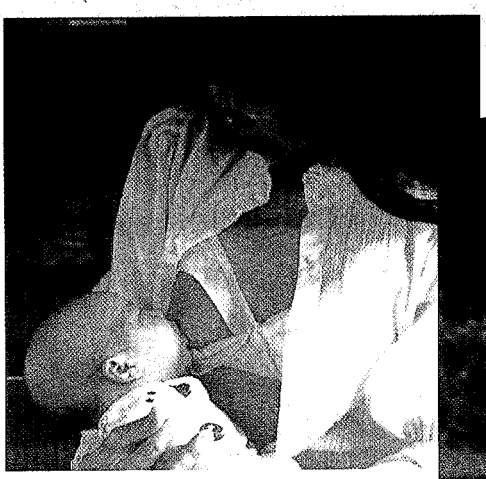
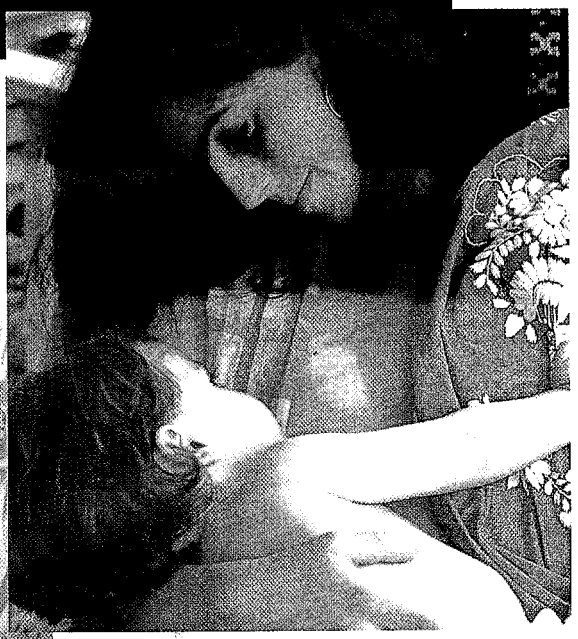
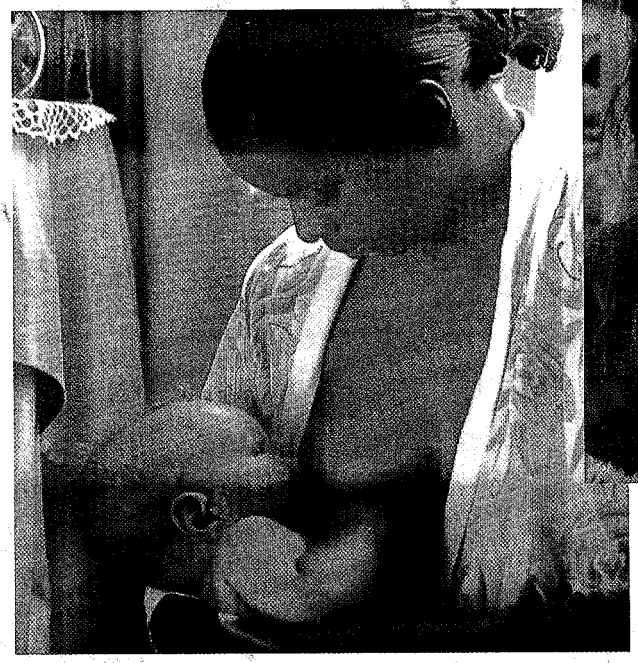


Allaitement maternel

PRESERVER UNE RESSOURCE NATURELLE





Cette brochure est dédiée aux personnalités suivantes qui, durant leur vie, se sont attachées à défendre, à promouvoir et à soutenir l'allaitement maternel, une ressource humaine naturelle et vitale. Leur action suscite un profond respect et admiration.

Cicely D