0,46% selon la table de vie de 6 mois. La Figure 4 illustre son importance pour les programmes de planification familiale, puisque le pourcentage de femmes qui n'utilisaient aucune forme de contraception 6 mois après la naissance était sensiblement plus faible dans le

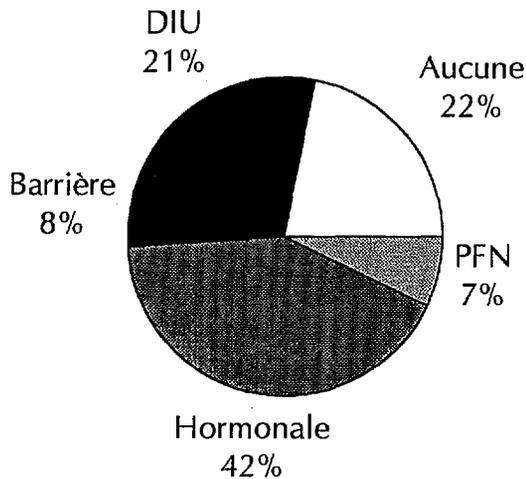
groupe d'intervention. Les prestations fournies au titre de la planification familiale sont passées de 78 à 91% avec l'inclusion de la MAMA dans l'éventail des méthodes disponibles. Les taux de grossesses enregistrés en marge du programme ont continué, pendant plus d'un an, d'accuser un plus faible pourcentage parmi le groupe d'intervention.

La MAMA a donné lieu à des essais sur le terrain dans plusieurs autres pays en développement. Elle a été introduite en Equateur, dans 4 centres autonomes de planification et d'éducation familiale de CEMOPLAF [14]. Les résultats préliminaires confirment l'acceptabilité de même que l'efficacité de cette méthode. Et, fait peut-être plus intéressant encore pour les prestataires de planification familiale, elle a permis d'obtenir une protection année-couple de 0,25 (PAC) chez chaque utilisatrice. De plus, la pose de DIU, parallèlement à l'allaitement au sein, a été évoquée plus tôt que chez les autres femmes en post-partum, ce qui a eu pour effet d'accroître le nombre total des acceptantes (Fig. 5). Une des avantages corollaires de l'utilisation de la MAMA est que ces programmes de planification familiale appuient maintenant sans réserve les schémas d'allaitement maternel optimal. Entre-temps, le programme a été adopté dans 20 autres dispensaires.

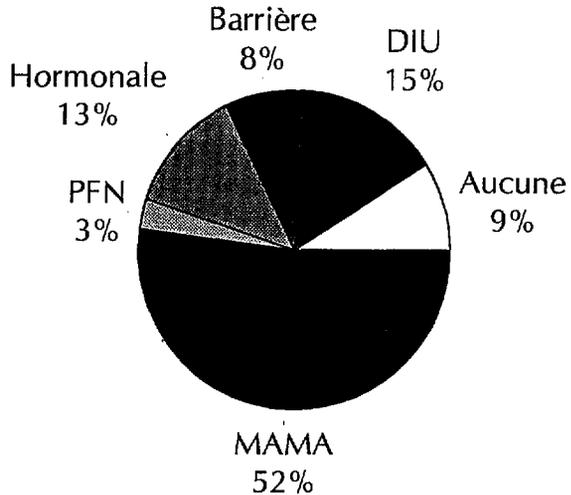
Au Honduras, Rivera et al [15] ont démontré que la promotion de la MAMA s'accompagne de l'accroissement de la durée de l'allaitement maternel exclusif (soit de 4,3 semaines à 9,3 semaines). Aux Philippines et au Pakistan (avec le concours de Family Health International et de l'USAID), ainsi qu'à Recife, au Brésil, des programmes gérés par des hôpitaux évaluent l'acceptabilité de l'approche, sa compréhension par la cliente, et son efficacité à l'usage. Une étude multicentrique (10 sites), subventionnée par l'Institut de santé reproductive et cofinancée par l'OMS et la Fondation Rockefeller, explore actuellement ces questions d'une manière plus approfondie. La méthode est maintenant utilisée dans de nombreux pays et par de nombreuses personnes qui, d'elles-mêmes, ont procédé à ce choix.

Sa flexibilité fait l'objet de plusieurs études sur son usage courant et ses variantes. L'une d'elles, la MAMA-9, a été expérimentée au Rwanda. Elle permet à l'utilisatrice de prolonger sa phase d'aménorrhée liée à la lactation, jusqu'à 9 mois sous certaines conditions. Cette méthode exige d'allaiter l'enfant exclusivement au sein pendant 6 mois et prévoit, à ce stade, d'inclure dans son régime des aliments supplémentaires à la condition expresse qu'ils soient toujours précédés d'une tétée. Cette méthode peut être suivie jusqu'au retour de couches ou pendant une période pouvant aller jusqu'à 9 mois.

Groupe ciblé



Etude



Utilisation active de planification familiale 6 mois après les couches.

Fig. 4. Résultats de l'utilisation de la MAMA au Chili. Reproduite avec l'autorisation de Pérez et al. [25].

Intégrée à un programme de planification familiale en Equateur, la MAMA :

- Est acceptable (5% de toutes les nouvelles clientes, 31% de celles dont les couches remontent à moins de 6 mois)
- Attire des utilisateurs n'ayant jamais eu recours à la planification familiale (73%)
- Est utilisée correctement (77%), après deux visites (90%)
- Donne satisfaction aux clientes (75%)
- Permet de poser un DIU avant le retour de couches
- Sert de lien d'accès à d'autres programmes de santé

3. Introduction de la planification familiale durant l'allaitement

Que la MAMA soit ou non utilisée par la femme qui allaite, il convient de veiller à ce que les méthodes offertes au titre de programmes de planification familiale ne soient pas préjudiciables au lait maternel. Etant donné que 95% des femmes dans le monde nourrissent leur enfant au sein, il conviendrait d'examiner et de présenter durant la phase d'allaitement, toute la gamme des modes d'espacement de naissances, de même que des méthodes permanentes de planification familiale. Il importe d'identifier celles qui n'affectent ni l'allaitement maternel ni la quantité ou la qualité du lait produit. On sait que les méthodes à base d'oestrogènes peuvent nuire à la lactation. Mais, de façon générale, les méthodes dites de barrière, la vasectomie (stérilisation masculine), les DIU (dispositifs intra-utérins) et la planification familiale naturelle ou PFN, offrent de bonnes options et répondent aux critères posés. Bien que l'emploi de la PFN durant la lactation risque d'exiger un "recyclage" des utilisateurs, la pose d'un DIU paraît en fait être moins pénible chez les femmes qui allaitent [16]. Dans le cas de ligature des trompes (stérilisation de la femme), il convient de prendre des précautions afin de s'assurer que l'on dispose de suffisamment de lait maternel pour la période de séparation entre la mère et l'enfant, et afin de minimiser l'ingestion anesthésiant par le nourrisson.

Fig. 5. Résultats de l'utilisation de la MAMA dans les centres autonomes en Equateur. Source : Wade et al. [14].

Les agents progestatifs (notamment les pilules uniquement à base de progestatifs, Norplant ou Depo-Provera) employés entre 8 et 12 semaines après l'accouchement n'ont pas occasionné d'effets négatifs sur la lactation. Toutefois, peu d'études jusqu'ici ont été consacrées aux différentes méthodes à base de progestatifs utilisées immédiatement après l'accouchement ou au cours des 6-8 premières semaines suivantes par des femmes qui pratiquent un allaitement complet. Ces quelques études, qui incluent des cas d'allaitement complet durant les premières semaines, ont décelé une incidence insignifiante mais négative sur la croissance du nourrisson, la durée de la lactation complète, ou encore sur le volume de lait produit [17]. De plus, certains des progestatifs employés dans les préparations orales ou injectables, peuvent se métaboliser *in vivo*, et se transformer en métabolites s'accompagnant d'activité oestrogénique. En conséquence, avant un emploi généralisé de contraceptifs à base de progestatifs, immédiatement après l'accouchement ou durant la période de 8 à 12 semaines chez la femme qui envisage l'allaitement complet, il conviendrait de procéder à d'autres études.

4. Points de controverse affectant les femmes qui ont recours à l'allaitement comme méthode de planification familiale

Plusieurs points précités, liés à l'usage de la Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée, peuvent être une source de dilemmes pour la femme. Ils concernent (1) le concept de l'allaitement maternel exclusif pendant 6 mois (2) le maintien encouragé de l'allaitement maternel au-delà de 6 mois (3) le recours à la MAMA et à d'autres méthodes de planification familiale (4) le rôle des programmes de planification familiale pour éclairer la femme et l'aider à faire des choix pertinents et avisés.

4.1 Allaitement maternel exclusif pendant 6 mois

Il est recommandé, pour la santé de l'enfant, d'opter pour l'allaitement optimal, donc pour l'allaitement exclusif pendant 6 mois [18]. Pareil choix contribue indiscutablement à favoriser la santé de l'enfant et à espacer les naissances, mais il accapare le temps et sape l'énergie de la mère. De plus, peu de femmes nourrissent exclusivement au sein pendant 6 mois.

Comment, à la lumière des recommandations sur l'allaitement maternel exclusif, ou des recommandations de la MAMA sur l'allaitement complet ou presque complet, les femmes peuvent-elles agir au mieux et concilier leur intérêt et leur bien-être avec ceux de leur famille ? Le lieu de travail, qu'il s'agisse d'un emploi rémunéré ou de l'entretien du foyer, constitue en l'occurrence un aspect significatif de la question. Quels sont, en effet, les coûts et avantages pour les employeurs s'ils décident d'appuyer ces recommandations chez leurs employées ? Dans quelle mesure est-il important pour le bien social que la politique d'un gouvernement prône l'allaitement

maternel exclusif pendant 6 mois ? Dans ces conditions, comment la femme peut-elle obtenir le soutien dont elle a besoin pour pratiquer l'allaitement exclusif, sans devoir en supporter les conséquences négatives ?

Choix de la femme. Elle doit sopeser la somme de temps et d'énergie requise par l'allaitement complet, par rapport à son impact sur l'enfant qui, moins sujet à la maladie, l'accapare moins et grève moins son budget que s'il était souffrant. Certes, un tiers pourrait se charger d'allaiter l'enfant au biberon et libérer ainsi le temps consacré aux tétées, mais la qualité des liens affectifs spéciaux qui se nouent entre la mère et l'enfant pourraient en pâtir. Le temps passé à se procurer des contraceptifs, leur coût, et le pouvoir décisionnel ou non de la femme en la matière sont autant de facteurs à sopeser aussi par rapport à ses prérogatives en matière d'allaitement maternel optimal et au surcroît de temps à consacrer au nourrisson.

Coûts et avantages pour les employeurs. L'employeur qui appuie la décision des femmes de nourrir leur enfant exclusivement au sein doit assumer des charges et prévoir entre autres des congés de maternité (payés ou non), des horaires permettant aux mères d'allaiter l'enfant dans la journée (ou d'exprimer leur lait et de le conserver), des emplois à mi-temps, de brèves absences autorisées de leurs postes et une garderie sur les lieux de travail.

Ces dépenses peuvent être compensées par des avantages, notamment la réduction des taux d'absentéisme, et d'arrivées tardives au travail, des renouvellements de personnel, des frais de recrutement et de formation du personnel de remplacement, ainsi que l'accroissement de la productivité du à une grande motivation de l'employé. L'impact positif de ces dispositions est visible aux Etats-Unis où l'absentéisme et les renouvellements de personnel ont été réduits par la mise en oeuvre d'un programme de soutien à l'allaitement maternel, entre autres au Service des Eaux et de l'Electricité de Los Angeles (Cohen, R. pers. commun.).

L'emploi de la MAMA par des femmes actives fait actuellement l'objet d'une étude au Chili. Ces femmes sont invitées à exprimer leur lait toutes les 4 heures au moins sur leur lieu de travail, à maintenir les tétées nocturnes à un maximum de 6 heures d'écart et à prévoir un minimum de 8 tétées par jour.

Politiques gouvernementales. Les politiques suivies par différentes branches d'un même gouvernement sont souvent contradictoires. Prenons un cas hypothétique : le ministère de la Santé encourage les femmes à allaiter exclusivement au sein dans le cadre de campagnes d'éducation sanitaire, alors que dans le même temps, le ministère du Commerce autorise des fabricants de produits alimentaires pour nourrissons à faire de la publicité en faveur de la consommation précoce de compléments. Il se peut que le service de

planification familiale inclue la MAMA dans son éventail de méthodes que celui chargé de la Nutrition encourage l'allaitement exclusif, alors même que les services de protection sociale offrent gratuitement aux mères récemment accouchées du lait artificiel pour bébé. Il se peut que le congé de maternité soit sanctionné par la loi, mais que celle-ci ne soit pas appliquée à la lettre. Bref, de telles politiques ne confortent guère la femme qui choisit d'allaiter exclusivement au sein.

Il arrive aussi qu'un même service de santé pêche par ses avis contradictoires. Les administrateurs de programmes ont passé beaucoup de temps à débattre du moment où il convient de donner des aliments supplémentaires au nourrisson. Certains professionnels de la santé continuent de conseiller aux mères qui allaitent d'offrir au nourrisson des aliments supplémentaires entre le 4^e et le 6^e mois afin d'optimiser le contenu calorique de son régime. D'autres professionnels recommandent d'attendre que l'enfant ait 6 mois. Les résultats préliminaires d'une étude entreprise au Honduras sur des nourrissons âgés de 4 à 6 mois qui absorbaient des suppléments du lait maternel, montrent qu'ils ne retiraient aucun avantage particulier de cet apport calorique, et que chez la mère la durée d'aménorrhée consécutive aux couches était moindre que chez les femmes qui allaitaient exclusivement au sein pendant 6 mois [19]. Il se peut donc qu'encourager la consommation précoce d'aliments supplémentaires abrège le temps d'infécondité de la mère et ne profite pas au nourrisson. En raison des risques accrus de maladies diarrhéiques et d'infections respiratoires aiguës associées à la consommation précoce d'aliments supplémentaires, la santé de l'enfant risque même d'en souffrir.

Le manque de clarté des messages complique la tâche aux femmes qui cherchent à suivre les conseils donnés; il convient donc de prendre des dispositions. Ceci appelle une concertation plus étroite entre les chercheurs dans le domaine de la planification familiale, de la santé, de la nutrition, et les décideurs et administrateurs de ces programmes pour éviter ces écueils.

4.2 Prolongement de l'allaitement au-delà des 6 premiers mois

A l'âge de 6 mois, le régime du nourrisson doit, indépendamment des tétées, inclure d'autres aliments. Afin d'optimiser l'impact de la lactation sur la fécondité et la consommation de lait maternel, certains nutritionnistes et planificateurs familiaux conseillent aux femmes de continuer d'allaiter fréquemment l'enfant et de lui donner le sein avant tout autre aliment afin de maintenir leur production de lait. Pour contourner la difficulté qui pose l'enfant qui boude les aliments supplémentaires il faudra peut-être conseiller à la mère de les lui offrir avant la tétée habituelle qu'il réclame. Certains nutritionnistes estiment en effet que

l'importance d'un régime à plus haute teneur calorique l'emporte sur la nécessité de maintenir l'allaitement intensif du nourrisson. Une étude expérimentale en a évalué le mérite en comparant la consommation de lait maternel de nourrissons du 17-43 semaines (4 à 7 mois) qui recevaient des aliments supplémentaires soit avant, soit après la tétée. La consommation d'aliments d'appoint avant la tétée se traduisait par la réduction du temps de tétée et de la quantité de lait absorbée. Mais, les tétées étant plus longues durant le reste de la journée, la différence constatée sur le temps total des tétées était négligeable, encore que la consommation de lait maternel ait été légèrement plus faible. L'inclusion d'aliments supplémentaires était associée à un apport énergétique accru [20]. Notons que les mères étaient aussi en mesure de laisser leur enfant téter librement tout au long de la journée, ce qui n'est pas toujours possible.

Dans un récent document de travail sur ce thème, l'UNICEF suggère qu'en général et en l'absence d'études concluantes, la tétée chez les enfants de moins de 12 mois devrait précéder la prise d'aliments supplémentaires. Toutefois, il convient aussi d'aider la mère et de l'informer sur la façon de prolonger l'allaitement au sein tout en encourageant l'enfant à absorber des aliments d'appoint après l'âge de 6 mois.

Une question analogue se pose concernant la durée recommandée d'allaitement au sein. Des craintes ont été formulées sur l'impact négatif potentiel que pourrait entraîner, pour l'état nutritionnel de l'enfant, un allaitement maternel prolongé au delà de 12 mois. De récentes études faites au Pérou et au Guatemala indiquent que l'enfant nourri au sein absorbe peut-être moins de calories, à cause de sa dépendance excessive vis-à-vis du lait maternel et de son peu d'appétit pour d'autres aliments [22]. Encourager la cessation de l'allaitement maternel, à ce stade, pourrait théoriquement améliorer le contenu calorique du régime alimentaire du nourrisson. Toutefois, la santé de l'enfant pourrait être précarisée par des taux accrus de diarrhées, un plus faible apport protéique de haute qualité et de micronutriments (dont la teneur est plus élevée dans le lait maternel que dans les aliments supplémentaires traditionnels); et ceci pourrait se doubler d'une autre conséquence : celle de promouvoir la compression des intervalles génésiques résultant de la lactation.

Une meilleure solution consiste à encourager la consommation appropriée d'aliments d'appoint à l'âge de 6 mois en même temps que le prolongement de l'allaitement au sein, ce qui répondrait aux objectifs de santé et de planification familiale. Hélas, on a trop souvent tendance à considérer les aspects négatifs de l'allaitement maternel. Les contraintes censées être associées, pour la femme, à l'allaitement maternel prolongé sont rarement jugées à la lumière des avantages qu'il présente pour la santé de la mère et pour celle des enfants.

Ce genre de conseils contradictoires peut ériger des barrières entre les secteurs de la santé, de la nutrition et de la planification familiale, et faire parvenir des messages peu cohérents aux femmes qui s'efforcent de choisir au mieux de leur intérêt et de ceux de leur famille. Aussi, les domaines qui prêtent à équivoques doivent-ils être identifiés et étudiés afin de pouvoir éviter ces écueils en temps utile.

4.3 Recours à la MAMA et à d'autres méthodes de planification familiale

Certains groupes de planification familiale estiment malheureusement que l'usage de la MAMA n'est pas compatible avec l'emploi d'autres méthodes plus permanentes [23]. Cette perception illustre bien l'incohérence des messages qui risque d'entraîner l'absence de dialogue intersectoriel. La MAMA est une option qui ne supprime pas les autres méthodes mais qui, bien au contraire, élargit l'éventail des choix offerts. Elle peut en outre intéresser de nouvelles utilisatrices qui la juge plus acceptable, au plan culturel, que d'autres méthodes. A son efficacité pour planifier la famille s'ajoute un autre avantage important : celui de préconiser l'allaitement maternel optimal dont les prolongements bénéfiques pour la santé sont plus nombreux que pour n'importe quelle autre méthode contraceptive, exception faite, peut-être, des préservatifs.

Il arrive que certaines femmes choisissent, en plus de la MAMA, de se protéger doublement contre une grossesse et d'utiliser une seconde méthode. Et bien que l'efficacité de la MAMA soit établie, cette initiative est encouragée par de nombreux partisans de la planification familiale. Or, lorsque les approvisionnements en contraceptifs sont limités, cette double protection équivaut à un gaspillage des ressources disponibles. Si cette question se pose surtout dans les régions moins développées, notons que même lorsque l'accès en est "gratuit" ou "immédiat", le recours à d'autres méthodes implique des coûts d'ordre personnel ou financier, ou en terme de déplacements nécessaires. La MAMA à la femme offre durant la période bousculée qui suit l'accouchement des choix sur lesquels elle exerce son contrôle et dont elle est l'utilisatrice. Qui plus est, la MAMA n'exige pas de décision immédiate. Elle donne le temps de choisir une méthode plus permanente et, si celle-ci inclut une intervention chirurgicale, d'économiser la somme nécessaire.

4.4 Rôle des programmes de planification familiale pour aider la femme à faire des choix avisés

Nous ne nous étendons pas dans le présent mémoire sur la question de la qualité des prestations à fournir, de la facilitation de choix avisés ni sur les entraves médicales à l'usage de contraceptifs. La documentation consacrée à la planification familiale fait une large place à ces 3 questions. Toutefois, en dehors de la réduction de la fécondité, elle prête

rarement une attention suffisante aux maints autres aspects du rôle reproducteur assumé par les femmes en âge de procréer. Ces femmes procéderont au meilleur choix sur la base des informations qui leur sont fournies et de leur contexte culturel. Les programmes de planification familiale qui, en principe, ont été établis pour épauler la femme, négligent souvent le rôle d'éducatrice qu'elle joue au foyer.

La "qualité des prestations" à trait, entre autres, à la manière dont la femme est reçue, à la plénitude des informations offertes et à la compétence des services qui les mettent à sa disposition. A l'évidence, il faudrait, dans cet ordre d'idée, songer à inclure l'ensemble de ses préoccupations, y compris la santé de son enfant. Les prestations de haute qualité étendront à sa propre santé physique et aux préoccupations que peuvent lui inspirer la santé et le bien-être de l'enfant.

Un "choix avisé" implique que chaque femme reçoit des informations complètes qui lui sont communiquées d'une manière satisfaisante, qui tiennent compte de ses préoccupations, la sécurisent et lui donnent le sentiment d'être en mesure de choisir ce qui, pour elle, constitue la meilleure option. Il est important que, dans toute la mesure du possible, des éléments extérieurs ne l'empêchent pas d'obtenir librement des conseils éclairés.

"Entraves médicales à l'usage de contraceptifs" : l'on commence actuellement à examiner les malentendus concernant l'attention médicale qu'il est nécessaire de prêter à la prescription de différentes méthodes, malentendus qui, souvent, contrecarrent l'accès de particuliers à la planification familiale. Les malentendus que suscite l'impact de l'allaitement maternel sur la fécondité ont abouti à la fois à barrer l'accès à la planification familiale pour les femmes qui allaitaient, et à les priver de la contribution du lait maternel à la réduction des taux de fécondité. La connaissance fragmentaire des méthodes de planification familiale qui conviennent aux femmes qui allaitent, représente une autre forme d'entrave médicale qui contraint souvent les femmes à choisir entre l'allaitement maternel (et la santé optimale de l'enfant) et leur désir d'utiliser un moyen moderne de contraception.

Une formation sérieuse et un encadrement adéquat permettent de promouvoir l'allaitement maternel et de l'encourager soit par le biais de la MAMA, soit par l'allaitement au sein et l'emploi d'un contraceptif compatible avec la lactation. La MAMA transcende d'autres méthodes à divers titres; elle ne nécessite pas de réapprovisionnement ni d'examen médical, et représente une approche efficace qui incite, le moment venu, à prévoir un autre mode de protection. Selon des témoignages récents, la promotion de la MAMA semble aussi plus étroitement associée à un prolongement de l'allaitement maternel exclusif -- et donc à son incidence bénéfique sur la santé de l'enfant

-- que lorsque seul l'allaitement au sein est encouragé, et que d'autres méthodes de planification familiale sont employées.

Enfin, d'aucuns se demandent peut-être : pourquoi s'évertuer à inclure dans les programmes de planification familiale une méthode qui exige une phase d'orientation, alors qu'il existe d'autres modes de contraception parfaitement valables ? Cet argument opposé par la FDA (Organisme gouvernemental de contrôle pharmaceutique et alimentaire) a contribué pendant 30 ans à empêcher des femmes américaines de se procurer du Depo-Provera. Toute nouvelle option répond aux besoins d'un nouveau groupe de femmes.

5. Conclusions

L'allaitement maternel contribue considérablement aujourd'hui à la réduction des taux de fécondité dans le monde. Si l'allaitement maternel venait à accuser une régression, la somme de prestations à fournir au titre de la planification familiale pour compenser l'impact du regain de fécondité serait prohibitif et difficile à mettre en oeuvre. De plus, nous savons maintenant comment une femme est en mesure de concilier les impératifs de l'allaitement au sein et de l'adoption, en temps opportun, d'une méthode complémentaire de planification familiale. Les 4 domaines de controverse évoqués dans le présent mémoire méritent l'examen attentif des prestataires de planification familiale, des organismes donateurs et des femmes qui, dans une large mesure, doivent se faire les instruments des décisions et des changements susceptibles d'améliorer la qualité de leur vie et celle de leurs familles.

6. Références

- Thapa S, Short RV, Potts M. Breastfeeding, birthspacing and their effects on child survival. *Nature* 1989; 335 (20) : 679-83.
- UNICEF. State of the World's Children. New York : UNICEF, 1993.
- Victora C et al. Evidence of protection by breastfeeding against infant deaths from infectious diseases. *Lancet* 1987; 2 : 319-22.
- Brown K, Black R, Lopez de Romana G, Creed de Kanashiro H. Infant-feeding practices and their relationship with diarrheal and other diseases in Huascar (Lima), Peru. *Pediatrics* 1989; 83 (1) : 31-40.
- Martines J, Phillips M, Feachem GA. Diarrheal diseases. Health Sector Priorities Review. Washington DC : La Banque Mondiale, 1991.
- Popkin B, Yamamoto M, Griffin C. Breastfeeding and diarrhea morbidity. *Pediatrics* 1990; 86(6) : 874-82.
- Stansfield SK, Sheppard, DS. Acute Respiratory Infections. Health Sector Priorities Review. Washington DC : La Banque Mondial, 1991.
- Lawrence R. Breastfeeding : A Guide for the Medical Profession, 3ème édition. St. Louis : C.V. Mosby Co., 1989.
- Maine D, McNamara R. Birth Spacing and Child Survival. New York : Columbia University, CPFH, 1985.
- Lobbok et al. USAID Réunion sur l'allaitement maternel et la planification familiale. Washington, DC : Université de Georgetown/Institut de santé reproductive, 1992.
- Kennedy K, Rivera R, McNeilly A et al. Consensus statement on the use of breastfeeding as a family planning method. *Contraception* 1989; 39 : 477-96.
- Lobbok M, Koniz-Booher P, Cooney K, éditeurs. Lignes Directrices Allaitement maternel, planification familiale et Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée-MAMA. Washington DC : Institut de santé reproductive, 1992.
- Pérez A, Lobbok M, Queenan J. Etude clinique de la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée comme méthode de planification familiale. *Lancet* 1992; 339 : 968-70.
- Wade K, Sevilla F, Lobbok M. Integrating the Lactational Amenorrhea Method into a family planning program in Ecuador. *Stud Fam Plann* 1994; 25(3) : 162-75.
- Rivera A, Canahuati J, Lopez C et al. The promotion of Lactational Amenorrhea Method and child spacing through breastfeeding advocates : an operations research project in Honduras. Rapport final soutenu par LLLI, le Conseil de la population et l'Institut de santé reproductive. Washington, DC : Université de Georgetown, 1992.
- Farr G, Rivera R. Interactions between intrauterine contraceptive device use and breastfeeding status at time of intrauterine device insertion : analyses of Tcu-380 A acceptors in developing countries. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 167(1) : 144-51.
- Lobbok M, Laukaran VH. Breastfeeding and family planning. Dans: Sciarra J, éditeur, *Gynecology and Obstetrics*, Vol 6. Philadelphia : J.B. Lippincott Co., 1992.
- FAO/OMS. Plan d'action Conférence internationale sur la Nutrition, Rome, Italie, 1992.
- Dewey K, Cohen R, Canahuati J et al. Effects of age of introduction of complementary foods on infant breast milk intake and growth and maternal fertility in Honduras : a randomized intervention study. Abstrait pour l'International Union of Nutritional Scientists en Sydney, Australie, 1993.
- Drewett RF, Payman BC, Whiteley S. Effects of complementary feeds on suckling and milk intake in breastfed babies : an experimental study. *J. Reprod Inf Psychol* 1987; 5 : 133-43.
- Amstrong H. Breastfeed first or give soft foods first ? A review of current recommendations. Nutrition Section. New York : UNICEF, juillet 1993.
- Bentley ME et al. The effect of breastfeeding on the acceptance of non-breastmilk foods among children in Guatemala and Peru. *FASEB* 1993; Part I : A513.
- Trussell J, Santow G. Is the Bellagio consensus statement on the use of contraception sound public-health policy ? *Health Transition Rev* 1991; 1(1) : 105-14.
- Hobcraft J. Child spacing and child mortality. Dans : *Demographic and Health Surveys World Conference*, Vol 2. Columbia, Maryland : IRD/Macro International, Inc. 1991 : 1157-81.
- Pérez A, Valdéz V. Santiago breastfeeding promotion program : preliminary results of an intervention study. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 165(6) : 2039-45.

7. Débats avec les participants

Les débats suscités par ce mémoire étaient, pour l'essentiel, centrés sur la MAMA. Il existe une variété de programmes qui réussissent à intégrer la promotion de l'allaitement maternel à des projets destinés à restreindre la fécondité. Plusieurs participants ont fait part de leurs résultats concernant l'emploi de la MAMA dans les pays suivants : Chili, Equateur, Guatemala, Honduras, Mexique, Pakistan et Rwanda, où la promotion de l'allaitement maternel dans le contexte des prestations en matière de fécondité, l'approche combinée de prestations de santé maternelle et infantile, et l'intégration de la MAMA en milieu hospitalier ou dans des services de planification familiale, se sont révélées efficaces et sont largement acceptées. Ces programmes ont permis de constater dans un nombre de cas que la MAMA attire de nouveaux utilisateurs de planification familiale.

Plusieurs questions importantes ont été soulevées au sujet de la MAMA. Doit-elle faire partie de la trame des dispositions destinées à induire des choix avisés et la qualité des prestations ? Les programmes de planification familiale doivent-ils promouvoir l'allaitement maternel uniquement sous l'angle des avantages qu'il présente pour la santé ? Enfin, pourquoi les programmes de planification familiale devraient-ils "s'embarrasser" d'une méthode qui doit s'accompagner d'un processus d'orientation alors que d'autres méthodes sont disponibles ?

Les participants ont fermement appuyé l'inclusion de la MAMA dans les programmes de planification familiale à l'échelle mondiale, invoquant un certain nombre de raisons. La première est que les femmes utilisent déjà l'allaitement maternel pour générer l'espacement des naissances. Cette pratique et la conviction de son bien-fondé constituent le socle sur lequel repose la MAMA, dont les paramètres renforcent encore l'efficacité. Ils informent la femme du moment où il devient nécessaire de se renseigner sur une méthode complémentaire de planification familiale, et lui donne le temps nécessaire de procéder à ce choix ou de prévoir des dispositions plus permanentes (telle que la stérilisation). Il s'agit donc d'une option qui répond aux besoins individuels.

Les participants sont convenus, dans l'ensemble, que grâce à la MAMA, les programmes de planification familiale seront mieux en mesure de mettre l'accent sur l'allaitement maternel, ce qui n'était pas le cas de nombreux programmes. Bien que les démographes aient depuis longtemps reconnu le double avantage de l'allaitement maternel en tant que déterminant biologique majeur de la fécondité et donc de facteur principal d'influence sur les intervalles génésiques, nous devons, nous aussi, reconnaître la nécessité d'introduire en temps utile, des méthodes complémentaires de planification familiale afin que les femmes soient en mesure d'allaiter leur enfant jusque dans sa seconde année. Comme l'indique Kathy

Kennedy, l'emploi d'un mode de contraception approprié après la période initiale de protection offerte par la MAMA, permet d'espacer les naissances de 3 à 4 ans ou plus, et donne à la mère le temps de se rétablir.

La MAMA représente, dans la gamme des prestations de santé, une approche intégrée et donc complète. De plus, les participants ont noté que la MAMA élargit le champ des options mises à la disposition de la femme et du couple dans le monde entier; elle les aide à espacer les naissances et leur offre un choix. La MAMA est de toute évidence à inclure dans la gamme des prestations de qualité destinées à favoriser l'adoption de choix avisés. Les participants ont noté en outre les efforts à déployer auprès des décideurs et responsables des politiques ou des soins de santé pour les informer des conséquences qu'entraînerait une décroissance de l'allaitement maternel pour les taux actuels de fécondité et pour les interventions qui seraient alors nécessaires pour compenser jusqu'au moindre déclin des niveaux d'allaitement.

Un autre point vivement débattu a trait à la flexibilité de la MAMA. Les participants ont donné des exemples de programmes dans lesquels la MAMA-Plus a été encouragée et couronnée de succès. De l'avis de certains participants, il conviendrait à présent que des groupes comme l'Institut de santé reproductive et Family Health International militent plus activement en faveur de la MAMA-Plus. Cette approche soulignerait l'importance du sevrage du nourrisson au moment voulu, en d'autres termes de commencer à lui donner des aliments d'appoint à l'âge de 6 mois, en les faisant précéder d'une tétée afin de ne pas perdre la fréquence et l'intensité des tétées. Quelques participants ont fait observer que des programmes de planification familiale s'emploient déjà à promouvoir ces techniques de sevrage pour maximaliser l'effet contraceptif de l'allaitement maternel et ses bienfaits pour la santé de l'enfant, qu'ils préconisent la MAMA-Plus ou la pratique largement appliquée du sevrage à 6 mois. Il convient donc que les responsables des programmes soient informés de l'importance du maintien des tétées, de leur fréquence, de leur intensité et de leur durée, particulièrement durant la phase de protection de la MAMA et après l'adoption de méthodes complémentaires de planification familiale. De l'avis général, ce domaine mérite d'être exploré et approfondi avant que des recommandations plus concrètes ne puissent être avancées.

Toute mère est une mère qui travaille : l'allaitement maternel et le travail chez la femme*

C. O'Gara, J. Canahuati, A. Moore Martin
Wellstart EPB, 3333 K Street, NW, Washington, DC 20007, Etats-Unis

Sommaire

Travailler et allaiter peut s'avérer très compliqué à cause de : la diversité des tâches accomplies par la femme; son milieu de travail; de récentes mutations sociétales qui rendent l'allaitement maternel moins compatible avec les activités à l'extérieur; les compromis que doivent consentir les mères. Dominer cette situation et régler d'autres questions connexes appellent plusieurs initiatives : (1) un complément de recherches sur l'aspiration du lait et sa conservation, de même que sur les avantages psychosociaux que revêt l'allaitement pour la mère qui travaille et pour le nourrisson; (2) des lois et des stratégies qui protègent sa mise en oeuvre et régissent son contrôle; (3) l'information de la mère qui travaille et l'aide à lui fournir, de même qu'à sa famille, la sensibilisation des décideurs et du public en général; (4) la création d'une alliance entre les défenseurs de l'allaitement maternel et les féministes pour faire campagne en faveur de cette question intrinsèquement féminine.

Mots clefs : allaitement maternel, mères actives, information

1. "Toute mère est une mère qui travaille"

C'est là un slogan pour Tee-Shirt, mais aussi un rappel salutaire de la réalité. Les femmes travaillent et allaitent depuis des millénaires. Le présent mémoire propose de focaliser la discussion sur l'allaitement et le travail. La question à poser n'est pas, pour nous, "Est-ce réalisable ?" mais plutôt "Comment les mères y parviennent-elles ?" Nos questions sont alors les suivantes : "Quel est le champ d'activités de la femme ? Quel est son cadre de travail ? L'allaitement au sein et le travail sont-ils devenus moins compatibles par suite des changements survenus ces dernières années ? Quelle est la nature des compromis que les mères doivent consentir ? Quelle est l'importance de l'allaitement pour la mère qui fait partie de la main-d'oeuvre active ? De quel soutien logistique a-t-elle besoin ? Quels sont les options d'alimentation du nourrisson qui, pour la femme active, constituent un minimum ?"

La mise en relief de ces questions clefs exige de donner une définition de l'allaitement et du travail de la femme, qui sont les 2 thèmes principaux de ce mémoire. Car, élucider les termes de l'équation, c'est élucider le fond des questions.

* Le Wellstart International Expanded Promotion of Breastfeeding Program (programme élargi de promotion de l'allaitement maternel). Ce programme est financé par l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID), dans le cadre de l'accord de coopération no. DPE-5966-A-00-1045-00. Le contenu de ce document ne reflète pas nécessairement les vues ou politiques de l'USAID ou du Wellstart International.

2. Qu'est-ce que l'allaitement maternel ?

Une femme nourrit un bébé en lui donnant le sein. Chaque cas d'allaitement est unique. Chacun comporte un temps *d'initiation*, son propre style caractéristique ou *qualité* et une *fin*, que nous mesurons en terme de durée.

Le temps *d'initiation* est rarement affecté par les activités de la mère, tout particulièrement si la conceptualisation que nous donnons à ce terme le limite au premier contact du bébé avec le sein. Mais si cette définition est élargie et englobe le plein recours à l'allaitement, ainsi qu'un schéma relationnel de tétées confortable et fiable le travail de la mère risque d'interférer.

Une étude faite au Honduras relève l'échec des femmes contraintes de reprendre leurs activités rémunérées moins de 10 jours après la naissance de leur enfant et qui, typiquement, ne réussissaient pas à allaiter (surtout dans le cas d'un premier bébé) ou devaient suspendre l'allaitement dans les tous premiers mois. Par contraste, aucune des femmes qui avaient pris un congé de maternité de 40 jours ou plus, ne s'est heurtée à de telles difficultés [1].

Bien que les cliniciens, experts-conseils en lactation et chercheurs soient persuadés de l'existence d'un seuil critique de mise en place de la lactation, il n'a pas été possible jusqu'ici de reconstituer scientifiquement ce cheminement. Selon les meilleures estimations, il s'étalerait sur 1 à 2 mois. De nombreuses sociétés traditionnelles imposent un repos de 40 jours à l'accouchée, souvent accompagné d'un régime

alimentaire spécial. Cette sage tradition semble avoir été le garant du succès de l'allaitement dans ces sociétés. A notre époque moderne, les congés de maternité ne sont pas calculés explicitement sur la base du temps requis pour favoriser la lactation.

La *qualité* de l'allaitement est souvent décrite en terme d'*exclusivité*, de *fréquence*, et d'*intensité* des tétées. La qualité de l'allaitement est grandement affectée par le travail de la mère.

Mais, là encore, nous manquons d'informations scientifiques réellement solides sur les paramètres cruciaux à appliquer à la qualité de l'allaitement. Comment mesure-t-on l'aspect *exclusif* de l'exclusivité ?

Par exemple :

- Une quantité minimale d'autres fluides est-elle jugée acceptable (prédominance) ?
- Si d'autres fluides sont jugés acceptables, sur quels critères se base-t-on ? Est-ce pour minimiser les risques posés au nourrisson, limiter la fécondité ?
- Pendant combien d'heures par jour et de jours par semaine une femme peut-elle se permettre d'être séparée du nourrisson et espérer maintenir l'exclusivité ? Quelles sont les stratégies porteuses ?
- Si une femme exprime son lait, pendant combien de temps peut-elle le conserver dans différentes conditions climatiques, hygiéniques et matérielles ?
- Si la femme complète l'alimentation du nourrisson, quels sont les aliments de sevrage ou laits non-humains préférés ?

La *fréquence* est une notion étroitement liée à l'exclusivité, mais elle pose certains problèmes.

- Dans quelle mesure les tétées nocturnes ont-elles une action compensatoire sur le lait exprimé de jour ?
- La timbale et la cuillère constituent-elles un moyen efficace et satisfaisant de nourrir l'enfant ?
- Le bébé est-il déconcerté par les biberons de lait maternel qu'il consomme durant la journée ?
- Comment les mères parviennent-elles à vaincre la résistance du nourrisson aux biberons ou aux timbales et aux cuillères ?
- A quoi les mères doivent-elles s'attendre en ce qui concerne la variabilité des réactions individuelles d'un nourrisson ou de la production de lait ? Cette variabilité est-elle gérable ?

- Peut-on programmer la fréquence ? Quelle valeur faut-il lui attribuer en l'absence de réactions et d'interactions ?

- Quelle doit être la fréquence minimale ou appropriée des tétées entre l'âge de 4 et 6 mois ?

Le degré d'*intensité* est lié à la dernière des questions concernant la fréquence.

- Un horaire rigide de tétées durant les heures de travail donnera-t-il des résultats satisfaisants, même chez le très jeune bébé ?
- Comment des femmes surmenées peuvent-elles, durant le temps de pause accordé, donner valablement le sein à un bébé endormi ou tendu ? Dans quelle mesure l'allaitement dans le milieu de travail donne-t-il satisfaction à la mère et à l'enfant ?
- Les bébés nourris de jour au biberon ou à la timbale 5 ou 6 jours par semaine, continuent-ils de téter d'une manière intensive ?

Ces questions exigent des recherches car elles sont profondément ancrées dans les réalités quotidiennes de la femme active.

La *durée* décrit le nombre total de jours, de semaines, de mois ou d'années d'allaitement, jusqu'au moment où l'enfant tète pour la dernière fois [1]. Des données recueillies au Honduras montrent que dès que les mères et leurs nourrissons ont franchi le cap critique des 40 jours, les seules différences de durée d'allaitement liées au travail favorisent les femmes actives. Les femmes actives -- ou femmes salariées -- allaitent plus longtemps et se disent plus satisfaites de leur sort que celles sans emploi.

Des données obtenues dans d'autres pays semblent corroborer celles du Honduras [2,3]. De façon générale, une fois que l'allaitement est une routine bien établie, il apparaît que les horaires de travail ne déterminent pas la durée de temps totale durant laquelle un enfant est allaité au sein. Les preuves sont là; il est certain que les femmes savent concilier les impératifs de leur travail et de l'allaitement, bien que des études ethnographiques montrent que dans ce domaine, certaines femmes se heurtent à plus de difficultés que d'autres. L'uniformité des données de durée de lactation ne signifie pas nécessairement que la femme active est exempte de problèmes. Cela signifie peut-être que lorsque nous définissons et valorisons le travail de manière à refléter les réalités qui confrontent la femme, les problèmes conflictuels qui se posent sont dilués par la multitude de tâches accomplies. Les raisons de ces conflits sont explorées à la rubrique consacrée ci-dessous aux activités de la femme.

34

Le sevrage précoce du nourrisson et l'introduction, dans son régime, d'aliments ou de liquides autres que le lait maternel, au cours des 4 premiers mois qui suivent sa naissance, sont pratiqués aussi bien par les femmes actives que par celles qui se consacrent à l'entretien de leur foyer. Là encore, les données recueillies au Honduras sont révélatrices. Pour les femmes au foyer qui ne bénéficiaient d'aucune aide, allaiter était gênant, problématique et frustrant. Elles se plaignaient de ce que les exigences et interruptions constantes et imprévues de leur bébé qui réclamait le sein les empêchaient de vaquer aux soins du ménage.

En somme, ce sont certaines des caractéristiques de l'allaitement qui tendent à être problématiques face aux exigences de travail qui confrontent la femme. C'est la *qualité* de l'allaitement qui, dans ce cas, est la plus affectée, plutôt que son initiation ou sa durée. Nous connaissons les inconvénients typiques de l'allaitement sub-optimal et leurs répercussions sur la santé et la nutrition de l'enfant, sur le budget du ménage et sur l'espacement des naissances. Or, ces répercussions sont toutes négatives. Nous ignorons, en revanche, quels sont les avantages et inconvénients relatifs que pose, pour la mère active et son nourrisson, l'éventail des types d'allaitement -- exclusif, prédominant ou accompagné de suppléments.

3. Que représente le travail de la femme ?

Le dictionnaire Webster nous présente le travail comme "un effort tendu vers la production ou l'accomplissement de quelque chose". Soledad Díaz définit ce "quelque chose" lorsqu'elle donne la définition suivante du travail : "l'énergie investie dans la survie, la croissance et le développement". L'utilisation de ces termes reconnaît la valeur du travail accompli par la femme, y compris l'allaitement. Nous allons examiner dans le présent mémoire comment l'allaitement au sein s'insère dans le schéma de travail de la femme.

Le travail exécuté par la femme fait tellement partie intégrante de son existence -- et ceci vaut pour pratiquement toutes les sociétés que nous connaissons -- que finaliser notre définition est impossible sans commettre d'injustices envers la productivité et les accomplissements des femmes. La variété des responsabilités qu'elles assument est quasi illimitée : leur travail est structuré économiquement, temporellement, spatialement et culturellement dans le cadre d'une myriade d'actions interprétables uniquement dans leur contexte spécifique. Un modèle ramiforme des caractéristiques qui différencient les multiples configurations du travail de la femme (au foyer/à l'extérieur, secteur formel/informel, économie de subsistance/économie monétaire/de troc/coopérative, salaire/gages/rémunération à la pièce, emploi/esprit d'entreprise, etc.) deviennent tellement complexes,

qu'arrivé au quatrième niveau, ce modèle perd son utilité.

Comment, dans ces conditions, peut-on faire des déclarations systématiques sur le travail de la femme et l'allaitement ? Lors d'une récente réunion, tenue sous les auspices du Wellstart EPB et de Family Health International [4], un groupe a dégagé 3 éléments interactifs du cadre de travail, qui doivent être gérés d'une manière spécifique pour maximaliser le succès de l'allaitement :

- temps
- espace
- soutien

Le temps est un impératif absolu. Les bébés doivent téter, ou bien les femmes doivent exprimer régulièrement leur lait et l'enfant doit être nourri manuellement. Sinon, la production de lait maternel cessera. Les femmes doivent donc disposer du temps nécessaire pour allaiter leur bébé. Certaines femmes peuvent continuer de travailler durant la tétée. Si tel n'est pas le cas, la mère doit avoir la possibilité de s'absenter de son poste, soit pour allaiter le nourrisson soit pour exprimer son lait.

Deux aspects du facteur temps ont un impact direct sur la compatibilité du travail et de l'allaitement : *quantité et flexibilité sont des absolus.* De nombreuses tâches peuvent s'accommoder de l'allaitement d'un jeune nourrisson. Mais, allaiter durant le travail ou durant une pause n'est réalisable que si les horaires ne sont pas trop rigides et si de brèves interruptions ou de brefs ralentissements du travail sont tolérées.

Il existe une autre forme de travail, caractérisée par une équation immuable, qui ne permet pas à la femme de s'interrompre suffisamment longtemps pour allaiter confortablement. Il s'agit de tâches où le temps est synonyme d'argent ou de survie. Les ouvrières à la pièce, même travaillant chez elles, avec leur bébé à leur côté, affirment éprouver le sentiment de n'avoir pas le temps de s'arrêter pour donner le sein. Le manque à gagner est trop grand. Les ouvrières agricoles, qu'il s'agisse d'agricultrices de subsistance ou de cueilleuses de thé à gages, expriment les mêmes sentiments de contraintes. La proportion, dans le monde, de foyers monoparentaux dirigés par des femmes, est en hausse. Certaines femmes qui ne s'occupent "que" de gérer une petite famille mais qui sont tributaires de tiers -- pour l'argent liquide, l'eau, les denrées alimentaires ou l'habillement -- et ne bénéficient d'aucun soutien logistique, constatent elles aussi qu'il est difficile d'allaiter et d'assumer les responsabilités qui leurs sont dévolues. Au cours des dernières décennies, les femmes ont commencé en nombre croissant à occuper des emplois éloignés, souvent, de leur domicile. Leurs horaires de travail

sont typiquement inflexibles et astreignants. Les capacités individuelles, les points de saturation et de tension nerveuse, varient selon les femmes mais, face à une variété de circonstances, elles doivent jongler avec le temps, avec leurs rôles multiples et avec leurs responsabilités accrues. La "modernisation" a eu pour conséquence d'accroître et non d'alléger les contraintes qui pèsent sur le temps dont dispose la femme [5].

4. L'espace se traduit par la proximité ou, en l'absence de proximité, par un lieu aménagé

Le temps est un impératif pour allaiter convenablement. *L'espace* en est un autre. La mère et l'enfant doivent partager un même espace, en d'autres termes être à proximité l'un de l'autre, ou bien la mère doit disposer d'un espace, d'une pièce, pour exprimer et conserver son lait.

L'espace alloué -- et non pas simplement celui prévu pour allaiter ou exprimer son lait, mais aussi le lieu de travail -- ne doit pas présenter de risques. L'exposition à des contaminants, notamment contaminants liposolubles dont les résidus se concentrent dans le lait maternel, devrait être minimisée. Il convient particulièrement de s'en préoccuper dans les pays où l'on continue d'utiliser des produits chimiques toxiques dont l'emploi, pour certains, est limité ou interdit aux Etats-Unis. Il s'agit par exemple de produits industriels tels que les polychlorobiphényles (PCB) et les pesticides agrochimiques [6].

Selon les thèses actuelles, les avantages de l'allaitement maternel l'emportent sur les risques à long terme de contaminants environnementaux [7, 8]. La menace la plus immédiate est celle d'une grave contamination accidentelle. Un exemple : Lederman, en vue d'une conférence, a consulté des documents traitant de cas de contamination de lait maternel dans des Républiques centre-asiatiques. Elle a noté que lorsque les causes et effets des contaminations avaient été analysées et documentées, il ressortait qu'elles ne résultaient pas d'une contamination environnementale progressive mais d'une exposition à des doses spécifiques massives [9]. De tels incidents peuvent surgir sur un lieu de travail, et l'exposition sur les lieux du travail peut aussi aggraver les risques dus à l'exposition à d'autres produits polluants.

Outre le facteur salubrité de l'environnement, le cadre de travail doit offrir un local permettant à la mère d'exprimer son lait si elle n'a pas la possibilité d'allaiter sur place ou à proximité. Pour de nombreuses femmes, l'intimité des lieux est indispensable. Les pièces qui offrent une aire de calme et permettent à plusieurs femmes de profiter d'une pause pour exprimer leur lait semblent être un cadre particulièrement agréable. L'aménagement doit

prévoir au minimum, un endroit où ranger les récipients, où l'on puisse se laver les mains, exprimer le lait et le transvaser en évitant les saletés et autres formes de contamination. Autres dispositifs utiles : réfrigérateurs, glacières, eau courante, stérilisateurs, tire-lait électriques ou manuels, bouteilles thermos, sacs pour transporter les récipients de lait, étiquettes et marqueurs indélébiles, de même que des instructions ou une formation sur la manière d'exprimer le lait.

Il existe certes une interaction entre le temps et l'espace, mais nous ignorons s'il existe des études qui documentent ou analysent explicitement cette interaction; elle n'est certainement pas constante pour tous les cas de dyades mère/enfant ou de tranches d'âge du nourrisson. Nous nous devons d'obtenir des informations empiriques supplémentaires sur l'interaction du temps et des conditions environnementales concernant l'expression et la conservation du lait maternel.

5. Toutes les mères qui allaitent doivent être épaulées, mais les ouvrières qui allaitent ont particulièrement besoin d'un soutien matériel et socio-culturel

Le soutien matériel prévoit la mise en place de structures propres à promouvoir et à protéger les droits des employées qui allaitent. Ceci inclut un ensemble de lois sur l'octroi de congés de maternité, de congés parentaux et la mise en application de ces lois, l'autorisation d'absences pour allaiter, ainsi que le droit d'allaiter en public sans incident ni tracasseries. Ceci inclut des ressources matérielles et humaines telles que des salles privées dotées de tire-lait, des systèmes de réfrigération et des crèches. Aux Etats-Unis, par exemple, des mesures ont été adoptées dans ce sens, notamment une loi sur le congé parental, le programme "Sanvita" parrainé par Medela, et la création de garderies sur les lieux de travail.

Le soutien matériel peut être orchestré par des institutions, des groupements ou des particuliers. Traditionnellement, les proches et les membres de la collectivité ou de la famille élargie apportaient un soutien matériel aux femmes qui travaillaient. De nombreuses cultures, nous l'avons dit, prescrivent un repos de 40 jours après l'accouchement. Il est urgent de procéder à des recherches à partir desquelles il sera possible de prodiguer des conseils aux mères et à leurs systèmes de soutien sur les conditions minimaux requises pour assurer une sécrétion satisfaisante de lait maternel, encore que les traditionnels 40 jours représentent une estimation fonctionnelle. En Amérique centrale, par exemple, dans la plupart des ménages latins traditionnels, la femme travaille jusqu'à la naissance, mais la jeune mère est ensuite dégagée de ses responsabilités domestiques qui sont prises en charge par d'autres femmes. Des repas spéciaux sont

préparés à son intention. Elle bénéficie alors d'un statut et de services qui sont réservés à ce stade de sa vie d'adulte. La recherche commence seulement maintenant à explorer et à documenter la sagesse de ces pratiques traditionnelles de repos et de soutien intensif qui privilégient la lactation [11].

D'autres exemples d'appui matériel vont, dans leur complexité, de l'initiative de l'UNICEF en faveur de l'Hôpital amis des bébés, jusqu'aux règlements des lieux de travail qui prévoient des horaires souples, à l'assistante maternelle qui amène le bébé à la mère durant ses pauses, et au père qui prépare une boisson rafraîchissante et s'occupe des autres enfants pendant que la femme allaite. Des groupes de soutien et des réseaux d'information sont en place à travers le monde; c'est le cas, par exemple, de la Ligue de la Leche, de la CALMA, de l'ARUGAAN, de l'YASIA et de l'ILCA. Il existe, pour éduquer et aider les mères qui allaitent, un nombre croissant de sources d'information, d'experts-conseils en lactation et de personnels de santé spécialement formés. Le soutien matériel et logistique peut être simple ou compliqué mais, sans lui, peu de mères peuvent se permettre de travailler et d'allaiter sans trop de stress.

Dans la mesure où l'aide à apporter à la femme qui allaite est un comportement ancré dans une culture l'attitude général sera sans doute plus "bienveillante" à son égard. Il n'empêche que les gens ordinaires tout comme les décideurs, doivent être informés des atouts que présente, l'allaitement pour la mère et l'enfant. Si sa valeur est reconnue et comprise, il est évident que toute mère a le droit de le choisir. L'allaitement est un bien social aussi fondamental que l'eau potable pour les bébés, les mères et les familles.

Que le choix porte sur l'allaitement au sein et/ou sur le lait artificiel, une part d'incertitudes plane souvent dans l'esprit de la mère qui, pour la première fois, a un enfant à élever. Le sentiment qu'elle ressent est presque universel; elle veut disposer de tous les atouts pour favoriser l'épanouissement physique et mental, ainsi que le bien-être psychosocial de son enfant. Les femmes doivent au minimum être informées sur l'allaitement et leur entourage familial et professionnel doit l'accepter et faire preuve de tolérance. Que ce soit dans un cadre social ou professionnel, dire à des mères que l'allaitement au sein est inutile, qu'il est marginalisé ou inacceptable socialement, aura pour effet, dans la plupart des cas, de brider leur faculté d'agir librement et de pouvoir choisir l'allaitement en toute connaissance de cause.

Il existe une masse de documents qui décrivent de manière anecdotale et ethnographique les besoins sociopsychologiques de la femme qui allaite. Le nombre croissant de femmes en âge de procréer qui sont employées dans les secteurs formel et informel,

constitue une véritable opportunité pour mobiliser un soutien en faveur de l'allaitement. Et, au lieu de considérer le travail et la multiplicité des rôles à assumer comme des obstacles, il est préférable d'y discerner des possibilités d'améliorer la situation par le biais d'une entraide de type intramaternel, et de soutiens institutionnel, matériel et social.

6. Questions et recommandations

- Transformer l'évolution des rôles de la femme en un levier qui permettra de réformer la culture de l'allaitement. Fournir des informations fiables. Organiser les femmes et les encourager à s'entraider dans la promotion des congés parentaux, des pauses pour l'allaitement, et de bonnes structures d'accueil pour les enfants en bas âge. Former des alliances avec d'autres groupes défendant les droits de la femme, pour faire campagne sur ces questions auprès des syndicats et du patronat.
- La mère d'un premier enfant doit être informée et soutenue. L'allaitement, la MAMA, la planification familiale, les crèches et l'éducation des enfants sont les volets naturels d'un programme post-partum. Ne lésinons pas. Plus les femmes comprendront qu'il est de leur intérêt d'élever des enfants sains, d'allaiter et d'espacer les naissances, plus elles auront de chances de réussir sur tous les fronts.
- Des travaux de recherche sur l'expression et la conservation du lait maternel s'imposent d'urgence. Les recherches actuelles tablent implicitement sur une journée de travail de 8 heures et sur la réfrigération. Des études complémentaires doivent être entreprises pour informer la majorité des femmes qui, séparées de leur nourrisson pendant plus de 8 heures, ne disposent ni de récipients stériles ni de moyens de les réfrigérer.
- Une place prioritaire doit être accordée aux recherches sur la MAMA pour la femme qui travaille. Les tétées nocturnes, les horaires et les techniques pour exprimer le lait constituent quelques unes des questions qui devraient être examinées.
- Les législations sur la famille et la maternité doivent être suivies de près et méticuleusement étudiées. Nous devons nous faire une idée plus claire des portées directes et indirectes de ces règlements, ainsi que des stratégies qui s'avèrent les plus efficaces pour les faire appliquer.
- Des lignes d'action sont à prévoir pour aider les familles et les employeurs à calculer les coûts directs et indirects, ainsi que le manque à gagner que représente l'allaitement. Il est nécessaire de mettre au point et d'utiliser des solutions de rechange.

- Peu de recherches ont été faites sur les avantages socio-psychologiques présentés par l'allaitement pour le nourrisson et pour la mère qui travaille. D'après des données anecdotales et ethnographiques, ces atouts seraient considérables. Les avantages cognitifs pour les enfants en bas âge pourraient aussi être importants. Ces questions méritent d'être examinées en profondeur; mais à notre connaissance, il n'existe virtuellement à ce stade aucune allocation de crédits pour le faire.
- La poursuite de campagnes d'éducation des décideurs et du public en général sur les avantages connus de l'allaitement maternel et sur les coûts qu'entraînerait son déclin, est primordiale. L'allaitement est une activité dont le caractère social est important. Toutes les mères doivent avoir un environnement de travail qui tienne compte de leurs besoins [12].
- L'allaitement est une fonction dévalorisée parce qu'intrinsèquement propre à la femme. C'est pourquoi une alliance entre les partisans de l'allaitement et les féministes est non seulement naturelle mais urgente.

7. Références

1. Organisation Mondiale de la Santé. Indicators for Assessing Breastfeeding Practices. Genève : OMS, 1991.
- 2.. Van Esterik P. Women, work and breastfeeding. Cornell International Nutrition monographie No. 23. Ithaca : Cornell University, 1992.
3. Van Esterik P, Greiner T. Breastfeeding and women's work : constraints and opportunities. *Stud Fam Plann* 1981; 12(4) : 182-95.
4. Family Health International. Women, Work and Breastfeeding. Workshop Report. Research Triangle : Family Health International; 1994.
5. Martin A. The Social Impact of Rural Electrification in the Aguan Valley. Washington, DC : National Rural Electric Cooperatives Association, 1991.
6. Lambrecht W. Modern miracle plagues foreign farms. *The Washington Times*, A6, 5 novembre 1993.
7. Organisation Mondiale de la Santé, OMS/EURO : Levels of PCBs, PCDDs and PCDFs in human milk : protocol for second round of exposure studies. Manuscript. Genève : OMS, 1992.
8. Frank J, Newman J. Breastfeeding in a polluted world : uncertain risks, clear benefits. *Can Med Assoc J* 1993; 149 (1) : 33-37.
9. Lederman S. Environmental Contaminants and their Significance for Breastfeeding in the Central Asian Republics. Washington, DC : Wellstart Expanded Promotion of Breastfeeding Program, 1993.
10. Greiner T. Breastfeeding and Working Women : Thinking Strategically. UNICEF Workshop on Work, Women and Breastfeeding, Brasil, 26 mai - 1^{er} juin, 1990.
11. Auerbach K. Maternal employment and breastfeeding; Dans : Riordan J, Auerbach K, éditeurs. *Breastfeeding and Human Lactation*. Boston : Jones and Bartlett, 1993.
12. Alliance Mondiale pour l'action en faveur de l'allaitement (WABA). *Women, Work and Breastfeeding : Everyone Benefits!* Feuilleton d'activités, Penang, Malaisie : WABA, 1993.

8. Débats avec les participants

Les participants ont fait observer que nous ne devrions pas considérer le lieu de travail comme un obstacle à l'allaitement optimal, mais comme un cadre de mobilisation de soutien à la femme qui choisit d'allaiter. Des exemples de femmes qui partageaient des tire-lait, ou de salles équipées pour allaiter ou pour exprimer le lait, ont été abordés. L'opinion a été formulée que les programmes insistent, peut-être d'une manière excessive, sur les obstacles qui se posent à la femme qui travaille et qui allaite, au lieu de cibler systématiquement les messages sur les avantages que l'employée retire de l'allaitement. D'autres participants ont évoqué le cas de collègues qui avaient culpabilisé la femme qui allaitait au travail, et qui ne confortaient pas ses efforts pour maintenir ce type d'allaitement. En conséquence, un travail d'éducation s'impose; c'est là un facteur capital pour cette question, tout comme la nécessité de disposer de crèches sur place ou à proximité. Les participants ont suggéré de faire davantage de recherches sur la situation actuelle de la main-d'oeuvre féminine, aussi bien dans le secteur formel qu'informel, et notamment d'examiner quelles sont les causes spécifiques des principaux obstacles à l'allaitement sur le lieux de travail -- manque de connaissances ou de sensibilisation, contraintes logistiques ou carences dans les techniques d'allaitement.

Résoudre le problème que pose l'allaitement pour la femme active exige de prêter attention à tout un éventail de questions liées aux facteurs temps, espace et soutien. Ces questions ne peuvent-elles être résolues que par le biais de lois ? Dans l'affirmative, quel est l'avantage, si l'employeur ne respecte pas les réformes prévues par la loi ? Enfin, comment convertir les progrès accomplis dans le secteur formel et en faire bénéficier les femmes qui travaillent dans le secteur informel ?

Une partie de l'aide à prévoir pour améliorer la condition de la femme active ou de celle qui est séparée de son bébé durant de longues heures, est liée à la recherche sur l'expression du lait maternel et sa conservation. Comme l'a fait observer le Dr. O'Gara dans son exposé, ces considérations d'ordre pratique doivent aboutir à des solutions pragmatiques, basées sur les réalités de la vie des femmes à conseiller qui, souvent, sont séparées pendant plus de 8 heures de leur nourrisson et opèrent dans un cadre qui, la plupart du

temps, est pathogène et dépourvu d'un système de réfrigération. Des instructions claires s'imposent. Elles doivent être basées sur des preuves scientifiques et des technologies simples et pratiques telles que la conservation du lait exprimé dans des récipients fermés conservés dans de la glace.

Les participants se sont intéressés particulièrement à l'emploi par la femme active, de la Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA). Les questions soulevées portaient notamment sur l'importance des tétées nocturnes pour la femme qui travaille et sur leurs avantages et leurs inconvénients; sur l'efficacité des différentes techniques d'expression du lait (à la main, à l'aide de tire-lait, manuels ou électriques); enfin, combien de fois la mère éloignée de son enfant doit-elle exprimer son lait pour maximaliser l'impact de l'allaitement sur la fécondité ?

Le rôle des syndicats a également été abordé, notamment la question de savoir s'ils avaient pris part à une activité officielle quelconque en faveur de l'allaitement. Bien que la conférence ait été co-parrainée par la Coalition of Labor Union Women (CLUW) et qu'il ait été prévu que des représentants de l'Organisation internationale du travail (OIT) et de la CLUW y assistent, ces organisations n'ont pas répondu aux questions du groupe sur l'action des syndicats pour encourager l'allaitement dans les lieux de travail. Les Conventions sur la protection maternelle établies à partir de 1919 par l'OIT prévoient un congé de maternité de 12 semaines, des soins médicaux et des pauses pour allaiter, et fixent les horaires de travail. Toutefois ces conventions n'ont pas été ratifiées par tous les pays. L'efficacité de telles mesures est incertaine, à cause, principalement, du caractère aléatoire ou inexistant des contrôles effectués aux niveaux local et national. Les participants ont suggéré que ceux qui, parmi nous, organisent des réunions à ce niveau, s'efforcent plus énergiquement encore d'impliquer les mouvements syndicaux, de même que des organisations qui défendent les intérêts de la femme telles que la FNUAP (Fédération des Nations Unies pour les activités en matière de population) et l'IPPF (Fédération internationale pour la planification familiale), afin de discuter de stratégies à mettre en oeuvre pour obtenir une révision des conventions du travail ou pour encourager leur ratification et leur mise en application par un plus grand nombre de pays.

Mais surtout, cette discussion a soulevé un point très important : tout travail accompli par la femme tend à être dévalorisé et l'allaitement, dont le rôle est dévolu à la femme, s'accompagne de coûts réels et tangibles, même s'ils ne revêtent pas nécessairement pour elle un aspect financier. L'avoir reconnu constitue en soi, et à juste titre, un appel à l'action de la part des féministes.

L'allaitement maternel et le féminisme ★

P. Van Esterik

Faculté d'anthropologie, Université de York, 4700 Keele Street,
North York, Ontario M3J 1P3, Canada

Sommaire

L'allaitement maternel confère du pouvoir à la femme et contribue à l'égalité des sexes; c'est donc une question importante pour le mouvement féministe et les droits de l'homme et de la femme. Bien qu'il soit rarement abordé dans le cadre des questions féministes, l'allaitement en est une par excellence, étant donné qu'il exige de repenser des thèmes de base, tels que la division sexuelle du travail, l'équilibre entre les vies productive et reproductive de la femme, et le rôle des processus physiologiques dans la définition de l'idéologie de la femme. Les problèmes conceptuels qui se dégagent de la question de l'équilibre entre la promotion de l'allaitement et la théorie féministe incluent la place à accorder à la maternité; la technologie et la libération; la crainte du déterminisme biologique; les seins et la sexualité; l'identification de la culpabilité; le choix personnel; le romantisme de l'allaitement; et la conceptualisation du travail des femmes. Les théoriciens du féminisme qui soulèvent la question de l'allaitement maternel et les chercheurs en médecine qui traitent les questions relevant de la théorie féministe ont l'occasion d'entamer un débat féministe non dualiste qui rassemblera un large éventail de théories ne se limitant pas à l'allaitement et aux soins maternels. L'absence de développement de cette analyse pourrait avoir de graves conséquences.

Mots clés : allaitement, féminisme, choix

1. Introduction

Etant donné qu'il confère du pouvoir à la femme et qu'il contribue à l'égalité des sexes, l'allaitement maternel est une importante question pour le mouvement féministe et les droits de l'homme et de la femme. Les femmes qui désirent allaiter leur enfant mais ne le peuvent pas -- en raison du soutien inadéquat de la famille ou des agents de santé, de contraintes sur le lieu de travail ou d'informations erronées émanant de l'industrie de l'alimentation infantile -- sont opprimées et exploitées. Les groupements et les particuliers qui s'intéressent à la lutte pour les droits de la femme et les droits de l'homme devraient agir pour faire changer cette situation et faire reconnaître l'allaitement comme un droit de la femme. Les conditions qui privilégient de bons soins maternels, notamment l'allaitement, sont des conditions qui réduisent en général la subordination de la femme.

★ Le présent exposé s'appuie sur de précédentes analyses de l'allaitement et du féminisme, sur "Thank You, Breasts : Breastfeeding as a Global Feminist Issue", qui va être publié dans un ouvrage sur l'anthropologie féministe, et sur "Learning From Lives", discours d'ouverture d'une conférence sur le thème "Faire de l'allaitement maternel la norme", tenue en juin 1993 à Toronto, auxquels s'ajoutent des documents rédigés à l'intention de la WABA (World Alliance for Breastfeeding Action, Alliance mondiale pour l'action en faveur de l'allaitement) dans le cadre de la Semaine mondiale de l'allaitement.

C'est pour les raisons suivantes que les associations de femmes et les groupements féministes devraient inclure l'allaitement maternel dans leur calendrier et engager leurs ressources et leur temps précieux dans des campagnes et des programmes :

- L'allaitement nécessite d'apporter des changements à la structure de la société pour améliorer la position et la condition de la femme.
- L'allaitement confirme le pouvoir qu'a la femme de contrôler son propre corps, et conteste l'hégémonie médicale.
- L'allaitement conteste le modèle prédominant de la femme en tant que consommatrice.
- L'allaitement conteste les idées du sein en tant qu'objet principalement sexuel.
- L'allaitement exige une nouvelle définition du travail de la femme -- une définition qui intègre avec plus de réalisme les activités productives et reproductives de la femme.
- L'allaitement encourage la solidarité et la coopération entre les femmes au niveau ménager, communautaire, national et international [1].

Bien que l'allaitement soit reconnu comme une question qui concerne la femme, il est rarement présenté comme une question féministe. En réalité, il est le plus souvent passé sous silence par les théoriciens du féminisme. Le présent mémoire soutient que l'allaitement maternel est une question féministe par excellence étant donné qu'il exige de repenser des questions de base, telles que la division sexuelle du travail, l'équilibre entre les vies productive et reproductive de la femme, et le rôle des processus physiologiques dans la définition de l'idéologie de la femme. Il se penche sur ce que les féministes ont dit (ou n'ont pas dit) sur l'allaitement, il présente quelques problèmes conceptuels que l'allaitement soulève pour la théorie féministe contemporaine, et il formule des recommandations pour incorporer les attitudes féministes à l'égard de l'allaitement dans les études sur les droits de la femme.

L'allaitement est un acte intégral en ce qu'il est intimement lié à tous les domaines de la vie -- sexualité, alimentation, émotion, apparence, sommeil, relations parentales. Mais la plupart des enseignements sur l'allaitement sont classés par discipline dans les cours de médecine, les cours sur le féminisme, les cours de psychologie, les cours d'anthropologie, et ils contiennent donc peu d'informations qui puissent être généralisées au-delà des limites disciplinaires. Le présent mémoire essaie de franchir les limites disciplinaires afin de combler certains écarts entre les avis féministes, anthropologiques et médicaux sur l'allaitement.

2. Définition du féminisme

La signification du terme de féminisme est sans cesse contestée et change constamment. En réalité, il n'existe pas un "féminisme" unique, mais bien un certain nombre de "féminismes". Il existe néanmoins des définitions qui sont employées dans les contextes internationaux pour faire valoir les programmes communs des différents mouvements de femmes à travers le monde. Une définition générale utilise le terme de féminisme pour se rapporter aux théories qui expliquent les causes de l'oppression et des actions des femmes qui cherchent à "éliminer la subordination et les autres formes d'oppression économique et sociale de la femme, qui reposent sur la nation, la catégorie sociale ou l'appartenance ethnique" [2]. Un certain nombre d'activistes et universitaires asiatiques ont convenu de la définition suivante du féminisme : "La sensibilité à l'oppression et à l'exploitation de la femme dans la société, au travail et au sein de la famille, et l'action consciente des femmes et des hommes pour changer cette situation" [3]. Il se peut que bon nombre des problèmes fondamentaux des discussions sur le féminisme ne soient que de simples différences dans les définitions et les manières de comprendre ce qu'est le féminisme, et non pas des différences conceptuelles ou des programmes opposés.

Ces problèmes provoquent des propos qui commencent parfois par "je ne suis pas féministe, mais..." ou "je suis féministe, mais..." Le texte original du présent mémoire étant rédigé en anglais, son auteur fait référence à des ouvrages de sciences sociales en anglais, elle utilise le terme *féminisme* mais elle est consciente de l'existence de contextes où l'emploi du terme ne serait pas de bonne stratégie. Il ne s'agit pas ici de l'un de ces contextes.

En accord avec la méthodologie féministe, les opinions de l'auteur doivent d'entrée être présentées de manière explicite. L'auteur se considère féministe et défenseur de l'allaitement, et elle trouve la théorie et l'application du féminisme utiles dans l'étude de l'allaitement. Ce que l'auteur trouve effrayant et inquiétant n'est pas tant le large éventail de féminismes qui jaillissent actuellement de par le monde que le mouvement de réaction contre le féminisme, et la croissance de ce qu'elle qualifie de féminisme "politiquement correct".

3. Théorie féministe et allaitement maternel : Je suis féministe, mais. . .

Ce n'est pas par hasard que l'allaitement ne figure pas dans bon nombre de travaux féministes influents. Mais l'absence de discussion sur les seins et l'allaitement dans les travaux suivants est surprenante. Est-ce que "*The Woman in the Body*" [4] n'a pas de seins ? Dans l'ouvrage de Shorter, "*The History of Women's Bodies*", devons-nous conclure que les seins n'ont pas d'histoire [5] ? Ce qui est surprenant est que la lactation ne fait pas partie de la brillante analyse de O'Brien sur les moments de la reproduction qui appartiennent ou qui pourraient appartenir uniquement à la femme dans "*The Politics of Reproduction*" (1981) [6]. L'ouvrage "*Gyn/Ecology*" de Mary Daly, par exemple, ne comprend pas, dans sa table alphabétique, les seins ou l'allaitement, mais il s'appesantit par contre sur la chirurgie du sein. L'auteur associe la chirurgie du sein au "fétichisme du sein de l'ensemble de la culture", [7] et s'élève contre les excès de mastectomies et de chirurgie esthétique pour modifier la forme des seins. Les implants de silicone sont examinés de plus près que les seins pendant la lactation.

Si les théoriciens du féminisme ont négligé la lactation et l'allaitement maternel et se sont penchés sur d'autres fonctions de la reproduction, c'est parce que l'allaitement soulève des problèmes conceptuels et révèle les nombreuses contradictions inhérentes avec lesquelles la théorie féministe se débat toujours. Dans leurs efforts d'inclusion, les féministes ont évité de privilégier les mères par rapport aux autres femmes, ou les mères qui allaitent par rapport aux autres mères. Dans les recherches sur la santé féminine, la menstruation et la ménopause ont été privilégiées par

rapport à la lactation, par exemple. La raison à cela est peut-être que les femmes ne peuvent pas facilement décider d'éviter les deux premières fonctions, mais elles peuvent décider d'éliminer la lactation. Quels sont les problèmes conceptuels qui se dégagent de l'équilibre entre la promotion de l'allaitement et la théorie féministe ?

3.1 La place de la maternité dans la théorie féministe

Rothman écrit :

"Les féministes se trouvent dans une situation difficile face aux nouvelles définitions de la maternité. Les anciennes définitions étaient si mauvaises. Nous les avons combattues pendant si longtemps. Et maintenant, les définitions plus récentes sont encore pires. Nous n'avons pas encore formulé de langage qui nous soit propre sur la maternité, une manière de l'examiner qui gravite autour de la femme" [8].

Dans son analyse de l'ouvrage de Rossiter, "*From Private to Public*" (1988), Lundberg fait part de sentiments conflictuels sur son double rôle de féministe et de mère :

"Il nous est difficile de nous sentir fières d'être mères, d'y donner la priorité. Même les non-féministes ont du mal à résoudre les conflits entre leur état de personne et leur état de femme dans le système patriarcal capitaliste" [9].

Le féminisme est dominé par des positions apparemment contradictoires sur la maternité. Certaines féministes la passent sous silence; d'autres critiquent l'institution, y voyant la source de l'oppression de la femme; d'autres la célèbrent et la glorifient. De Beauvoir [10] souligne que la reproduction aliène les femmes de leur corps sur le plan biologique et social, et dévalorise en général les tâches de la reproduction. Les féministes libérales se sont battues pour qu'il soit offert aux femmes de plus nombreuses occasions de "rattraper" les hommes et de participer pleinement aux activités de la société moderne. Elles veulent s'assurer que les femmes puissent entièrement bénéficier des avantages de la société industrielle, et cherchent principalement à atteindre cet objectif en faisant adopter de nouvelles lois et réglementations. Les arguments des féministes libérales soutiennent les initiatives visant à éliminer les conditions de discrimination contre les mères qui allaitent notamment l'absence de salles sur les lieux de travail ou autres lieux publics où allaiter dans le confort et l'intimité, ainsi que l'insuffisance des prestations de maternité. La question de l'allaitement -- en particulier l'allaitement et le travail des femmes -- fait réapparaître ces questions restées sans solution.

3.2. La technologie en tant que facteur de libération

L'idée que la technologie peut libérer la femme des problèmes liés à la reproduction fait l'objet de débats continus au sein des mouvements pour la santé féminine. Lazaro soutient que "la technologie fournit une solution partielle à l'aliénation naturelle de la femme", bien qu'elle "ouvre des portes dont on ne soupçonnait pas l'existence, qui facilitent -- mais pas toujours -- la libération" [11]. Cette vue de la technologie en tant que facteur de libération explique en partie le silence des féministes sur la question de l'allaitement maternel; elle est aussi la source de l'idée que l'alimentation au biberon est libératrice, argument que l'industrie de l'alimentation infantile s'est empressée d'exploiter dans ses annonces publicitaires.

Dans son ouvrage intitulé "*Recreating Motherhood*", Rothman examine l'idéologie féministe et la technologie dans une société patriarcale [8]. Elle y critique, du point de vue féministe, les attitudes technologiques et capitalistes à l'égard de la grossesse, de la naissance, de l'avortement, de l'adoption et de la stérilité. Elle examine la sage-femme en tant que pratique féministe, puis la mère porteuse, et conclut en formulant des suggestions pour l'adoption d'une politique sociale féministe. Bien qu'elle n'aborde l'allaitement que de façon anecdotique, en réalité elle aurait pu en faire le thème central de son argument, qui veut que la technologie capitaliste transforme les méthodes en produits et traite les individus comme des produits [12]. Jagger poursuit cette idée de reformulation biologique plus avant :

"Cette transformation pourrait même pousser les capacités d'insémination, de lactation et de gestation au point où par exemple, une femme pourrait en inséminer une autre, où des hommes et des femmes stériles pourraient allaiter et où l'ovule fécondé pourrait être transplanté dans le corps d'une femme ou même d'un homme" [13].

Ursula Franklin nous rappelle que la technologie réorganise et restructure les relations entre les groupes sociaux, entre les nations et les individus, et entre nous tous et notre environnement [14]. Sa formule élégante et essentiellement féministe fait contraster la technologie intégrale où les individus contrôlent leur propre travail du début à la fin, avec les technologies normatives où le travail est divisé en plusieurs étapes clairement identifiables qui peuvent être exécutées par différents travailleurs. Si la dernière forme de technologie offre des modèles d'exécution, la première représente des tâches qui ne peuvent pas être aisément planifiées, coordonnées ou contrôlées : "il vaut mieux exécuter sur le mode intégral toute tâche qui exige de régler des causes par les effets et d'apporter des modifications" [15].

L'allaitement maternel est un bon exemple de modèle de croissance intégral qui dépend du contexte et qui n'est donc pas entièrement prévisible et contrôlable. Certains programmes de promotion de l'allaitement et certains cours de gestion de la lactation comportent le danger de devenir normatifs quand ils s'accompagnent de règles et de techniques provenant de personnalités faisant autorité et qu'ils perdent de vue l'objectif de permettre aux femmes d'allaiter. L'alimentation au biberon est un excellent exemple de technologie normative, où tous les efforts sont déployés en vue de suivre des étapes successives dans des conditions contrôlées déterminées par d'autres individus et d'éliminer le besoin de prise de décision et de jugement de la part de l'utilisateur. Tout semble contrôlable et prévisible, supposition réconfortante (mais complètement fausse) pour les nouvelles mères.

3.3. Crainte du déterminisme biologique

"L'origine de l'intérêt des féministes pour la biologie a été et demeure la critique du déterminisme biologique" [16]. Birke soutient aussi que, étant donné que les féministes veulent changer la société, les arguments biologiques ne peuvent pas servir les causes féministes [17]. La biologie de la femme est soit négligée par les féministes, soit considérée comme allant de soi par d'autres. Mais, comme le souligne Lazaro :

"Une analyse féministe qui veut échapper au déterminisme biologique doit prendre en compte le fait que les informations biologiques sont estimées différemment dans les différentes sociétés. Il n'y a rien de bon ou de mauvais en soi dans la fonction de porter des enfants; c'est la société par contre qui lui attribue une valeur, et différentes sociétés lui attribuent différentes valeurs" [18].

D'autres voient dans ce point de vue un défi au féminisme.

"Il est crucial pour la transformation du féminisme de comprendre que la particularité biologique n'a pas besoin d'être l'antithèse de l'action historique" [19].

Ceci explique, en partie, l'ambivalence qui se dégage de la manière dont les féministes abordent la maternité. Etant donné que le pouvoir d'allaiter leurs petits caractérise toutes les femelles mammifères la lactation en tant que fonction sous-entend l'essentialisme et le déterminisme biologique. Pour les féministes radicales qui situent l'oppression de la femme dans son corps et dans ses fonctions de reproduction, la lactation ne pourrait guère être examinée comme un pouvoir. Une vue plus gynocentrique se dégage des travaux de O'Brien [20,21], dont les arguments sont aussi problématiques. Sa tentative de récupérer la maternité pour la cause

féministe lance un grand défi aux féministes [22]. Lazaro soutient que l'analyse tronquée de la biologie par O'Brien,

... "la conduit à adopter l'idée de la reproduction qu'elle critique, à savoir celle qui oppose la nature à l'histoire, et qui suggère, à l'encontre de ses propres vues, que pour devenir féministes, les femmes doivent surmonter leur condition naturelle de porteuses d'enfants" [23].

3.4. Les seins et la sexualité

"Les seins sont un scandale pour la société patriarcale étant donné qu'ils troublent l'équilibre entre la maternité et la sexualité" [24]. Le regard masculin a forcé la femme à nier tout plaisir sexuel lié à l'allaitement parce qu'elle ne peut pas être en même temps maternelle (madone) et sexuelle (prostituée). D'après ce raisonnement, la femme ne peut pas être simultanément nourrice et séductrice; l'un empêche l'autre. Dans la société occidentale, le plaisir sensuel de l'allaitement a donc été réprimé, limitant l'allaitement à une part de "... ce monde dompté, privé de plaisir et domestiqué des devoirs maternels" [25]. Les seins en tant qu'objets sexuels, évoquent des arguments complexes qui conduisent l'analyste dans les eaux encore mal explorées de l'identité sexuelle.

Comme Oakley le fait remarquer, les féministes s'intéressent depuis longtemps aux seins, mais pas à l'allaitement :

"...L'alimentation naturelle des enfants pose un dilemme incurable à ceux qui affirment l'autonomie de la femme, son droit d'exister en tant que membre à part entière de la société. Etre social signifie répudier le monde naturel où la vie est gouvernée par l'animalité..." [26].

Les seins se présentent sous une gamme extraordinaire de tailles et de formes qui conviennent presque toutes parfaitement à l'allaitement. C'est notre culture qui définit comme étant acceptable une petite gamme de tailles et formes de seins -- qualifiée par l'auteur de "sein officiel". Nous savons tous à quoi ressemblent ces seins, le rôle que leur confère la publicité commerciale et combien peu d'entre nous les possèdent. Toute pratique qui minimise l'exploitation du sein officiel facilitera l'allaitement. L'industrie du sexe et l'industrie esthétique ont réussi à objectiver les seins de la femme à travers les médias et les annonces publicitaires, rendant difficile pour certaines femmes d'allaiter en public. Lorsque les biberons sont utilisés de crainte d'exposer les seins en public ou lorsque les raisons des femmes de nourrir leur enfant au biberon reposent entre autres sur la crainte d'altérer la forme de leurs seins, les femmes sont traitées comme des objets sexuels. La crainte des femmes d'exposer leurs seins en public est plus que confirmée lorsqu'en

Amérique du Nord des femmes sont arrêtées ou priées de quitter des lieux publics parce qu'elles allaitent ouvertement. Grâce aux efforts de militantes, les femmes qui allaitent revendiquent maintenant leurs seins comme des parties précieuses de leur corps et refusent d'être traitées comme des objets sexuels.

3.5. Identification de la culpabilité

Les féministes objectent à la promotion de l'allaitement qui pousse les femmes qui n'allaitent pas à se sentir coupables. Utilisant ce malencontreux argument féministe, certaines autorités soutiennent que l'allaitement ne devrait pas être encouragé et que ses avantages ne devraient pas être mis en valeur, de crainte que les femmes ne se sentent culpabilisées de ne pas allaiter ou de ne pas pouvoir allaiter, et qu'elles se le reprochent. Les femmes qui choisissent le lait artificiel au lieu d'allaiter leur enfant devraient être informées des risques que ce choix pose pour la santé. Les risques de la chirurgie cardiaque sont indiqués aux patients afin de les informer, et non pas afin qu'ils se sentent coupables de ne pas choisir cette option. Pourquoi l'alimentation artificielle du nourrisson ne devrait-elle pas être traitée de la même façon ? Cela ne veut pas dire que des prestataires de services trop zélés ou insensibles ne tentent pas, à l'occasion, d'agir de telle sorte que les femmes se sentent coupables de ne pas allaiter. En réalité, ce serait un grave problème que les femmes pensent qu'elles sont poussées à allaiter, "pour le bien du bébé".

Cette question demande de veiller à ne pas encourager l'allaitement "politiquement correct", à savoir l'idée qu'il n'existe qu'une manière correcte d'allaiter. Cette idée entraîne le danger que l'allaitement soit interprété dans le cadre de l'oppression de la femme au lieu de la libération de la femme. Ceux qui conceptualisent l'allaitement comme une forme d'exploitation voient la femme comme un objet passif que l'enfant s'emploie à vider jusqu'à la dernière goutte. Ceux qui voient l'allaitement maternel comme un acte positif d'affirmation personnelle voient la femme comme un agent actif qui contrôle sa propre vie.

3.6. Choix personnel

Le thème d'après lequel chaque femme prend une décision "personnelle" sur la façon d'alimenter son nouveau-né en fonction de ce qui convient le mieux pour elle, insiste trop sur l'individualisme si caractéristique du féminisme libéral occidental. Ce concept n'explique pas le choix des femmes dans la majorité du monde en développement. Parler de décisions personnelles met en valeur les notions du "droit de la femme à choisir", notion là encore fortement occidentale. Le choix n'existe, naturellement, que quand des options sont entièrement disponibles, y compris les informations concernant les

conséquences éventuelles des différentes méthodes d'alimentation du nourrisson. Néanmoins, le "risque" de l'alimentation au biberon peut être très difficile à communiquer, en particulier dans les contextes où les nourrissons alimentés au biberon meurent rarement par suite de pratiques alimentaires, comme c'est le cas dans les villes canadiennes et parmi l'élite des pays en développement.

Les exigences du mouvement de la femme comprennent le droit à l'autodétermination. Mais, comme le souligne Mies, l'utopie d'une femme individuelle, autonome, isolée et indépendante ne plaît pas à toutes les femmes [27]. Dans le cas des décisions concernant l'alimentation du nourrisson, les femmes semblent pratiquer l'autodétermination quand elles ont la faculté de choisir entre différentes marques de lait artificiel. "Pour les personnes formées à choisir entre des laits artificiels conditionnés, le sein de la mère semble n'être qu'une option supplémentaire" [28]. S'agit-il là de l'utopie féministe envisagée par le mouvement de la femme ?

3.7. Romantisme de l'allaitement maternel

L'écoféminisme, à l'instar du féminisme radical gynocentrique, voit le corps de la femme comme une source de spiritualité et de pouvoir, et non pas tant comme un site d'oppression. Dans sa manifestation de spiritualité féminine et d'adoration de la déesse, l'écoféminisme présente une vue parfois romantique exagérée des principes maternels et de l'allaitement, sans prendre en considération les conditions matérielles des femmes qui allaitent. Bien que l'écoféminisme continue d'inclure l'allaitement maternel dans le programme féministe, il nous renvoie à l'éternel problème de la femme considérée comme essentielle, de la glorification de ses attributs "naturels", et risque d'aliéner entièrement à la fois les féministes socialistes, dont les travaux peuvent être particulièrement précieux pour comprendre la relation entre le travail productif et reproductif de la femme, et les responsables des décisions relatives aux thèmes des sexes et du développement.

La fonction physiologique de la lactation doit être prise en compte dans toute analyse de la relation entre la production et la reproduction. Il ne s'agit pas là de déterminisme biologique mais de bon sens. Les faits biologiques de la grossesse, la naissance et la lactation ne sont pas facilement compatibles avec la production capitaliste, à moins qu'une part des bénéfices ne soit consacrée à la prise en charge de congés de maternité, de salles d'allaitement et de crèches. Lorsque les mères entrent sur le marché du travail, elles sont donc obligées de chercher des types d'emploi secondaires et moins bien payés. "Les compétences des femmes sont moins 'appréciées', non pas en raison d'une dévaluation idéologique de la femme, mais parce que les femmes tendent moins à être syndiquées, elles sont

moins mobiles dans la recherche d'un emploi et elles sont en général plus soumises aux obligations ménagères" [29]. C'est pourquoi la décision de la WABA (l'Alliance mondiale pour l'action en faveur de l'allaitement) de consacrer la Semaine mondiale de l'allaitement de 1993 à l'allaitement et au travail des femmes -- peut-être le domaine de la recherche sur l'allaitement le plus complexe et le moins étudié -- répondait à un besoin stratégique plutôt qu'à un besoin pratique. Dans bon nombre de régions du monde, le fait de demander des prestations de maternité pourrait même être une excuse pour congédier une femme.

3.8. Conceptualisation du travail des femmes

Dans notre prise de conscience du double, du triple fardeau de la femme, les arguments qui présentent l'allaitement maternel comme un autre fardeau ou obligation que la femme doit supporter, sont souvent interprétés comme étant "en faveur de la femme". L'alimentation artificielle du nourrisson est donc censée alléger la tâche de la femme, non l'alourdir. Les appels trompeurs adressés aux femmes et les arguments féministes subvertis ne disent rien des fardeaux liés à l'acquisition et à la préparation de laits maternisés, ou au fardeau des soins à apporter à un enfant malade ou mourant. Les arguments sur la commodité empruntent au langage de la "maternité scientifique" courant au début du siècle -- l'allaitement en tant qu'obligation morale, fardeau que les mères doivent supporter. Les progrès de la technologie sont présentés comme soulageant les femmes de tâches interminables. Pour de nombreux programmes féministes une plus haute priorité est le partage des responsabilités maternelles et le besoin d'une plus grande participation des hommes aux soins des enfants. Il existe beaucoup de confusion à ce stade en raison des problèmes conceptuels liés à la définition du travail et l'inclusion de l'allaitement dans les considérations sur le travail de la femme.

4. Problèmes communs : Je ne suis pas féministe, mais...

Il y a plus de 10 ans, Kelly soutenait que "la pensée sociale féministe commence tout juste à surmonter les dualismes dont elle a hérité, pour expliquer valablement les oppositions en matière de sexe, de catégorie sociale et de race dans le cadre d'une théorie sociale unifiée" [30]. L'allaitement maternel exige de résoudre un certain nombre de dualismes s'appuyant sur la société qui dominant la pensée occidentale. Les catégories discutives qui ont façonné et continuent de façonner notre expérience et notre connaissance du monde, comportent notamment les notions d'oppositions suivantes :

production/reproduction
public/privé
nature/culture

esprit/corps
travail/loisirs
soi-même/l'autre
maternel/sexuel

L'allaitement, en théorie et en pratique, rapproche un grand nombre de ces oppositions et en élimine d'autres. Par exemple, l'analyse marxiste a forcé la rupture entre la production et la reproduction et a privilégié la production par rapport à la consommation. Les féministes marxistes se débattent toujours avec la rupture entre la production (le public) et la reproduction (le privé). Mais Mies soutient que le corps de la femme est le premier moyen de production -- des enfants et de l'alimentation. Les femmes ont consacré leur propre corps à enfanter et à produire du lait, formant des unités non seulement de consommation, mais aussi de production [31]. L'opposition production-reproduction est parallèle à la division entre les sphères publique et privée ou familiale. Ce qui est attribué à la sphère privée devrait s'effectuer en privé. Mais en quoi l'allaitement est-il un acte privé ? Les oppositions public-privé sous-tendent les controverses portant sur l'allaitement maternel en public, aboutissant souvent à des analogies entre l'allaitement et l'excrétion. Gaskin écrit "Il est étrange en réalité que des pays qui s'enorgueillissent tant de leur délicatesse méticuleuse établissent des règles sociales qui forcent souvent leurs membres les plus vulnérables à se nourrir dans des endroits conçus pour les besoins excrétoires des autres membres de la société" [32].

L'allaitement est solidement tributaire du corps. Il est donc affecté à la moitié "nature" de la division "nature-culture" -- exemple de l'immanence des femmes par opposition à la transcendance des hommes, pour reprendre les termes de Simone de Beauvoir. Mais la fonction de l'allaitement est fortement influencée par les états affectifs et cognitifs, et elle est donc très sensible au contexte social.

Même l'opposition travail/loisirs s'effondre lorsqu'elle est appliquée à l'allaitement, comme c'est le cas avec la plupart des tâches de la maternité -- tâches qui sont toujours un fardeau et un plaisir en même temps [33]. L'auteur soutient que la lactation devrait être redéfinie comme étant un travail productif [34]; mais il existe toujours une certaine ambiguïté quant à sa relation avec les loisirs. Dans bon nombre de situations de travail, l'allaitement maternel est soit accompli tout en faisant d'autres choses (production conjointe), soit un répit agréable, qui repose d'autres tâches. En raison de sa nature potentiellement sensuelle, l'allaitement est qualitativement différent des soins apportés aux enfants, qui sont souvent calculés par les économistes comme une activité de loisir.

Enfin, l'opposition sujet/objet ne peut pas être utilement appliquée aux activités intersubjectives telles

45

que l'allaitement [35]. L'expérience de l'allaitement atténue les limites corporelles, puisque la femme éprouve une forme de continuité avec son nourrisson. C'est cette continuité -- cette expérience de l'"autre comme soi" -- qui fait de l'allaitement à la fois une puissante expérience de transformation pour certaines femmes et une terrifiante perte d'autonomie personnelle pour d'autres (ou les deux en même temps).

Un autre problème concerne le rapport à établir entre l'allaitement maternel et le mouvement environnemental. La théorie écoféministe pourrait s'avérer très utile pour examiner les risques liés à l'environnement, tant au domicile qu'au travail. Les spécialistes de l'environnement font part de la radioactivité et des dioxines décelées dans du lait maternel sans prendre en considération l'effet que cette connaissance aura sur les mères qui allaitent. S'il est vrai que le lait maternel est un concentrateur de ce qui se trouve dans le milieu où évolue la mère, en l'absence de critiques féministes du problème plus vaste, notamment la présence de dioxines dans l'eau et dans les aliments, la "réponse" peut être présentée comme l'occasion de remplacer le lait maternel par un lait en poudre, alors que sans analyse du degré de contamination de ces produits ou de l'eau utilisée pour les diluer, ce lait pourrait contenir les mêmes polluants environnementaux. Les craintes de contamination devraient conduire à la lutte contre les industries chimiques, et s'appuyer non pas sur la théorie écoféministe mais sur l'exercice des soins maternels.

L'allaitement est un exemple de politisation des questions personnelles. Il n'existe pas de moyen sans s'engager dans la politique, de transformer une culture reposant sur l'alimentation au biberon en une culture reposant sur l'allaitement au sein. Une définition de la politique est : l'exercice d'une ligne de conduite prudente, clairvoyante et judicieuse. Nous pouvons tirer parti des travaux féministes dans ce cas. Les questions personnelles sont des questions politiques. Une femme qui n'arrive pas à allaiter aussi bien ou autant qu'elle le veut, n'est pas une personne isolée qui n'a pas la bonne solution. Elle est le produit de structures sociales, économiques et politiques qui peuvent changer si la volonté politique est suffisante pour aborder les causes fondamentales du problème. S'attaquer à ces questions, exposées souvent par l'analyse féministe, n'est pas à la portée des moyens des partisans de l'allaitement; de là l'importance décisive de s'attirer des alliés.

Les efforts de protection de l'allaitement maternel offrent des raisons d'être optimiste, même si l'équilibre du pouvoir semble toujours osciller du côté des individus, des institutions et des nations les plus riches et les plus puissantes. Le pouvoir peut être redistribué dans l'ensemble du système mondial, permettant de subtiles changements dans l'orientation

des institutions primordiales et l'octroi de pouvoir à de nouveaux mouvements. Dans les années 70, de nouveaux groupes ont acquis de l'influence dans des arènes supranationales. Le renforcement des organisations de femmes, et les coalitions représentant les intérêts du consommateur, ont revêtu une importance particulière pour l'allaitement. Certaines organisations non gouvernementales internationales ont exercé une influence marquée sur la politique de l'allaitement maternel dans les pays en développement et dans les pays développés. Les femmes qui ont pris position sur diverses causes, telles la controverse entre le sein et le biberon, ont fini par voir leur propre place dans le monde sous un angle différent. Quimby écrit que "...la lutte contre des sièges spécifiques de pouvoir non seulement affaiblit la conjonction des réseaux du pouvoir, mais aussi donne du pouvoir à ceux qui mènent le combat" [36].

Les spécialistes de l'environnement n'ont pas sérieusement abordé du point de vue écologique la controverse entre le sein et le biberon [37]. Le rapport de la Commission mondiale sur l'environnement et le développement intitulé "Notre futur commun" [38] ne fait pas mention de la lactation ou de l'allaitement. Du point de vue écoféministe, ces omissions seraient impensables. Son silence sur le sujet est d'autant plus surprenant que la commission est sensible à la manière dont le corps de la femme reflète la perturbation de l'environnement. L'emploi de nos enfants comme canaris pour tester les niveaux de pollution est un thème clé de la littérature écoféministe, bien que ce soit les fausses couches et non pas le lait de la mère qui soient en général citées :

"...en raison du rôle unique des femmes dans la reproduction biologique de l'espèce, notre corps présente des repères importants des sites sur lesquels la perturbation locale, régionale ou même planétaire s'exerce souvent" [39].

5. Redéfinition de l'allaitement

Si les théoriciens du féminisme abordaient le problème de l'allaitement maternel et si les chercheurs en médecine abordaient les questions soulevées par la théorie féministe, ils pourraient, ensemble, produire un débat féministe non dualiste qui rassemblerait un large éventail de théories et de pratiques ne se limitant pas à l'allaitement et aux soins maternels. Cet éventail comprend les pratiques en matière de soins et d'alimentation. Mais si nous continuons à éviter la dialectique nécessaire à des travaux conceptuels plus approfondis sur la question, nous manquerons l'occasion d'aborder un des débats les plus importants de notre temps.

Le fait de ne pas développer d'analyse féministe de l'allaitement, que ce soit pour des raisons théoriques ou des raisons pratiques, peut avoir de sérieuses

conséquences. Ceux qui encouragent l'allaitement au sein n'ont pas toujours le soutien des associations de femmes et des organisations féministes pour leurs initiatives et de leur politique. En Inde, après 7 ans d'efforts pour l'adoption d'un code national réglementant la commercialisation de laits maternisés, des associations de femmes ont qualifié le projet de loi de "draconien", soutenant qu'il causerait des préjudices immenses à la carrière des femmes et les enfermerait à nouveau dans la cuisine. Aborder l'allaitement comme une chaîne liant les femmes à des rôles traditionnels, révèle une absence de compréhension du contexte des choix d'alimentation des nourrissons dans les pays en développement, ainsi que des préjugés intolérables sur l'allaitement maternel considéré comme un acte "traditionnel". Des messages encore plus subtiles continuent de renforcer une association inappropriée entre l'alimentation au biberon et la modernité, comme s'il était plus moderne pour les femmes de chercher à se soustraire aux responsabilités des soins maternels. Les femmes ne veulent pas toutes être déchargées de ces responsabilités, en particulier dans les pays où les enfants sont une source de pouvoir pour la femme et confèrent un statut dans la communauté. Le fait de ne pas engager le mouvement féminin dans des activités de promotion de l'allaitement peut aboutir à co-opter les considérations féministes pour en faire de soi -- disant "vues centrées sur la femme" qui, en fait, ne le sont pas du tout.

Les féministes critiquent les partisans de l'allaitement, soutenant qu'ils veulent assujettir la femme et la maintenir au foyer pour nourrir bébé et changer les couches. Or, il n'en est rien. Les associations de femmes doivent s'assurer que leurs efforts pour encourager l'allaitement au sein ne sont pas utilisés par les conformistes et les gouvernants conservateurs à l'encontre des intérêts de la femme. Comment peuvent-ils s'en assurer ?

- En demandant aux gouvernants de consulter les associations de femmes avant d'ébaucher une législation sur l'allaitement.
- En reconnaissant que pour bon nombre de femmes, l'allaitement est une question chargée d'affectivité, et en élaborant des stratégies pour définir la question sous des angles objectifs.
- En prévoyant comment arrêter les effets négatifs possibles, tels que les menaces d'employeurs qui voudraient congédier les femmes au lieu de leur fournir des prestations maternelles.
- En s'assurant que les campagnes sur l'allaitement maternel mettent en valeur le bien-être à la fois de la mère et de l'enfant.

Les recommandations supplémentaires ci-dessous pourraient nous rapprocher de la création d'une

pratique féministe de l'allaitement.

6. Recommandations

Les associations locales de femmes peuvent entreprendre diverses activités pour promouvoir l'allaitement. Par exemple :

1. Faire campagne pour les politiciens qui prônent des mesures encourageant les mères à allaiter.
2. Faire pression auprès des commissions nationales qui défendent les intérêts de la femme et la condition féminine, afin qu'elles incorporent l'allaitement maternel dans leurs plans d'action.
3. Boycotter les produits dont la publicité à la télévision et dans les revues utilise les seins de la femme comme accessoire publicitaire.
4. S'informer sur les organisations qui financent la recherche sur l'alimentation des nourrissons et se demander qui bénéficie des résultats de cette recherche et qui y perd : le perdant n'est jamais l'industrie de l'alimentation infantile.
5. S'assurer que les bébés du sexe féminin sont allaités au sein et reçoivent des aliments supplémentaires appropriés aussi souvent que les bébés du sexe masculin.
6. Encourager les artistes à présenter des tableaux, des photographies, des poèmes et des pièces qui célèbrent le pouvoir de la maternité et de l'allaitement, et la beauté des seins.
7. Accueillir les mères qui allaitent, à des réunions et séminaires de femmes, et prévoir les dispositifs nécessaires pour la garde des enfants.
8. Demander à des femmes occupant une charge publique importante de souscrire à la Semaine mondiale de l'allaitement et d'inclure des messages sur l'allaitement maternel dans leurs allocutions.

Les féministes peuvent aussi s'employer à démontrer le soutien que l'allaitement apporte aux stratégies de partage des responsabilités maternelles, consolidant ainsi l'interdépendance entre les parents. Les féministes peuvent renforcer les travaux d'encouragement dans le domaine de la culture populaire -- revues, télévision et cinéma. Ce qui existe autour de nous dans la vie de tous les jours a plus d'influence que les campagnes des médias.

Les associations de femmes occupent aussi une position solide pour démontrer comment l'allaitement cadre avec d'autres questions féminines telles que l'hygiène de la reproduction, l'éducation et la violence contre les femmes. (Les femmes enceintes et celles

qui allaitent sont particulièrement vulnérables à la violence. Des obstacles à l'allaitement tels que des pratiques hospitalières inappropriées et la promotion publicitaire du lait artificiel, sont aussi des exemples de violence contre les femmes.)

Enfin, les associations de femmes peuvent contribuer utilement à l'élaboration d'une stratégie visant à intégrer l'allaitement au programme des droits humains. Lorsque nous faisons en sorte que les femmes puissent allaiter, nous défendons les droits de la femme puisque l'amélioration de la condition économique et sociale des femmes est nécessaire à la promotion de l'allaitement. Toute violation du droit de la femme à allaiter est une violation des droits humains de la femme.

7. Remerciements

Ces travaux ont bénéficié énormément des recherches de Kathy M'Closkey et Shelley Butler, étudiantes de troisième cycle en anthropologie à York.

8. Références

1. Van Esterik P. Beyond the Breast-Bottle Controversy. New Jersey : Rutgers Press, 1989 : 69-76.
2. Sen G, Grown C. Development, Crises, and Alternative Visions. New York : Monthly Review Press, 1987 : 18.
3. Bhasin K, Khan NS. Some Questions on Feminism and Its Relevance in South Asia. New Delhi : Indraprastha Press, 1986 : 2.
4. Martin E. The Woman in the Body. Boston : Beacon Press, 1987.
5. Oakley A. Telling the Truth about Jerusalem. Oxford : Blackwell, 1986.
6. Kahn RP. Mother's milk : the "moment of nurture" revisited. Resour Feminist Res 1989; 18(3) : 29-35.
7. Daly M. Gyn/Ecology : the Metaethics of Radical Feminism. Boston : Beacon Press, 1978 : 244.
8. Rothman B. Recreating Motherhood : Ideology and Technology in a Patriarchal Society. New York : Norton, 1989 : 22.
9. Lundberg N. A feminist exploration of early mothering. Review of Amy Rossiter's from Private to Public. Resour Feminist Res 1989; 18(3) : 95-6.
10. de Beauvoir S. The Second Sex. New York : Bantam Books, 1961.
11. Lazaro R. Feminism and motherhood : O'Brien vs. Beauvoir. Hypathia 1986 : 1(2); 87-102.
12. Rothman B. Recreating Motherhood : Ideology and Technology in a Patriarchal Society. New York : Norton, 1989 : 19.
13. Jaggar A. Feminist Politics and Human Nature. Totowa : Rowman and Allanheld, 1983 : 32.
14. Franklin U. The Real World of Technology. Montreal : CBC Enterprises, 1990 : 13.
15. Franklin U. The Real World of Technology. Montreal : CBC Enterprises, 1990 : 24.
16. Birke L. Women, Feminism and Biology. Brighton : Wheatsheaf, 1986 : 10.
17. Birke L. Women, Feminism and Biology. Brighton : Wheatsheaf, 1986 : 11.
18. Lazaro R. Feminism and motherhood : O'Brien vs. Beauvoir. Hypathia 1986; 1(2); 96.
19. Diamond I. et al, éditeurs. Reweaving the World. San Francisco : Sierra Club, 1990 : xi.
20. O'Brien M. The Politics of Reproduction. Boston : Routledge, 1981.
21. O'Brien M. Reproducing the World. Boulder : Westview Press, 1989.
22. Lazaro R. Feminism and motherhood : O'Brien vs. Beauvoir. Hypathia 1986 : 1(2) : 88.
23. Lazaro R. Feminism and motherhood : O'Brien vs. Beauvoir. Hypathia 1986 : 1(2) : 94.
24. Young I. Throwing Like a Girl and Other Essays in Feminist Philosophy and Social Theory. Bloomington : Indiana University Press, 1990 : 190.
25. Sichtermann B. Femininity, the Politics of the Personal. Minneapolis : University of Minnesota Press, 1986 : 57.
26. Oakley A. Telling the Truth about Jerusalem. Oxford : Blackwell, 1986 : 86.
27. Meis M. Self-determination : the end of a utopia ? Resour Feminist Res 1989; 18(3) : 41-51.
28. Illich I. Shadow World. Boston : M Boyars, 1981 : 67.
29. Brenner J, Romas M. Rethinking women's oppression. New Left Rev 1984; 144 : 33-71.
30. Kelly J. The doubled vision of feminist theory : a post-script to the "women and power" conference. Feminist Stud 1979; 5(1) : 216-27.
31. Mies M. Patriarchy and Accumulation on a World Scale. Londres : Zed Press, 1986 : 54.
32. Gaskin IM. Babies, Breastfeeding, and Bonding. South Hadley, MA : Bergin and Garvey Publishers. 1987 : 20.
33. Mies M. Patriarchy and Accumulation on a World Scale. Londres : Zed Press, 1986 : 216-18.
34. Van Esterik P. Women, Work and Breastfeeding. Document de référence pour l'UNICEF. York University, Toronto : Institute of Social Research. 1990 : 48.
35. Benhabib S, Drucilla C. Feminism as Critique. On the Politics of Gender. Minneapolis : University of Minnesota Press, 1987 : 2.
36. Quimby L. Ecofeminism and the politics of resistance. Dans : Diamond I, Orenstein G. éditeurs, Reweaving the World : The Emergence of Ecofeminism. San Francisco : Sierra Club Books, 1990 : 124.
37. Radford A. The Ecological Impact of Bottle Feeding. Penang, Malaisie : Alliance mondiale pour l'action en faveur de l'allaitement (WABA), 1991.
38. Commission mondiale sur l'environnement et le développement : Our Common Future. 1987.
39. Diamond et al, éditeurs. Reweaving the World. San Francisco : Sierra Club, 1990 : xi.

9. Débats avec les participants

La discussion a tout d'abord réaffirmé le point de vue du Dr. Van Esterik suivant lequel l'allaitement maternel est conforme aux buts féministes d'égalité des sexes et de reconnaissance du pouvoir de la femme bien que le féminisme soit dominé par des positions contradictoires à l'égard de la maternité : la maternité

devrait-elle être laissée pour compte ? Critiquée en tant qu'institution et source d'oppression ? Glorifiée ? Comme le Dr. Van Esterik l'a fait remarquer, "le choix n'existe que quand des options sont entièrement disponibles". Les mouvements cherchant à faire progresser les droits de la femme devraient logiquement être partisans de l'allaitement maternel, puisqu'il représente un droit de la femme -- et puisque ces mouvements se consacrent en général à mettre tout un éventail d'options à la disposition des femmes.

Comment l'allaitement peut-il conférer du pouvoir à la femme ? La capacité, qui lui est propre, d'allaiter son enfant peut faire naître chez la mère un solide sentiment d'indépendance et de respect de soi. Les participants ont souligné à titre d'exemple que l'allaitement procure à chaque femme la possibilité de fournir avec succès la meilleure qualité de nutrition, de soins de santé préventifs et de soins maternels, tout en économisant le revenu disponible de la famille pour les aliments relativement bon marché des enfants plus âgés et des adultes. Ce pouvoir, ou auto-efficacité, soutient la femme dans d'autres efforts personnels, tels que le recours à la planification familiale et l'accès à l'éducation. La femme qui allaite est aussi moins dépendante des spécialistes de la médecine et des produits commerciaux, ce qui réfute la notion que le lait artificiel est la "libération dans une boîte de conserve". Les participants ont aussi noté que le recours à la planification familiale, telle que la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée, contribue à conférer ce pouvoir à la femme.

Le point de vue du Dr. Van Esterik selon lequel "les conditions favorables aux soins maternels, notamment l'allaitement, sont des conditions qui réduisent en général la subordination de la femme", a été approuvé par l'assistance. Généralement parlant, les bonnes conditions d'allaitement peuvent être liées à des conditions d'égalité des sexes et de respect des droits humains, notamment la distribution égale des aliments au sein de la famille et le droit d'allaiter en public. En réalité, l'allaitement peut contribuer à supprimer la division traditionnelle du travail ménager en fonction du sexe, en encourageant une nouvelle répartition des tâches ménagères de manière à y faire participer d'autres membres de la famille. Les associations de femmes peuvent collaborer à l'établissement de cette division plus équitable du travail, en l'étendant aux soins des enfants.

Il existe une alliance naturelle au niveau des divers mouvements qui devraient concourir à épauler les femmes et à leur donner la possibilité d'allaiter et, se fondant sur le document du Dr. O'Gara, les épauler et leur permettre en même temps d'allaiter et de travailler. L'action de ces mouvements peut être axée sur la femme, sur le développement, l'environnement, la planification familiale -- mais il est d'une importance primordiale de convaincre ces associations

que leurs intérêts et préoccupations sont, en réalité, semblables aux questions mises en avant par les partisans de l'allaitement. Notre mission est d'intégrer ces questions, sur le droit d'allaiter et les droits humains, aux programmes qui peuvent être à l'heure actuelle, sinon ouvertement hostiles, du moins indifférents à ces préoccupations. Les partisans de l'allaitement doivent collaborer avec les associations féministes en particulier, qui ont pour tradition d'éviter le thème de l'allaitement parce qu'il peut se rapprocher si étroitement et si facilement des arguments sur le déterminisme biologique.

Les participants ont reconnu que l'allaitement maternel est un processus lié à toutes les préoccupations et actions des femmes du monde entier. Il est, par conséquent, nécessaire d'incorporer ce thème à tous les autres thèmes concernant la femme. Cette intégration exigera de mieux informer les organisations de femmes, les groupements spécialisés dans le développement et autres, pour les aider à reconnaître que les questions de l'allaitement touchent aux problèmes de leurs propres programmes et lignes d'action.

10. Résumé

L'allaitement maternel, la santé féminine et la planification familiale (Randa Saadeh)

L'on dispose de preuves scientifiques suffisantes sur la contribution de l'allaitement maternel à l'espace des naissances. Il se dégage de nombreuses études, que l'allaitement allonge l'intervalle entre les grossesses, améliorant ainsi sensiblement les chances de survie de l'enfant, et réduisant la mortalité et la morbidité de la mère, en particulier dans les pays en développement.

Toutefois, l'espacement optimal d'au moins 2 ans est rarement atteint. L'effet direct de l'allaitement maternel sur l'espacement des naissances est connu depuis la dernière décennie, mais très peu de progrès ont été réalisés pour appliquer cette connaissance en vue d'accroître l'espacement des naissances. Cette absence de progrès est attribuable principalement au fait que les programmes de planification familiale sont en général ciblés sur les femmes, alors que la majorité des programmes de nutrition sont ciblés sur les nourrissons. L'allaitement assure le lien vital entre la nutrition et la planification familiale, fournissant des avantages à la fois à la mère et à l'enfant.

La santé et la condition nutritionnelle des mères, en particulier des adolescentes, sont d'une importance primordiale, et elles affectent considérablement les ressources nutritives, les rôles reproductif et productif et les besoins de planification familiale de la femme. Un long espacement entre les naissances donne à la mère le temps nécessaire pour reconstituer ses réserves

et minimiser le risque de déplétion nutritionnelle de son organisme. Un espacement accru permettra aussi à la mère de mieux prendre soin de son enfant, de mieux le nourrir et s'occuper de lui en général. Pour les raisons précitées, il est nécessaire d'intégrer les services de planification familiale et de nutrition. La situation actuelle montre que les programmes d'allaitement incluent effectivement le message sur la planification familiale, mais que l'inverse ne se produit pas. Ceci apparaît clairement dans les classes d'allaitement maternel.

Quand nous élaborons des programmes d'allaitement et de planification familiale, nous devons prendre en compte 4 objectifs :

1. Fournir des messages cohérents et concilier les priorités des divers programmes des organisations, lors de l'intégration de l'allaitement et de la planification familiale.
2. Fixer des buts communs et procéder à la formation appropriée, en conseillant les mères et les agents de santé; les pères jouent aussi un rôle important et ont besoin d'être formés/éduqués.
3. Fournir des conseils et une assistance techniques et les étayer de preuves scientifiques. Au cours des dernières années, nous avons préconisé des pratiques d'allaitement optimal, à savoir l'allaitement exclusif pendant les 4 à 6 mois suivant l'accouchement, mais nous avons négligé de soutenir certains aspects de la lutte en faveur du cet idéal, tels que les congés de maternité, l'adoption de législations, et des directives limpides à l'intention de la mère sur la façon d'exprimer le lait maternel et de le conserver, etc. Certains conseils se dégagent aisément des acquis et des études existantes, mais d'autres nécessitent une recherche plus approfondie.
4. Pour nous attaquer aux croyances, aux obstacles et aux cultures des différents publics concernant l'alimentation du nourrisson et la planification familiale, nous devons informer, éduquer et communiquer, y compris à travers les mass médias, pour encourager l'allaitement maternel et assurer son rôle complémentaire de contraception.

En résumé, pour atteindre nos objectifs, il nous faut intégrer solidement les programmes de nutrition et les programmes de planification familiale, transmettre des messages communs, identifier les intéressés, notamment les associations de femmes et les dirigeants religieux, analyser avec soin la situation et enfin intervenir.

L'allaitement et le travail (Ted Greiner, PhD)

De nombreux efforts ont été déployés, en particulier depuis la fin des années 1970, pour mieux répondre aux besoins des femmes qui travaillent et qui allaitent, mais il arrive que ces efforts se contrecarrent. Des études ont été faites sur les coûts/avantages de gardes d'enfants à bas prix à domicile et sur leur disponibilité; sur les tarifs élevés des moyens de transport pour emmener le bébé au travail; sur les difficultés de prévoir des crèches sûres et propres sur les lieux de travail et sur d'autres questions. Ces études, qui se fondent souvent sur les *commentaires* de femmes qui travaillent, conduisent parfois à préconiser des solutions qui n'accordent pas de caractère prioritaire à l'allaitement maternel -- telles la garde d'enfants à moindre coût à proximité du domicile plutôt que près du lieu de travail. Ce résultat explique peut-être une des raisons pour lesquelles cette question a été négligée dans les programmes de promotion de l'allaitement maternel et dans les initiatives ciblant les femmes qui travaillent.

Pendant la conférence, nous avons noté qu'à notre époque, nous luttons pour l'égalité dans le travail, mais pas au plan de la reproduction. Mettant l'accent sur un thème qui revient périodiquement, le Dr. O'Gara a fait valoir que les femmes travaillent constamment et que l'allaitement maternel est un travail. La promotion d'une initiative officielle prévoyant des salles d'allaitement dans le milieu professionnel risque de ne pas affecter les femmes ayant des activités en dehors du secteur économique formel. Plusieurs importantes priorités de recherche et d'information ont été identifiées :

- Combien de temps faut-il pour établir un allaitement "robuste" (en particulier pour les primipares) ?
- Les femmes procèdent à de nombreux choix complexes. Quelles sont les informations dont elles ont besoin pour *savoir* allaiter (par opposition à celles qui portent sur les avantages de l'allaitement) ?
- De nombreuses femmes doivent confier à des assistantes maternelles le soin de nourrir leurs enfants dans des conditions loin d'être optimales. Quelles sont les conditions optimales de conservation du lait ? Quelles sont les recommandations que nous pouvons sagement présenter aux femmes ?
- Nourrir à l'aide d'une timbale est-il plus, ou moins efficace qu'à la cuillère ?
- Les stratégies nationales d'allaitement devraient-elles comporter des considérations pratiques, telles que l'expression du lait maternel ?

• • La majorité des pays ont besoin de stratégies à court et à long terme. Nous devrions mettre en garde contre les solutions à court terme qui risquent de nuire aux objectifs à long terme (congé de maternité payé de 6 mois et autres formes de soutien à toutes les femmes reflètent la valeur que la société accorde à l'allaitement exclusif). Par exemple, si nous arrivons à convaincre quelques grandes firmes d'aménager des lieux de travail qui "tiennent compte de la mère", les politiciens penseront-ils alors que ce changement les dégage de la responsabilité de rendre l'allaitement exclusif possible pour toutes les femmes ?

• • Nous devons veiller à ne pas prendre une décision clinique pour une stratégie nationale : de bonnes décisions cliniques ne se traduisent pas automatiquement par de bonnes stratégies nationales. Avant de recommander que toutes les femmes apprennent à exprimer leur lait, des études devraient être effectuées à plus petite échelle pour déterminer l'incidence de ce changement sur les perceptions de l'allaitement parmi la majorité des femmes, qui n'auront peut-être jamais besoin d'exprimer leur lait. Il y a lieu de craindre que si nous faisons de l'allaitement quelque chose de scientifique, de médicalisé ou de compliqué, nous risquons d'accroître le nombre de femmes qui commenceront à avoir des "problèmes d'allaitement". Tout en applaudissant les progrès réalisés dans la "gestion de la lactation" au cours des récentes décennies, nous devons aussi veiller aux complications que cette nouvelle profession risque d'entraîner pour les nouveaux "clients".

- L'emploi d'une tétine au lieu d'un biberon entraîne-t-il une différence sensible pour la santé du nourrisson, pour la production de lait maternel et pour les efforts visant à contourner les problèmes tels que la "confusion que sème la tétine" ?
- Quelles sont les stratégies à appliquer pour modérer les préoccupations de la femme concernant l'allaitement maternel ? Des conditions d'allaitement souples et une attitude détendue (par exemple dormir avec le nourrisson, le laisser téter quand il le veut pendant le week-end) sont-elles essentielles à l'allaitement optimal chez les femmes qui travaillent ?

Compte tenu des enseignements du passé, il est possible que les personnes s'intéressant au domaine de l'allaitement ne lui aient pas accordé la place qui lui revient : la promotion de l'allaitement exclusif pendant les 6 premiers mois est à inscrire dans le cadre des droits de l'homme. En ce qui concerne sa durée, les

études ne démontrent généralement pas que l'emploi rémunéré exerce beaucoup d'influence sur le prolongement de l'allaitement. Les cas de femmes qui travaillent et allaitent pendant des périodes plus courtes, sont à attribuer soit à des facteurs culturels, soit à des prestations sanitaires ou commerciales.

Si nous soutenons et encourageons l'allaitement maternel en tant que droit humain, ses défenseurs seront peut-être en mesure de mieux promouvoir l'adoption d'une législation appropriée et d'éviter les incitations contraires. Les contraintes économiques continuent d'empêcher la société de prendre en charge les coûts apparemment élevés des structures à prévoir pour rendre le travail des femmes compatible avec l'allaitement maternel. Des anthropologues ont observé dans les sociétés traditionnelles que le travail effectué par les femmes qui allaitent a tendance à être répétitif, facilement interrompu, à proximité du domicile et sans danger pour les jeunes enfants aux alentours : comment traduire cet état de fait en conseils pratiques dans des sociétés moins traditionnelles ? Un exemple de stratégie peut consister à montrer que le coût relativement élevé d'un congé de maternité de 6 mois ou du transport sans danger à une crèche de qualité sur le lieu de travail, est rationnel sur le plan économique.

Dans certaines prises de décision politiques et sociales, nous négligeons les aspects économiques en faveur des droits de l'homme. Nous n'acceptons pas l'esclavage ni le travail des enfants, bien qu'ils puissent revêtir une logique économique. Ne devrions-nous pas placer le travail qui empêche les femmes d'allaiter exclusivement pendant 6 mois dans la même catégorie ? Si la société considérait l'allaitement exclusif pendant 6 mois comme important et précieux, il serait possible de trouver les moyens de permettre à d'autres femmes d'allaiter exclusivement leur enfant, en plus de celles qui ont un emploi régulier.

L'allaitement et le féminisme (Sally Tom, MS, MPA, CBN)

La profession d'obstétricien et de gynécologue repose sur la notion que la santé liée à la reproduction est très fragile, en particulier dans les pays en développement, et nécessite des interventions fréquentes; alors que la profession de sage-femme repose, en particulier dans les pays en développement, sur l'hypothèse qu'elle pourvoit aux besoins de fonctions saines et normales, que l'allaitement maternel est efficace et ne nécessite par beaucoup d'interventions. Il serait utile de faire en sorte que les objectifs d'acquisition de connaissances sur l'allaitement soient incorporés aux internats de pédiatrie, d'obstétrique et de gynécologie, afin de mieux répondre aux thèses actuellement soutenues par la majorité des sages-femmes.

Pour mieux promouvoir la cause de l'allaitement maternel les services de santé soulignent le rôle exceptionnel que joue la femme, qui doit être encouragée à titre d'être à part entière et en bonne santé. L'allaitement ne devrait pas être traité comme une maladie. Là encore, l'idée se dégage que le corps de la femme fonctionne en général très bien, par contraste avec la notion qu'il nous faut mettre au point des interventions pour prévenir des désastres. Ce concept est une contribution que le féminisme peut apporter à l'allaitement. Le féminisme peut aussi contribuer à définir les priorités de recherche, étant donné que l'expérience de certaines femmes est utile à d'autres.

De nombreux participants à la conférence ont soulevé la question de l'intégration des services de santé. Cette question est quelque peu délicate, étant donné que, fréquemment, certains domaines particuliers des services de santé agissent fondamentalement comme des "gangs", à savoir qu'il n'est pas question de franchir la limite du territoire occupé par un confrère (exemple : les nutritionnistes ne fournissent pas de conseils en matière d'immunisations, les spécialistes des immunisations ne fournissent pas de conseils en matière de nutrition, etc.).

Un autre élément qui ne facilite pas le soutien et la promotion de l'allaitement est l'influence exercée par les fabricants de lait artificiel sur la profession médicale, influence parfois qualifiée de "chantage du lait artificiel". Il est très difficile à des groupes aux ressources limitées, comme c'est le cas de la plupart de ceux qui soutiennent l'allaitement, de pourfendre pareille influence.

Les réformes sociales peuvent induire chez de nombreux groupes, des changements d'attitude à l'égard de l'allaitement au sein -- notamment chez les féministes. Pareil changement est souvent lent. Poursuivre les travaux dans cette direction aurait pour résultat de faire ressortir la notion de la valeur de la femme en tant qu'être complet. Elle pourrait alors utiliser les services de santé de manière plus dynamique et obtenir de meilleurs résultats.

L'allaitement maternel et la nutrition (Frances Davidson, PhD)

Il m'a été demandé de faire des commentaires sur le mémoire de Kathy Kennedy intitulé : "Incidence de l'allaitement maternel sur la santé de la femme". Tout d'abord, Mme Kennedy doit être félicitée pour avoir groupé en un même document les informations éparpillées qui existent à ce sujet. Car ce qui est évoqué à ce sujet se limite souvent à des anecdotes et à des informations dépourvues de références. Son mémoire expose de manière minutieuse et très détaillée l'éventail des textes publiés. Le tableau brossé est problématique, car la documentation disponible offre des avis qui, pour une

large part, sont contradictoires. Dans une étude, par exemple, il est déclaré que la raréfaction du tissu osseux, grave problème de santé publique pour les femmes, affecte dans une plus large mesure les femmes qui continuent d'allaiter pendant de longues périodes. Les auteurs citent le besoin de retour aux niveaux menstruels de sécrétion d'oestrogène pendant une certaine période afin de favoriser la restitution du tissu osseux. Une autre source tout aussi crédible recommande l'allaitement et des "ovulations moins nombreuses" pendant des périodes prolongées en raison de son effet protecteur contre le cancer du sein. Il existe d'innombrables autres exemples du même genre. Qu'est-ce qu'une femme est censée faire ? Il est clair que ces questions doivent faire l'objet de recherches sérieuses et que leurs résultats doivent être largement diffusés.

Je suis convaincue que, si nous considérons l'allaitement dans le contexte d'une dyade mère/enfant, nous serons en mesure d'examiner convenablement les coûts et avantages des activités nutritionnelles pour chacun des partenaires. Nous devons convenir que l'allaitement est véritablement une intervention ou une activité nutritionnelle. Dans bon nombre de manuels sur la nutrition, les avantages du lait maternel pour la santé du nourrisson sont examinés sans prendre en compte la santé et le bien-être de la mère. Un fait qui devrait être inacceptable dans un monde où vivent 2,5 milliards de femmes, et où un demi million d'entre elles meurent chaque année de causes qui auraient pu être évitées, qui sont liées à l'enfantement et qui, dans la majorité des cas, ont un aspect nutritionnel.

L'état nutritionnel de la jeune fille et de la femme a une incidence vitale non seulement sur la reproduction, mais aussi sur les conditions de l'accouchement, les soins prodigués à l'enfant et son bien-être, y compris l'allaitement. Les programmes s'intéressant à l'hygiène de la reproduction devraient s'employer à encourager la nutrition et le bien-être de l'enfant et de l'adolescente qui deviendra la femme, sera enceinte et allaitera. Plus cette intervention aura lieu rapidement et plus nous pourrions être assurés que les résultats seront positifs à la fois pour la mère et l'enfant. Par exemple, des recherches effectuées récemment ont documenté les rapports entre la teneur en vitamine A présente dans le lait maternel et dans l'organisme de la mère. Ces résultats sont une claire indication que la protection de la santé et de l'état nutritionnel de la femme présente des avantages pour elle-même ainsi que pour son enfant.

Il a été clairement prouvé que la condition sociale des femmes, et leur état de santé et de nutrition sont très étroitement liés. Et il est évident que la santé et le bien-être d'une femme ont une incidence directe sur la santé et le bien-être de son enfant, en particulier dans la période cruciale qui suit immédiatement la naissance. La santé de la femme et son état nutritionnel sont manifestement affectés par les

systèmes économiques, sociaux et culturels en place. L'accès accru aux sources de production affecte les ressources alimentaires disponibles au niveau du ménage qui, dépendent elles-mêmes de nombreux facteurs complexes interdépendants, tels que le revenu, le contrôle des ressources et l'accès à l'éducation.

L'amélioration de la nutrition a une incidence favorable sur nombre de questions touchant à la femme. Les conséquences de la malnutrition, tant au plan des micro-nutriments que des macro-nutriments, peuvent être constatées dans les carences à la naissance, dans les carences de l'allaitement et dans les autres méthodes d'alimentation du nourrisson. Le succès remporté par la femme dans l'accomplissement de ses tâches, y compris l'éducation de l'enfant, renforce son capital de confiance, ce qui lui est d'un grand secours pour aborder les problèmes auxquels les femmes se heurtent dans le contexte particulièrement difficile des pays à faibles revenus. Il a été prouvé qu'une meilleure nutrition génère l'allègement des fardeaux, tant économiques que financiers, qui pèsent sur les femmes.

Comment pouvons-nous améliorer le bien-être nutritionnel des femmes ? L'acquisition de pouvoirs par la femme, les changements d'attitude aux niveaux individuels et institutionnels, de même que l'adoption de législation, sont nécessaires. Les femmes doivent être dotées des moyens d'exiger le soutien dont elles ont besoin pour prendre convenablement soin de leurs enfants. Elles doivent être reconnues comme des citoyennes dont la vie est importante pour la collectivité. Les institutions doivent s'assurer que le travail qu'elles effectuent ne nuit pas à la santé de la femme ni à celle de ses enfants. Des lois doivent être promulguées et appliquées pour donner aux femmes le temps et les ressources nécessaires pour élever leurs enfants. Ceci inclut l'encouragement à poursuivre l'allaitement, et l'assurance que les femmes ne seront pas pénalisées, sur le plan économique, en raison de ce comportement.

Des interventions pour améliorer la nutrition, la santé et la sécurité alimentaire des foyers devraient cibler spécifiquement la femme. Elles seraient ainsi plus efficaces. Le travail productif des femmes doit être facilité, ainsi que leur accès aux services de santé. Il convient de militer en faveur d'une meilleure nutrition de la femme afin qu'elle soit en mesure de faire des choix sur des pratiques d'allaitement qui soient bénéfiques à la fois à la mère et à l'enfant.

L'allaitement maternel devrait être considéré comme une activité valable. A cet égard, nous ne devrions pas tolérer qu'elle soit dévalorisée en qualifiant l'allaitement de "gratuit". Cette notion va à l'encontre du besoin d'encourager et de protéger l'allaitement maternel à titre d'activité décisive -- et valable -- pour la survie de l'enfant.

La femme et l'allaitement maternel : conclusions et consensus, préoccupations complémentaires et actions futures

M.H. Labbok

2115 Wisconsin Avenue, NW 6th Floor, Washington, DC 20007, Etats-Unis

Sommaire

La conférence a permis de dégager 12 thèmes. Lors de la récapitulation des points évoqués, ces thèmes de réflexion ont recueilli l'adhésion des participants et, dans la plupart des cas, leur approbation générale. Ces thèmes se subdivisent en 4 catégories : la femme et soins de santé; problématique des autres choix que la vie impose à la femme; la femme et l'homme, et la femme face à l'action politique. D'autres sujets de préoccupations non inscrits à l'ordre du jour de cette conférence de 24 heures font l'objet d'un bref exposé, notamment les points suivants (1) respect des rôles reproducteurs de la femme, les trois "I" et autres questions relatives à l'hygiène de la reproduction; (2) nutrition de la femme, mode d'action en 7 points; (3) rôle d'encadrement des prestataires de santé par opposition au rôle d'instigateur d'auto-efficacité; (4) coût de l'allaitement maternel (5) impact environnemental. Les conclusions et pôles d'actions futures sont également présentées aux fins d'examen.

Mots clefs : *allaitement maternel, politique, hygiène de la reproduction, soins de santé, coûts, environnement*

1. Introduction

La conférence intitulée "La femme et l'allaitement maternel, un débat d'idées sur la santé, la planification familiale, le travail et le féminisme" visait à consacrer le maximum de temps à une discussion de suivi et à faire en sorte que ce forum joue un rôle de catalyseur afin de stimuler un dialogue intersectoriel. La conférence avait aussi pour objectif premier d'aborder des questions qui revêtent de l'importance pour les personnes et organisations dont la vocation est de représenter le point de vue des femmes ou de leur fournir des prestations. Il s'agit d'organisations de planification familiale, de groupements qui défendent la cause des féministes, celle des droits et de la santé de la femme, ainsi que des syndicats féminins, tant nationaux qu'internationaux. Toutefois, ce forum ne se voulait pas exhaustif au point d'englober un éventail de questions connexes. Par exemple, le rôle généralement reconnu de l'allaitement maternel dans le domaine de la santé et de la nutrition infantiles n'a pas été mis, outre mesure, en exergue, étant donné que cette réunion portait sur les questions concernant la femme. De nombreux et excellents articles et ouvrages ont été publiés sur le sujet, qui a aussi fait l'objet de réunions de prestataires de santé et de défenseurs de cette cause [1].

Le présent article : (a) récapitule les points abordés et les déclarations ayant recueilli un large consensus, (b) présente des questions qui pourraient apporter un éclairage complémentaire à la discussion engagée à la conférence dans le contexte de l'allaitement et la femme et dans ce cas, contribuer peut-être à lui donner une perspective nouvelle, (c) et se fait l'écho de commentaires sur les démarches à entreprendre.

2. Douze thèmes majeurs se dégagent du débat d'idées

Les exposés et les discussions qui ont marqué la journée ont permis d'évoquer un grand nombre de sujets. Les 12 thèmes ont donné leur soit à un débat d'envergure, soit à des propos universellement exprimés. La synthèse de ces thèmes a été présentée au groupe de participants. *Chacun des 12 points énoncés a fait l'objet d'acclamations et, dans la plupart des cas, d'une approbation retentissante.* Ces 12 thèmes, présentés ci-après, s'accompagnent, si nécessaire, de commentaires, mais plusieurs d'entre eux sont explicites. Ces thèmes sont répartis en 4 grandes catégories : "Femmes et soins de santé", "problématique des choix que la vie impose à la femme", "la femme et l'homme" et "la femme face à l'action politique".

Femme et soins de santé

1. *L'allaitement maternel devrait être incorporé aux principaux programmes médicaux en cours et aux programmes d'action centrés sur les soins de santé préventifs.*

La prévention du cancer et de l'ostéoporose, de même qu'un soutien tangible pour aider l'accouchée à se rétablir, sont visiblement importants, tant au plan médical que pour les soins de santé préventifs. La médecine préventive suscite une attention grandissante alors même que, dans le monde entier, les menaces de compressions affectent les budgets de santé. L'allaitement maternel est rarement inscrit à l'ordre du jour des fora nationaux et internationaux de médecine préventive ou clinique, et la plupart des facultés de médecine le considère comme un sujet marginal. Aussi convient-il de plus en plus de mettre l'accent sur la médecine préventive, et sur l'importance de l'allaitement dans ses effets préventifs, afin de mieux mobiliser le soutien en leur faveur.

2. *La MAMA est un volet complémentaire qu'il convient d'incorporer à tous les programmes de planification familiale pour aider à surmonter des pratiques qui vont à l'encontre de l'allaitement maternel.*

De récents travaux de recherche du Conseil de la population montrent que l'allaitement maternel vient malheureusement en tête des questions omises durant les consultations en planification familiale [2]. Et pourtant, l'allaitement est traité depuis longtemps dans tous les ouvrages de technologie contraceptive à titre de "sujet spécial". Comment devons-nous procéder pour que les prestataires de planification familiale en tiennent compte ? La réponse est évidente, il suffit d'inclure la MAMA à ce qu'ils estiment être leur champ de responsabilités professionnelles, en d'autres termes de l'ajouter aux prestations de planification familiale. La MAMA, en tant que méthode et outil de travail à la consultation, inscrit l'allaitement dans le droit fil de la philosophie de la planification familiale, et répond au double besoin d'intervention dans ce domaine et dans celui des prestations de conseils familiaux.

3. *L'allaitement maternel doit faire l'objet de messages multisectoriels cohérents.*

Les messages contradictoires représentent l'un des problèmes auquel se heurtent régulièrement les femmes qui cherchent à allaiter. Bien que ce problème se pose dans le secteur de la santé, les interprétations sociales et culturelles qu'il suscite ne font souvent que l'aggraver. Elaborer des messages cohérents sur l'allaitement est une nécessité reconnue par le Comité

de l'UISN (Union internationale des sciences de la nutrition) sur la nutrition infantile et pré-scolaire, puisqu'il décerne désormais un prix aux organisations qui s'efforcent de promouvoir une participation multisectorielle à l'élaboration des messages [3].

Problématique des choix que la vie impose à la femme

4. *Si elles ne disposent pas d'informations complètes et exactes, les femmes ne peuvent pas procéder à des choix avisés sur les décisions à prendre quant à leur propre santé, la planification familiale et le travail.*

5. *Toutes les femmes sont des femmes actives et une large part de leur travail est infériorisée, qu'il s'agisse de tâches au foyer -- y compris celle d'élever les enfants -- ou d'activités professionnelles.*

6. *Le lieu de travail peut soutenir l'allaitement.*

Il est désormais plus facile de prendre connaissance des dispositions à prévoir pour encourager la femme active à allaiter sous diverses conditions. Il est clair que 3 facteurs : proximité, temps et espace, entrent en jeu pour assurer le succès de l'allaitement ou de l'expression du lait maternel, mais les soutiens prévus sont eux aussi vitaux [4]. De récents travaux de recherche confirment qu'il est plus économique pour une entreprise ou une société industrielle de cautionner l'allaitement maternel que de supporter les conséquences d'absences imprévues dues à la santé fragile des nourrissons. L'employée contrainte de démissionner pour allaiter son enfant grève le budget de fonctionnement de l'employeur contraint de recruter et de former du personnel de remplacement [5].

La femme et l'homme

7. *Les femmes vivent aujourd'hui dans un environnement biologique différent de celui qui existait à l'aube de l'espèce humaine.*

De nos jours, la vie de la femme, tout comme celle de l'homme, encourt toutes les conséquences de l'environnement changeant d'un monde industrialisé. Toutefois, il est une différence qui est particulière à la femme et qui touche à son milieu biologique interne. Aujourd'hui, la vie de la femme n'est plus ponctuée de grossesses répétées suivies du cycle de l'allaitement. Elle est donc moins exposée aux oestrogènes dus à la grossesse, mais elle est plus exposée aux progestérones secrétées durant les cycles menstruels, ce qui crée en elle un nouveau milieu hormonal. Les oestrogènes étant parfois présentés comme l'hormone "qui met en forme" et les progestérones ayant des effets androgènes, est-ce à dire que la femme est en proie à

un nouveau combat interne pour se définir ? Il est téléologiquement évident que dans les sociétés primitives, par souci de mieux perpétuer l'espèce, la femme non procréatrice se voyait confier davantage des tâches normalement dévolues aux hommes. La femme ressemble-t-elle davantage aujourd'hui à l'homme, ne serait-ce que pour des raisons de psychopharmacologie hormonale ?

Ces points d'interrogation font surgir une question nouvelle et importante qu'il convient d'examiner, sous tous ses angles, dans le cadre du débat sur la femme et de ses rôles dans la société moderne.

8. *Les responsabilités de l'homme doivent être restructurées pour mieux épauler la mère et l'enfant.*

Ceci n'est pas encore la norme dans le monde, tant au niveau culturel que légal. La 4^{ème} Conférence mondiale sur les femmes qui se tiendra en 1995 à Pékin pourrait examiner cette question et formuler un plan d'action.

9. *La notion du temps et de son utilisation productive sont perçues différemment par la femme et par l'homme, et par les cultures.*

Deborah Tanner et d'autres confrères ont examiné comment l'homme et la femme voient le monde sous des angles différents. Edward T. Hall et d'autres personnes ont exploré les divergences inter-culturelles d'appréciation du temps [6]. Pour l'instant, ce concept n'a pas été pleinement appliqué à la meilleure compréhension du rôle et du caractère prioritaire que revêt l'allaitement maternel. Une étude plus approfondie du sujet pourrait engendrer, le cas échéant, l'amélioration de l'appréhension du problème d'une culture à l'autre, et entre l'homme et la femme.

10. *Les rôles divers du sein dans la sexualité, dans les soins maternels et dans l'allaitement doivent être rassemblés dans un contexte unifié afin d'éviter un conflit qui risque d'avoir un impact négatif sur l'allaitement maternel.*

La femme face à l'action politique

11. *La maternité et l'allaitement maternel méritent d'occuper une place de choix dans la théorie féministe.*

12. *Des activités doivent être prévues à la base pour mieux appréhender ces questions.*

En plus des déclarations émanant d'ateliers, de congrès et de réunions de consensus, il est nécessaire

d'obtenir l'aval des femmes qui vivent au quotidien la situation que ces propos sont censés changer. En conséquence, les politiques ou règlements qui excluent la volonté exprimée des intéressées restent futiles (*Leges sine moribus vanae*). Nous pouvons toujours siéger, discuter et prendre des décisions sur "ce que veulent les femmes". Il n'empêche que des femmes munies d'informations fiables et encouragées dans leur action, doivent avoir la possibilité de se faire entendre par le biais d'un soutien aux activités de la base.

3. Autres questions complémentaires

Les 4 mémoires présentés à la conférence, et le débat qui a suivi, incluent et défendent tous des points de vues sur des questions vitales qui peuvent s'avérer importants dans le traitement du thème de "La femme et l'allaitement". D'autres préoccupations en matière de nutrition et d'hygiène de la reproduction tel que le rôle d'encadrement des agents de santé par opposition à celui de prestataires d'assistance, les coûts du non-allaitement, et l'impact environnemental qu'entraîne le choix d'alimentation infantile, sont des domaines qui méritent peut-être davantage de réflexion,

3.1 *Autres préoccupations en matière d'hygiène de la reproduction*

Respect de tous les rôles de reproduction assumés par la femme. Avec la tenue en 1994 de la Conférence internationale sur la population et le développement (CIPD), il est de plus en plus apparent que le respect du rôle de la femme en tant que procréatrice et mère est en train de perdre la place importante qu'il occupait dans le programme d'action des féministes. Cet état de choses est peut-être le mieux illustré par l'attitude de groupements qui prétendent représenter les intérêts de la femme à l'échelle mondiale, mais dont l'action dénote, dans de nombreux cas, un manque de solidarité, voire d'attention aux moyens dont la femme doit être dotée pour pouvoir allaiter. L'accès au secteur de l'emploi l'emporte souvent dans le registre des préoccupations sur le soutien à apporter à la santé et à la protection sociale de toutes les femmes. Quoi qu'il en soit, l'incohérence apparente de ces thèmes majeurs peut et sera surmontée. Lors de discussions tenues à New York dans le cadre de la 3^{ème} réunion préparatoire de la CIPD (Prepcom III) des associations de femmes qui se sont jointes à des groupements spécialisés dans l'hygiène de la reproduction ont noté que l'incidence de l'allaitement sur le bien-être social de la famille et son impact sur la fécondité, présentent de l'intérêt pour tout un chacun. Cette prise de position a eu pour résultat de générer un effort cohésif et coordonné au niveau de groupements qui se posent en défenseurs des questions relatives à la femme et à l'allaitement.

A cet égard nous offrons la formule des trois "I" qui confortent l'intérêt de la femme face à ses préoccupations productives et reproductives. Le premier procède de l'*information*, le socle de tout *choix avisé* en matière de : planification familiale, nutrition du nourrisson, éducation, accès et sauvegarde des droits à l'emploi. Le choix de se prévaloir de droits qui ont été proclamés durant des conférences internationales sur les femmes, devrait mieux souligner l'importance que revêt l'information complète qui tient compte du contexte culturel et social, qu'elle soit fournie par les établissements d'enseignement, le secteur de la santé, les médias ou les institutions religieuses. Le second "I" a trait à l'*individualisation* des consultations et des prestations offertes aux femmes, tous secteurs confondus. Supposer que "toutes les femmes" veulent des choses spécifiques n'implique pas que l'on suppose des choix avisés faits en connaissance de cause. Le troisième "I" qui concerne l'*intégration* des messages et l'accès aux prestations inter-sectorielles est vital. Si ceux qui soutiennent la planification familiale, ceux qui soutiennent l'hygiène de la reproduction, ceux qui soutiennent l'allaitement maternel, ceux qui soutiennent la place de la femme sur le marché du travail, et ceux qui soutiennent l'éducation de la femme, n'oeuvrent pas de concert en s'appuyant sur des messages synergiques et ne font pas montre de solidarité, ils échoueront tous dans leur tâche.

Ces idées présentées, parallèlement à d'autres actions commençant par un "I" (*introduction* précoce de notions sur la santé de la mère et sur l'espacement des naissances, *intervention* efficace en matière de soins liés à l'hygiène de la reproduction, et *institutionnalisation* de ce qui précède) servent de guide pour aborder de manière exhaustive la question de l'hygiène de la reproduction de la femme.

Autres incidences de l'allaitement maternel sur l'hygiène de la reproduction. L'article consacré à la santé féminine présenté plus haut offre une excellente synthèse des questions abordées. *De nouvelles études nous permettent d'allonger la liste des bienfaits de l'allaitement sur la santé de la femme.* La plus récente, une étude plurielle européenne sur le cancer ovarien, établit sans ambiguïté l'impact préventif de l'allaitement [7]. Les hypothèses émises à ce propos incluent celle de "l'ovulation incessante" de Casagrande [8], celle de la "réduction des sécrétions hormonales" [9] ou le manque de maturation complète des tissus du sein. Les autres incidences bénéfiques de l'allaitement à titre de quatrième stade de l'enfantement, incluent les sécrétions d'ocytocine qui raffermissent les muscles lisses de l'utérus, le renforcement du système immunitaire de la femme qui allaite, et la suppression de l'activité ovarienne.

3.2 *Autres préoccupations d'ordre nutritionnel*

Certains travaux ont défini les "7 stades de la vie de la femme" par rapport à l'allaitement et en tant que périodes durant lesquelles l'intervention est souhaitable, bien documentée et, dans certains endroits, disponible [10]. Ces stades et la brève description des interventions sont énumérés ci-dessous :

- (1) *Première enfance* : promotion de l'allaitement du bébé de sexe féminin accompagné de vaccinations complémentaires et de maternage.
- (2) *Enfance* : alimentation saine et éducation de la fillette; assurer sa pleine croissance.
- (3) *Adolescence* : assurer sa pleine croissance par le biais d'une alimentation équilibrée, d'une première grossesse retardée, de l'accumulation dans l'organisme de nutriments de réserve, et d'un potentiel de production favorisé par l'éducation.
- (4) *Grossesse* : satisfaire aux besoins nutritionnels accrus et autres facteurs nécessaires au bon déroulement d'une maternité.
- (5) *Lactation* : veiller au régime alimentaire maternel durant la période d'allaitement, reporter de la prochaine grossesse jusqu'à la fin du sevrage; aménagement des lieux de travail pour soutenir ces comportements.
- (6) *Période de rétablissement* : sevrage prolongé et intervalle de non-allaitement avant la grossesse suivante.
- (7) *Période de post-fécondité* : maintien de l'état de santé et de la force physique nécessaires aux rôles de protectrice, d'éducatrice, de partenaire et de productrice.

La complémentarité évidente qui existe entre la nutrition, l'allaitement maternel, la santé, l'éducation et les interventions de planification familiale, souligne le fait que chaque élément représente une importante question féminine.

3.3 *L'allaitement maternel et le prestataire de soins de santé : encadrement ou encouragement à l'auto-efficacité*

Dès l'instant qu'il est pratiqué dans son mode le plus physiologique l'allaitement procède directement de la dyade mère/bébé. Par définition, il incombe aux

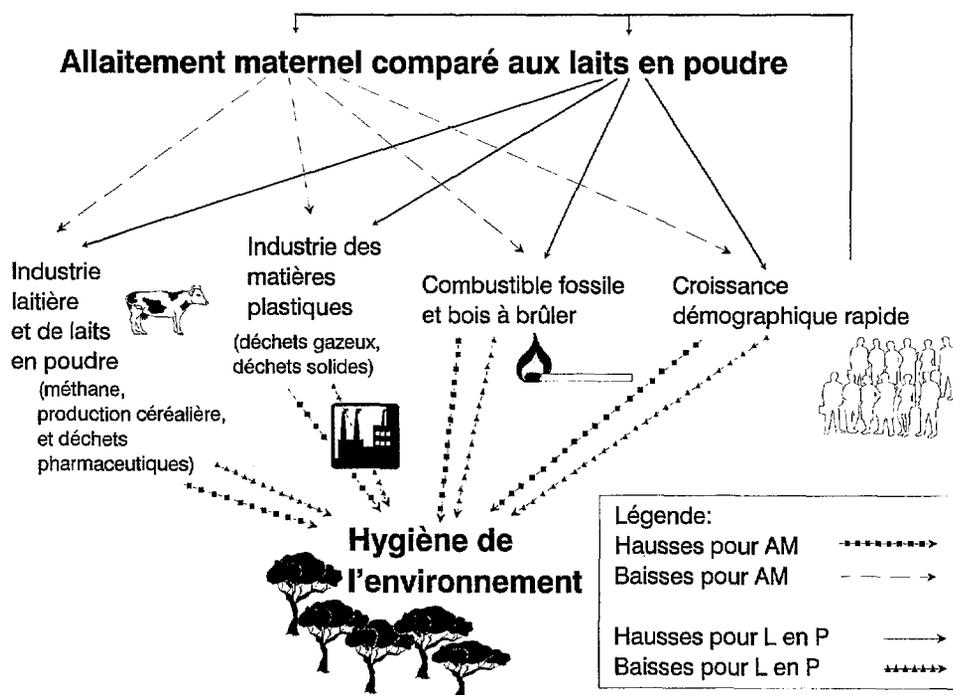


Fig. 1. Incidences de l'allaitement maternel et de l'emploi de laits en poudre sur 4 facteurs préjudiciables à l'environnement. L'allaitement maternel réduit la production de déchets industriels, l'emploi de combustibles fossiles et de bois à brûler, et la croissance démographique. Les laits en poudre produisent l'effet inverse sur ces 4 facteurs, ce qui nuit à l'environnement. L'allaitement maternel réduit donc les facteurs d'incidence négative sur l'environnement, tandis que l'emploi de laits en poudre les augmente. De plus, le rejet de l'allaitement maternel contribue à la chaîne en réaction qui favorise l'accroissement rapide des populations.

prestataires de soins de santé de "dispenser" un service. Le prestataire de soins de santé est généralement appelé à intervenir dans le cas d'une maladie. Lorsqu'il s'agit de soins de santé préventifs -- qui incluent l'allaitement maternel -- les activités en cause se limitent à soutenir et à dispenser des conseils. L'allaitement, comme l'a souvent fait observer le Dr. Derrick Jelliffe, est un acte de confiance : la mère doit croire en sa réussite. *Les prestataires de soins de santé bien intentionnés qui veulent soutenir l'allaitement maternel doivent s'attacher à aider les femmes à parvenir à un stade d'auto-efficacité dans ce domaine, et renoncer à leur impulsion d'exercer leur contrôle sur ce comportement et à leur désir professionnel d'intervenir.* Aider la mère à acquérir un sentiment de confiance en soi est une aptitude qui peut et doit être acquise par les prestataires de soins de santé.

3.4 Allaitement maternel et coûts

L'allaitement, quel que soit le procédé d'analyse retenu, est un mode d'épargne. Les économies qu'il permet de réaliser sur les dépenses de soins de santé compensent plus que largement la somme de temps qu'il exige pour la mère et les quelques calories

supplémentaires qu'elle consomme. Lors d'un récent exposé, Paula Donovan de l'UNICEF a chiffré les importantes économies engrangées par l'entreprise qui, au lieu de recruter et de former un personnel de remplacement [11], permet à l'employée d'allaiter à la reprise de ses activités professionnelles. Aux Etats-Unis, si les mères avaient la possibilité de choisir et de pouvoir allaiter, ne serait-ce que pendant 12 semaines, ceci se traduirait pour le budget de la santé par une économie annuelle de 2 à 4 milliards de dollars [12]. Toute femme peut se réclamer du droit de procéder à un choix avisé en connaissance de cause, en fonction de sa propre équation familiale de coûts et profits, pour déterminer la meilleure façon de répondre à ses priorités de travail et d'allaitement. *Les femmes ne devraient pas se voir refuser de reprendre leurs activités professionnelles, mais elle ne devraient pas non plus être contraintes d'agir à l'encontre de leurs intérêts.*

3.5 Allaitement et environnement

L'allaitement maternel ne porte pas atteinte à l'environnement. Tel que l'illustre la Figure 1, *l'allaitement n'est pas cause de croissance des*

industries polluantes, n'exige pas l'emploi de ressources restreintes telles que combustibles fossiles et bois à brûler; de plus il freine les taux de croissance démographique. En revanche, l'emploi de laits maternisés contribue à la pollution, à cause au moins de 3 industries : laitière, matières plastiques et produits pharmaco-alimentaires infantiles. Utiliser ces laits artificiels entraîne l'utilisation de ressources énergétiques déjà limitées et, fait plus important encore, accentue les pressions démographiques dues aux risques accrus de fécondité dont la conséquence se traduit par un rapprochement des intervalles entre chaque naissance [13, 14]. Dans son traité novateur sur l'environnement, le Vice-Président des Etats-Unis, M. Albert Gore, fait spécifiquement allusion à l'allaitement maternel, notant entre autres qu'il "a aussi pour effet d'améliorer la santé de l'enfant et de inhiber la fécondité", et allège donc les pressions démographiques exercées sur l'environnement [15].

4. Conclusions et actions futures

L'appel à l'action est clair : l'allaitement est une question qui concerne la femme et qui comporte de multiples facettes. La santé, l'espacement des naissances, le travail et les attitudes relationnelles sont toutes affectées par les choix qui procèdent de l'allaitement.

Lors de la séance de clôture, tous les orateurs ont fait appel à l'esprit mobilisateur, notant nécessité de sortir de l'isolement pour promouvoir des changements socio-politiques, de passer du stade de la marginalisation (le scénario du "cas spécial") à la reconnaissance de l'allaitement comme un comportement normatif, comme une question qui relève des droits humains, et de ne plus le considérer comme un "problème" mais de le faire accepter comme un aspect vital d'une société véritablement productive.

Dans l'immédiat, l'action en faveur des 12 points qui ont fait l'objet d'un consensus s'impose. Il convient en premier lieu de diffuser largement les résultats de cette conférence qui fera date. A l'évidence, elle a offert un moyen d'agir à ceux qui s'intéressent à la santé, au domaine social, aux questions relationnelles entre les sexes, et aux préoccupations des féministes. Au plan individuel, polariser l'attention de la base et entreprendre une action communautaire constituent une voie d'approche. Au plan national, l'action peut cibler les politiques et le déblocage de crédits, le nombre d'adeptes féminines constituant un catalyseur. Au plan international, sensibiliser les décideurs à cette question est nécessaire; cette sensibilisation doit reposer sur des informations scientifiques, sur la recherche et sur les politiques déjà acceptées à l'échelle mondiale. Il

incombera à ceux qui auront participé à la conférence et à ceux qui en consulteront les exposés et les débats, de se mobiliser en faveur de changements.

Une partie de la campagne envisagée inclut des réunions "satellites" sur le sujet avec les dirigeants d'organisations concernées, y compris la FNUAP (le Fonds des Nations Unies pour les activités en matière de population) et l'IPPF (la Fédération internationale pour la planification familiale) afin de pouvoir mettre au point, avec leurs adhérents, d'autres mesures d'intervention pour soutenir cette question. Le personnel de l'Institut de santé reproductive (IRH) coordonnera cette initiative et l'effort fait pour porter ce débat d'idées à la connaissance de participants à des conférences nationales et internationales, notamment le NCIH (National Council for International Health ou Conseil national pour la santé dans le monde) et la SNE (The Society for Nutrition Education ou Société pour l'enseignement de la nutrition), pour encourager l'allaitement maternel par le biais d'hôpitaux en Amérique latine et de l'APHA (American Public Health Association, ou Association américaine de santé publique) et pour proposer des synthèses d'articles et des communiqués de presse pour publication dans les journaux et revues qui s'adressent aux femmes et aux associations féministes.

Alors que nous franchissons le seuil de l'Année de la femme, l'examen des réalités et des questions qui affectent ses choix en matière de santé, de mode de vie, et d'hygiène de la reproduction revêt une importance grandissante. A notre époque, l'allaitement maternel est une question complexe dans la vie d'une femme. Le moment est venu pour tous ceux qui parle en son nom, d'examiner à fond cette question vitale pour la femme et de susciter une volonté politique en sa faveur.

5. Références :

1. Lawrence R. Breastfeeding : A Guide for the Medical Profession, 3ème édition. St. Louis : C.V. Mosby Co. 1989.
2. Winikoff B. Présentation faite lors de la réunion à Washington DC, le 23 février 1994, des organes de coopération de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international.
3. Helsing E. Président de séance. Minutes of the Meeting of the IUNS Subcommittee on Infant and Preschool Nutrition, septembre 1993.
4. Labbok M, Cooney K. Breastfeeding, fertility, and the health of the working woman. WABA feuillet d'activités (Sous presse).
5. Healthy Mothers, Healthy Babies. What gives these companies a competitive edge ? Worksite support for breastfeeding employees. Washington, DC. 1994.
6. Hall E. The Silent Language. New York : Anchor Press, 1973.

7. Rosenblatt K, Thomas D. Etude de l'OMS sur la néoplasie et les contraceptifs à base de stéroïdes : lactation et risque de cancer épithélial ovarien. *Int J Epidemiol* 1993; 22(2) : 192-97.
8. Casagrande J, Pike M, Ross R et al. "Incessant ovulation" and ovarian cancer. *Lancet* 1979; 11 : 170-73.
9. Kvale G. Reproductive factors in breast cancer epidemiology. *Acta Oncol* 1992; 31(2) : 187-94.
10. Labbok M. Mutual complementarity of nutrition and family planning for safe motherhood : the synergistic role of breastfeeding. New York : ACC/SCN 18ème session, Nations Unies, 25 février-1^{er} mars 1991.
11. Hewlett S. Child Neglect in Rich Nations. New York : UNICEF, 1993.
12. Labbok M. Breastfeeding : the forgotten women's and children's preventive health issue. Synthèse et présentation, San Francisco : réunion annuelle de l'APHA, 24-28 octobre 1993
13. Wellstart/EPB. Breastfeeding and the Environment. Monographie 1993.
14. Labbok M et al. Allaitement maternel : préserver une ressource naturelle. Washington, DC : Institut de santé reproductive, 1990.
15. Gore A. Earth in the Balance : Ecology and the Human Spirit. New York : Houghton Mifflin Co., 1992 : 314.

Appendices

Appendice 1 : Programme de la conférence

La femme et l'allaitement maternel : débat d'idées sur la santé, la planification familiale, le travail et le féminisme

Lundi 13 septembre 1994

*Centre Leavey, Université de Georgetown
Washington DC 20007, Etats-Unis*

9:00 Séance de bienvenue

Présidée par : Kristin A. Cooney
*Directrice Adjointe de la Division Allaitement maternel et SMI,
Institute for Reproductive Health*

Margaret Neuse

Sous-Directrice, Bureau de la Population, USAID

John T. Queenan

*Chef du service d'obstétrique et de gynécologie,
Centre médical de l'Université de Georgetown*

José A. Solís

*Conseiller régional, SMI et planification familiale,
Organisation panaméricaine de la santé*

9:30 Discours d'ouverture

Soledad Díaz
Directrice, Instituto Chileno de Medicina Reproductiva

10:30-12:15 Première séance : exposés et débat

Présidée par : Miriam Lobbok
*Directrice de la Division Allaitement maternel et SMI,
Institute for Reproductive Health*

Modératrice : Rebecca Ramos

*Chef du Centre médical, Dr. José Fabella Memorial
Hospital*

L'allaitement maternel et la santé de la femme

Kathleen I. Kennedy
*Principale assistante de recherche, Family Health
International*

**Allaitement maternel, population et planification
familiale**

Sandra Huffman
Présidente, NURTURE

12:15-13:30 Déjeuner

13:30-16:00 Seconde séance : exposés et débat
Présidée par : Nancy Sloan
Associée, The Population Council

Allaitement maternel et travail de la femme
Chloe O'Gara, Directrice de Wellstart EPB

Modératrice I : Nina Schlossman
Education Development Center/WINS

Allaitement maternel et féminisme
Penny Van Esterik, Maître assistant
Faculté d'anthropologie, Université de York

Modératrice II : Judy Norsigian,
Co-directrice, Boston Women Health Book Collective

16:00 Arrêt des travaux

**16:15-17:30 Reprise des travaux. Troisième et
dernière séance : récapitulation des débats et
réactions de l'assistance**

Présidée par : Margaret Neuse
Sous-directrice, Bureau de la Population, USAID

Modératrice : Virginia H. Laukaran
*Principale assistante de recherche de la Division
Allaitement Maternel et SMI
Institute for Reproductive Health*

Le féminisme : Sally Tom
*Directrice, Programme pour infirmières sage-femmes
Ecole d'Infirmières, Université de la Virginie
Occidentale*

La santé de la femme et la planification familiale :
Randa Saadeh
Technicienne, Service de la nutrition, OMS

Le travail : Ted Greiner
Consultant en nutrition internationale

La nutrition : Frances R. Davidson
Sous-directrice, Bureau de la nutrition, USAID

17:30 Commentaires de fin de séance.
Miriam H. Lobbok

Appendice 2 : Présentateurs

Kristin A. Cooney, MA

Directrice adjointe, Division Allaitement maternel et SMI, Institut de santé reproductive

En sa qualité de directrice adjointe de la Division Allaitement maternel et SMI, Kristin Cooney est responsable de plusieurs aspects clefs des projets d'intervention, de leur administration, de la gestion de programmes dans des pays francophones et de l'assistance technique. Elle a en outre acquis une expérience internationale en matière d'évaluation des besoins, et de conception, exécution et gestion des projets. Chargée de recherche au service d'obstétrique et de gynécologie, ses connaissances étendues en matière d'analyse et d'élaboration des politiques à suivre lui permettent de concrétiser les efforts déployés par la Division allaitement maternel et SMI de l'Institut de santé reproductive (IRH) pour articuler des politiques sur l'allaitement. Parmi ses autres domaines de responsabilité figurent : la coordination du programme d'assistance technique de l'Institut de santé reproductive en matière d'allaitement, et la formation de professionnels de la santé, particulièrement concernant la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée et son lien avec la planification familiale naturelle. Mme Cooney a, dans le passé, pris part à des travaux sur la survie de l'enfant et la santé maternelle et infantile, dans le cadre du projet HEALTHCOM (Academy for Educational Development) à Washington DC et à ceux d'autres organisations gouvernementales américaines. Elle est l'auteur de nombreux mémoires, rapports, analyses de synthèse et chapitres d'ouvrages, et a donné des conférences et travaillé dans une dizaine de pays.

Frances R. Davidson

Sous-directrice, Bureau de la Population, USAID

Mme Davidson est diplômée de l'École d'Hygiène et de Médecine tropicale de Londres dont elle détient un PhD en nutrition humaine. Elle est également titulaire de diplômes en anthropologie sociale. Le Dr. Davidson a participé à plusieurs projets traitant de problèmes de santé féminine, maternelle et infantile au Mexique, en Thaïlande et au Sénégal. Elle s'intéresse particulièrement à l'alimentation -- qualité du régime, contraintes et sécurité nutritionnelles dans le macro et micro contexte -- ainsi qu'à l'importance du rôle de la femme dans l'esprit des décideurs et dans les activités de la collectivité. Les projets menés à bien par le Dr. Davidson ont permis de combattre la malnutrition sur une base durable. Présentement, elle gère des projets de sécurité alimentaire et nutritionnelle centrés sur les carences en micronutriments.

Soledad Díaz

Directrice, Instituto Chileno de Medicina Reproductiva

Les questions biomédicales auxquelles s'intéresse le Dr. Díaz incluent la contraception, les soins associés à l'hygiène de la reproduction, la physiologie reproductive et l'allaitement maternel. L'allaitement l'intéresse à divers titres : mode de contraception, endocrinologie de la lactation et infécondité, évaluation de l'impact de contraceptifs sur l'allaitement, aspects nutritionnels et sanitaires, prestations après l'accouchement. Elle a fait des recherches, fourni des services et participé à des activités de formation dans chacun de ces domaines. Le Dr. Díaz a également oeuvré à des travaux auprès de collectivités, et elle participe à des programmes interdisciplinaires sur des questions féminines, l'hygiène de la reproduction et les droits attenants, la régulation des naissances et les questions d'éthiques connexes.

Ted Greiner

Consultant en nutrition internationale

Ted Greiner est titulaire d'une maîtrise en éducation et nutrition internationale, et il a soutenu sa thèse de doctorat sur la nutrition internationale et les communications. De 1975 à 1981, il a effectué des recherches à St. Vincent, dans les Antilles, sur l'impact de la publicité des produits alimentaires infantiles sur les schémas d'allaitement des mères; au Ghana sur les avantages économiques de l'allaitement maternel; enfin au Yémen sur les méthodes de protection, de soutien et de promotion de l'allaitement. Le Dr. Greiner est depuis 1985 conseiller de l'Agence suédoise pour le développement international (SIDA) qu'il a représenté à la plupart des réunions ad hoc de l'IGAB (Interagency Group for Action on Breastfeeding) préalables à la tenue en 1990 de la réunion d'Innocenti. En marge de sa participation, en 1977, à la réunion de Bellagio sur la lactation, la fécondité et la femme active il a étudié la question de la femme active et de l'allaitement, et a co-publié, avec le Dr. Penny Van Esterik, un article de revue sur le sujet en 1981. En outre le Dr. Greiner a rédigé un document de base pour le compte de l'IGAB, qui a tenu en 1990 au Brésil, une réunion sur ce sujet. Le *Journal of Human Lactation* doit publier dans le courant de l'année un éditorial du Dr. Greiner, intitulé : Allaitement et emploi maternel : une autre perspective.

Sandra L. Huffman

Présidente, NURTURE, Centre de prévention de la malnutrition infantile

Le Dr. Sandra L. Huffman, présidente de NURTURE, est maître de conférences auxiliaire au

département de Santé internationale de l'Ecole d'Hygiène et de Santé Publique de l'Université Johns Hopkins. Elle a fondé NURTURE en 1986, à l'Université Johns Hopkins, pour promouvoir la synergie entre la recherche au niveau universitaire, les résultats obtenus au niveau de collectivités et les changements d'orientation. Le Dr. Huffman a vécu et travaillé pendant plusieurs années au Bangladesh et en Colombie. Elle a fait des recherches sur la nutrition maternelle et infantile au Centre international des maladies diarrhéiques du Bangladesh, et a oeuvré dans le cadre de programmes d'intervention en matière de nutrition infantile en Colombie et au Pérou. Le Dr. Huffman est l'auteur de nombreux rapports et articles sur l'alimentation du nourrisson et la nutrition infantile. De plus, son expertise l'a conduite à déposer à diverses reprises devant la commission spéciale de la Chambre des Représentants sur la lutte contre la faim. Elle a exercé les fonctions de consultant auprès de l'UNICEF, de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de la Banque mondiale, et a siégé au comité de l'Académie nationale des sciences sur les programmes internationaux de nutrition.

Kathy I. Kennedy

Principale assistante de recherche, Family Health International

En sa qualité de Principale assistante de recherche à FHI, Kathy Kennedy mené depuis 1980 des travaux dans le domaine de l'allaitement maternel et de la fécondité. Elle coordonne actuellement une étude internationale sur les profils endocriniens des mères qui allaitent et utilisent la planification familiale naturelle, et elle est l'enquêteur principal dans le cadre d'un essai clinique sur l'efficacité de la Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA). De plus, Mme Kennedy se penche actuellement sur le problème de l'allaitement maternel et du SIDA, syndrome d'immunodéficience acquise. Elle est membre du Groupe consultatif technique de l'Institut de santé reproductive. Elle exerce aussi temporairement à Genève, en Suisse, les fonctions de conseiller au titre du programme de l'OMS sur la reproduction humaine. Elle fait en outre partie du corps professoral auxiliaire de l'Institut de lactation de Wellstart à San Diego. Mme Kennedy est membre du Conseil consultatif technique de l'Association internationale des consultants en lactation. Elle révise les mémoires scientifiques de confrères pour un certain nombre de revues, de même que des propositions de recherche pour le compte de plusieurs fondations et institutions.

Miriam H. Labbok

Directrice de la Division Allaitement maternel et SMI, Institut de santé reproductive

Directrice, Centre collaborateur de l'OMS en matière d'allaitement

Le Dr. Labbok dirige la Division Allaitement maternel et SMI de l'Institution de santé reproductive, ainsi que le Centre collaborateur de l'OMS en matière d'allaitement. En cette double qualité, elle est responsable de la stratégie, des prévisions budgétaires et de la mise en oeuvre des projets de la Division. Elle est maître de conférences auprès du service d'obstétrique et de gynécologie et maître de conférences auxiliaire à l'Ecole d'Hygiène et de Santé publique de l'Université Johns Hopkins. Outre le fait d'être membre du corps enseignant de l'Ecole américaine de médecine préventive, elle est aussi consultant certifié en lactation, membre de l'Ecole américaine d'épidémiologie, du comité directeur du Conseil national pour la santé internationale et du comité sanitaire consultatif de la Ligue de la Leche, section internationale. La carrière du Dr. Labbok inclut des fonctions auprès du gouvernement en qualité de médecin près l'Agence américaine pour le développement international (USAID). Ses travaux sur le terrain lui ont valu le Prix de la science et de la technologie, qui lui a été décerné au titre d'une méthode novatrice d'analyse de la planification familiale et de la survie de l'enfant au Maroc. Elle a occupé des postes universitaires qui lui ont permis, entre autres, d'élaborer et de réaliser des programmes opérationnels. Sa méthode de recherche appliquée fondée sur des techniques épidémiologiques et conçue pour l'examen de questions de politique à suivre et de la pertinence des programmes, dans les domaines de l'hygiène de la reproduction et de la santé maternelle et infantile, a été utilisée dans la formulation de mesures et programmes, tant au plan national qu'international. Elle a fait partie de nombreux comités de revision et de nombreuses équipes chargées d'évaluer des programmes de planification familiale, de SMI et de survie de l'enfant, et elle a agi en qualité d'expert auprès de la NICHD et DHHS. Elle a publié plus de 60 articles dans des revues. Elle est l'auteur d'ouvrages, de chapitres, et de synthèses publiées. Elle a été invitée à donner une soixantaine de conférences et a rédigé des monographies sur les sujets liés à l'hygiène de la reproduction et aux programmes sur le même thème. Enfin, ses activités professionnelles l'ont conduite dans plus de 25 pays.

Virginia H. Laukaran

Principale assistante de recherche, Division Allaitement maternel et SMI, Institut de santé reproductive

Le Dr. Laukaran, est responsable, à la Division Allaitement maternel et SMI, de la mise au point et de l'exécution des programmes de recherche. Maître assistant du département d'obstétrique et de gynécologie, sa spécialisation comprend les domaines de recherche suivants : évaluations des interventions pour améliorer l'allaitement, développement de cadres d'études, conduite et analyse de recherche sur l'allaitement, assistance technique à la recherche dans les pays en développement, évaluations de programmes et études cliniques appliquées. Elle est titulaire d'un doctorat en épidémiologie et d'une maîtrise en santé maternelle et infantile décernés par l'Université de Californie, à Los Angeles. Ses 15 années d'expérience professionnelle incluent des postes à plein temps au sein du Conseil de la population où elle était responsable des aspects épidémiologiques d'une importante étude sur les pratiques d'allaitement des nourrissons dans 4 zones urbaines du monde en développement. Elle a occupé au comité de l'Académie nationale des sciences, le poste d'administrateur chargé des programmes internationaux de nutrition; enfin, elle était enquêteur principal dans le cadre d'une étude soutenue par le projet "Soins maternels" de l'USAID pour examiner la situation des soins de maternité à la Grenade, dans les Antilles. Le Dr. Laukaran est l'auteur d'un ouvrage, ainsi que de nombreux rapports et mémoires scientifiques du domaine de l'épidémiologie reproductive et nutritionnelle, et de recherches opérationnelles connexes.

Margaret Neuse

Sous-directrice du Bureau de la population, USAID

Margaret Neuse est titulaire d'une maîtrise en études latino-américaines, et d'une maîtrise en santé publique de l'Université de Tulane. Mme Neuse travaille depuis plus de 10 ans à l'Agence américaine pour le développement international (USAID) en tant que responsable des questions de santé et de population. Elle a été en poste en Somalie, au Niger et au Kenya, où elle a travaillé à Nairobi au REDSO/ESA ou services de développement régional. A ce titre, elle a participé à des projets de planification familiale, à des programmes intégrés de SMI et de prévention du SIDA, de même qu'à des réformes de programmes de santé. Avant de faire partie du personnel de l'USAID, Mme Neuse a travaillé en freelance pendant 3 ans à titre de consultant en formation, notamment en ce qui concerne les soins durant la grossesse et après l'accouchement. Elle a également occupé un poste de formatrice au CEFPA, et elle a travaillé au sein de plusieurs organisations, aux Etats-

Unis, dans le cadre de divers programmes : formation, planification familiale, soins de santé dans des maisons de correction, évaluation de l'éducation en matière de santé.

Judy Norsigian

Co-directrice, Boston Women's Health Book Collective

Judy Norsigian est co-auteur de livres intitulés : *Our Bodies, Ourselves* et *The New Our Bodies, Ourselves*. Elle est également co-directrice du Boston Women's Health Book Collective. Elle a siégé pendant 14 ans au sein du comité du National Women's Health Network, réseau national d'hygiène de la femme, et prend souvent la parole sur un large éventail de sujets traitant de la santé de la femme. Elle est également ancienne présidente et membre du Women's Statewide Legislative Network of Massachusetts, réseau législatif qui couvre l'ensemble de l'Etat du Massachusetts; elle est enfin membre du comité de Community Works, source de fonds, à Boston, pour les organisations qui oeuvrent en faveur du changement social.

Chloe O'Gara

Directrice, Programme élargi de promotion de l'allaitement maternel (EPB), Wellstart International

Psychologue scolaire qualifiée le Dr. Chloe O'Gara possède une vaste expérience, acquise à l'étranger, en matière de gestion et d'évaluation de la nutrition, de la santé maternelle et infantile, ainsi que de prévention du SIDA. Elle a occupé à l'USAID les postes de sous-directrice et directrice par intérim du Bureau de la femme dans le développement, avant d'accepter les fonctions qu'elle assume actuellement à Wellstart International. Elle dirige présentement le programme EPB de Wellstart, importante initiative du Service santé, qui est habilité à fournir une assistance à court et à long terme, et à participer à l'élaboration et au soutien de 10 programmes nationaux intégrés et exhaustifs sur la promotion de l'allaitement maternel.

John T. Queenan, Docteur en médecine

Chef de service et professeur, Service d'obstétrique et de gynécologie

Enquêteur principal, Institut de santé reproductive

Le Dr. Queenan, cumule depuis 1980 les fonctions de professeur et de Chef du service d'obstétrique et de gynécologie au centre médical de l'Université de Georgetown. Spécialiste des grossesses à hauts risques, il dirige également la publication *Contemporary Ob-Gyn*. Le Dr. Queenan a la réputation d'être un partisan convaincu de la formule selon laquelle "le bébé nourri au sein est le bébé le mieux nourri". Il a consacré beaucoup de temps et d'efforts à encourager la pratique de l'allaitement aux Etats-Unis, et a

64

notamment participé au lancement, au centre médical de l'Université de Georgetown, d'une initiative en faveur de la création, aux Etats-Unis, d'hôpitaux amis des bébés, participé ou présidé à des réunions traitant de sujets comme la définition du rôle des professionnels de la santé en matière d'allaitement, enfin apporté son soutien à des travaux de recherches à travers le monde sur de nombreuses questions connexes, notamment une étude clinique de l'incidence de l'allaitement sur la fécondité. Le Dr. Queenan cautionne actuellement, au Centre médical de l'Université de Georgetown, la recherche sur les obstacles cliniques et autres questions relatives à l'allaitement, y compris une étude in vitro des sécrétions de colostrum au contact de micro-organismes, ainsi qu'une étude rétrospective de la lactation et autres antécédents de la densité osseuse.

Rebecca M. Ramos

Chef du centre médical, Dr. José Fabella Memorial Hospital

Obstétricienne-gynécologue de profession, le Dr. Ramos est la présidente en exercice de la Société philippine d'obstétrique et de gynécologie. Elle dirige en outre la maternité et l'hôpital pour enfants du Dr. José Fabella Memorial Hospital qui sont adaptés aux besoins postnatals, et où l'allaitement maternel est encouragé. Le Dr. Ramos a entrepris diverses études sur l'allaitement, dont une sur la MAMA. Elle est chef du Centre de planification familiale et membre actif de l'équipe nationale de travail sur l'hygiène de la reproduction chez la femme.

Randa J. Saadeh

Technicienne, Organisation mondiale de la santé

Les activités professionnelles de Randa J. Saadeh, nutritionniste, diététicienne diplômée d'Etat, au sein du service de nutrition de l'Organisation mondiale de la santé ces 8 dernières années, sont centrées sur les questions relatives à l'alimentation infantile. Elle est secrétaire du groupe de travail de l'OMS sur l'alimentation infantile et du groupe interagence sur l'allaitement maternel. Mme Saadeh gère 2 banques de données, l'une sur la prévalence de l'allaitement et ses durées, l'autre sur l'allaitement, la fécondité et l'espacement des naissances. Son plus récent ouvrage publié s'intitule : *Breastfeeding : The technical basis and recommendations for action* (Genève 1993).

Nina Schlossman

Sous-directrice technique, Educational Development Center/WINS

Le Dr. Nina Schlossman a obtenu son doctorat en nutrition à l'Université Tufts. Sa thèse s'appuyait sur

ses recherches concernant l'incidence de la vie professionnelle de la femme sur l'allaitement maternel. Avant d'assumer ses fonctions actuelles, elle travaillait au Bureau de la nutrition de USAID, où elle a joué un rôle de premier plan dans l'élaboration du programme en cours sur l'allaitement.

Nancy L. Sloan

Associée, Conseil de la population

Epidémiologue de formation, le Dr. Nancy L. Sloan s'est spécialisée en périnatalogie et en nutrition. En sa qualité d'Associée au Conseil de la population, ses activités ont porté entre autres sur l'élaboration d'indicateurs pour les évaluations institutionnelles en matière d'allaitement maternel et sur la conception et analyse d'essais ciblés de la méthode dite de la mère kangourou. Ses précédents travaux portaient sur l'évaluation du programme national WIC, notamment sur l'anthropométrie maternelle et infantile, sur les répercussions de ce programme sur l'allaitement, de même que sur des recherches et évaluation de programmes du domaine de la transmission périnatale du V.I.H. et de la morbidité infantile (vitamine A et saturnisme). Le Dr. Sloan procède actuellement à l'élaboration d'une proposition destinée à étudier les conséquences sur la lactation et sur la mortalité infantile, de la prise de suppléments en vitamine A après l'accouchement.

José Antonio Solís

Conseiller régional en matière de santé maternelle et infantile et de planification familiale, l'Organisation panaméricaine de la santé et l'Organisation mondiale de la santé

Pédiatre et épidémiologue de formation, le Dr. Solís, ressortissant mexicain, a occupé dans son pays des fonctions au ministère de la Santé. Il faisait partie de l'équipe qui a lancé au Mexique, en 1973, le premier programme officiel de planification familiale. Fonctionnaire depuis 1978 de l'Organisation panaméricaine de la Santé/Organisation mondiale de la santé, le Dr. Solís a aussi été en poste dans divers pays d'Amérique latine, avant d'être affecté au siège de l'OPS à Washington, où il coordonne les travaux sur la croissance, le développement et l'hygiène de la reproduction au titre du programme de la santé maternelle et infantile.

Sally A. Tom

Directrice du programme pour infirmières sages-femmes, Ecole d'infirmières de l'Université de la Virginie-Occidentale

En sa qualité de directrice du programme pour infirmières sages-femmes, Sally Tom est responsable de

la création et de la supervision des programmes éducatifs, ainsi que des prestations assurées par les infirmières sage-femmes au centre médical de Charleston. Mme Tom a occupé des postes à l'étranger, notamment ceux de conseiller en gestion auprès du Conseil de la population pendant 2 ans en Zambie, et de chef des services ob-gyn et nouveau-nés du comité américain chargé des réfugiés, en Thaïlande. Elle a travaillé pendant 4 ans à l'American College of Nurse-Midwives, ou Ecole américaine d'infirmières sages-femmes, en qualité d'analyste de la politique sanitaire. Elle enseigne à l'Université de Georgetown et donne des cours sur les soins infirmiers et l'accouchement; elle est également conférencière associée au Département d'études féminines de l'Université George Washington. Mme Tom est titulaire d'une maîtrise en gestion publique, d'une maîtrise ès sciences d'infirmière (parents/enfants) et d'infirmière sage-femme, de même que d'une licence ès sciences de soins infirmiers.

Penny Van Esterik

Maître de conférences, faculté d'anthropologie, Université de York

Les fonctions du professeur Van Esterik à l'Université de York incluent des cours et des recherches sur l'anthropologie nutritionnelle, sur le sexe et le développement, de même que sur la santé maternelle et infantile, qui s'inscrivent dans le cadre élargi d'un programme d'anthropologie mis sur pied en collaboration avec le projet du centre d'études de York sur la santé et l'hygiène et la femme. Activiste, le Dr. Van Esterik plaide la cause de l'allaitement maternel par l'intermédiaire de la WABA (World Alliance for Breastfeeding Action ou Alliance mondiale pour l'action en faveur de l'allaitement), et notamment la cause de la femme active. L'expérience qu'elle a acquise sur le terrain se situe principalement dans le Sud-est asiatique.

Appendice 3: Liste de participantes

Sarah Amin
Assistant to the Coordinator
WABA
P.O. Box 1200
10850 Penang, Malaysia

Mary Ann Anderson
Acting Chief
Office of Health
Agency for International Development
SA-18, Room 1200
Washington, DC 20523-1817

Molly Anthony
Public Health Consultant
Maternal and Child Health Bureau/HSRA
5600 Fishers Lane
Room 18A-39
Rockville, MD 20857

Susan Anthony
Nutrition Advisor
Office of Nutrition
Agency for International Development
Suite 411, SA-18
Washington, DC 20523-1808

Kimberly Aumack
Los Angeles Regional
Family Planning Council
3600 Wilshire Boulevard, 6th Floor
Los Angeles, CA 90010

Claudette Bailey
Women's Health Advisor
SEATS/John Snow Inc.
1616 N. Fort Meyer Drive, 11th Floor
Arlington, VA 22209

Elisa Ballard
Intern
Institute for Reproductive Health
2115 Wisconsin Avenue, NW, 6th Floor
Washington, DC 20007

Naomi Baumslag
President
Women's International Public Health Network
7100 Oak Forest Lane
Bethesda, MD 20817

Eilene Bisgrove
Senior Research Associate
Family Health International
PO Box 13950
Research Triangle Park, NC 27709

Anne Brandt
Director, Marketing and External
Relations Division
La Leche League International
9616 Minneapolis Avenue
PO Box 1209
Franklin Park, IL 60131

Elayne Clift
Health Communications Consultant
11320 Rouen Drive
Potomac, MD 20854

66

Shirley Coly
Program Assistant
Breastfeeding and MCH Division
Institute for Reproductive Health
2115 Wisconsin Avenue, NW, 6th Floor
Washington, DC 20007

Kristin A. Cooney
Deputy Director
Breastfeeding and MCH Division
Institute for Reproductive Health
2115 Wisconsin Avenue, NW, 6th Floor
Washington, DC 20007

Paula Correa
Resource Center Coordinator
Institute for Reproductive Health
2115 Wisconsin Avenue, NW, 6th Floor
Washington, DC 20007

Bonnie Dattel
Faculty of the American College of Ob/Gyn
Department of Ob/Gyn
Eastern Virginia Medical School
825 Fairfax Avenue
Norfolk, VA 23507

Frances R. Davidson
Nutrition Advisor
Office of Nutrition
Agency for International Development
Suite 411, SA-18
Washington, DC 20523-1808

Soledad Díaz
Directora
Consultorio de Planificación Familiar
Instituto Chileno de Medicina Reproductiva
José Victorina Lastarria 29 Depto. 101
Casilla 6006
Santiago, Chile

Leslie Elder
Office of the Senior Nutrition Adviser
World Bank
1818 H Street, NW
Washington, DC 20433

Vicki Ellis
Program Operations Specialist
Office of Population
Agency for International Development
SA-18, Room 811
Washington, DC 20523-1819

Barbara L. Feringa
Office of Population
Agency for International Development
SA-18, Room 811
Washington, DC 20523-1819

Loren Galvao
Maternal Health Care Coordinator
Save the Children
54 Wilton Road
PO Box 950
Westport, CT 06881

Gayle Gibbons
Director of Clearinghouse on Infant
Feeding and Maternal Nutrition
American Public Health Association
1015 15th Street, NW
Washington, DC 20005

Lori Valencia Greene
Public Education and Policy Office
National Black Women's Health Project
1615 M Street, NW, Suite 230
Washington, DC 20036

Ted Greiner
Consultant in International Nutrition
SIDA -International Child Health Unit
University Hospital
S-751 85 Uppsala
Sweden

Nancy Harris
Vice President/Project Director
SEATS/John Snow Inc.
1616 N. Fort Meyer Drive, 11th Floor
Arlington, VA 22209

Barbara Heiser
Member, Board of Directors
La Leche League International
9684 Oak Hill Dr.
Ellicott City, MD 21043

Sandra Huffman
President
NURTURE
3333 K Street, NW, Suite 101
Washington, DC 20007

Vergie Hughes
National Capital Lactation Center
Georgetown University Medical Center
3800 Reservoir Road, NW
Washington, DC 20007

Victoria H. Jennings
 Director
 Natural Family Planning Division
 Institute for Reproductive Health
 2115 Wisconsin Avenue, NW, 6th Floor
 Washington, DC 20007

Norge Jerome
 Association for Women in Development
 14402 W 68th Street
 Shawnee, KE 66216

Benita Johnson
 Research Assistant
 Department of Maternal and Child Health
 The Johns Hopkins University
 624 N. Broadway Street
 Hampton House
 Baltimore, MD 21205

Afroze Kazi
 Director in Charge
 National Research Institute for Fertility Control
 St. 13-14, Block I, Scheme No. 5
 Clifton, Karachi
 Pakistan

Kathy I. Kennedy
 Senior Research Associate
 Family Health International
 PO Box 13950
 Research Triangle Park, NC 27709

Peggy Koniz-Booher
 Consultant
 Breastfeeding and MCH Division
 Institute for Reproductive Health
 2115 Wisconsin Avenue, NW, 6th Floor
 Washington, DC 20007

Kathleen Kurz
 Nutritionist
 International Center for Research on Women
 1717 Massachusetts Avenue, NW
 Suite 302
 Washington, DC 20036

Margaret Kyenkya-Isabirye
 Advisor, Infant and Child Feeding
 UNICEF
 3 United Nations Plaza
 New York, New York 10017

Miriam H. Labbok
 Director
 Breastfeeding and MCH Division
 Institute for Reproductive Health
 2115 Wisconsin Avenue, NW, 6th Floor
 Washington, DC 20007

Virginia M. Lamprecht
 Research Associate
 Natural Family Planning Division
 Institute for Reproductive Health
 2115 Wisconsin Avenue, NW, 6th Floor
 Washington, DC 20007

Virginia H. Laukaran
 Senior Associate for Research
 Breastfeeding and MCH Division
 Institute for Reproductive Health
 2115 Wisconsin Avenue, NW, 6th Floor
 Washington, DC 20007

Joanne Leslie
 Co-Director
 Pacific Women's Health Coalition
 14931 McKendree Ave.
 Pacific Palisades, CA 90272

Rebecca Magalhaes
 Manager, International Action and Development
 La Leche League International
 9616 Minneapolis Avenue
 PO Box 1209
 Franklin Park, IL 60131

Florence W. Manguyu
 President Elect
 Medical Women's International Association
 P.O. Box 41307
 Nairobi, Kenya

Margaret Marshall
 Project Coordinator of Special Projects
 American College of Nurse-Midwives
 1522 K Street, NW
 Washington, DC 20005

Peggy Matteson
 Standards and Practices
 Department of Practice, Economics, and Policy
 American Nurses Association
 600 Maryland Avenue, SW
 Washington, DC 20024-2571

68

Ellen McLaughlin
Administrator
Institute for Reproductive Health
2115 Wisconsin Avenue, NW, 6th Floor
Washington, DC 20007

Tom Merrick
Population Advisor
World Bank
1818 H Street, NW
Washington, DC 20433

Lucy S. Mize
Information and Training Division
Office of Population
Agency for International Development
SA-18, Room 811
Washington, DC 20523-1819

Helga Morrow
Technical Specialist
The Johns Hopkins University
PVO Child Survival Support Program
103 E. Mount Royal Avenue
Baltimore, MD 21202

Margaret Neuse
Deputy Director
Office of Population
Agency for International Development
SA-18 Room 811
Washington, DC 20523

Judy Norsigian
Co-Director
Boston Women's Health Book Collective
240A Elm Street
PO Box 192
Somerville, MA 02144

Chloe O'Gara
Director
Wellstart EPB
3333 K Street, NW
Washington, DC 20007

Margaret Parlato
Director, Communication Project
Academy for Educational Development
1255 23rd Street, NW, Suite 400
Washington, DC 20037

Elliot Putnam
President
National Council for International Health
1701 K Street, NW, Suite 500
Washington, DC 20006

John T. Queenan
Chairman, Department of Obstetrics and
Gynecology
Georgetown University Medical Center
3800 Reservoir Road, NW
PHC 3
Washington, DC 20007

Rebecca Ramos
Medical Center Chief
Dr. José Fabella Memorial Hospital
Comprehensive Family Planning Center
Lope de Vega St.
Sta. Cruz, Manila
Philippines

Geeta Rao-Gupta
Social Psychologist
International Center for Research on Women
1717 Massachusetts Avenue, NW
Suite 302
Washington, DC 20036

Susan Rich
Deputy Director, Special Projects
Population Action International
1120 19th Street, NW
Suite 550
Washington, DC 20036-3605

Roberto Rivera
Corporate Director
International Medical Affairs
Family Health International
PO Box 13950
Research Triangle Park, NC 27709

Rosalía Rodríguez-García
Director
The George Washington University
Center for International Health
Ross Hall #605, 2300 I Street, NW
Washington, DC 20037

Renee Rogers
Program Officer, Special Projects
Population Action International
1120 19th Street, NW
Suite 550
Washington, DC 20036-3605

Martha Romans
Director
Jacobs Institute for Women's Health
American College of OB/GYN
409 12th Street, SW
Washington, DC 20024

Randa Saadeh
 Technical Officer
 Nutrition Unit
 Division of Food and Nutrition
 World Health Organization
 CH-1211 Geneva 27
 Switzerland

Clifford Sanders
 Senior Field Associate
 Breastfeeding and MCH Division
 Institute for Reproductive Health
 2115 Wisconsin Avenue, NW, 6th Floor
 Washington, DC 20007

Nina Schlossman
 Deputy and Technical Director
 WINS Project
 Educational Development Center
 1250 24th Street, Suite 300
 Washington, DC 20037

Myrna Seidman
 Research and Evaluation Associate
 Institute for Reproductive Health
 2115 Wisconsin Avenue, NW, 6th Floor
 Washington, DC 20007

Ritu Shroff
 Intern
 Institute for Reproductive Health
 2115 Wisconsin Avenue, NW, 6th Floor
 Washington, DC 20007

Nancy Sloan
 Senior Medical Associate
 The Population Council
 1 Dag Hammarskjold Plaza
 New York, NY 10017

José Antonio Solís
 Regional Advisor
 Maternal and Child Health and Family Planning
 Pan American Health Organization
 525 23rd Street, NW
 Washington, DC 20037

Jeff Spieler
 Acting Chief
 Research and Development Division
 Agency for International Development
 SA-18, Room 811
 Washington, DC 20523-1819

Carol Suitor
 Program Director
 NCEMCH
 2000 North 15th Street, Suite 701
 Arlington, VA 22201

Martha Thomas
 Reporter, BFHI News
 UNICEF
 3 United Nations Plaza
 New York, New York 10017

Anne Tinker
 Department of Population, Health
 and Nutrition
 World Bank
 1818 H Street, NW
 Washington, DC 20433

Sally Tom
 Director, Nurse-Midwifery Program
 West Virginia University
 School of Nursing
 3110 Mac Corkle Avenue
 Charleston, West Virginia 25304-1299

Sandra Vallenias
 Consultant-Reproductive Health
 The Population Council
 Paseo Padre Constancio Vollar
 El Olivar, Lima 27
 Peru

Penny Van Esterik
 Associate Professor, Anthropology
 York University
 4700 Keele Street
 North York, Ontario
 M3J 1P3 Canada

Cynthia Visness
 Research Associate
 Family Health International
 PO Box 13950
 Research Triangle Park, NC 27709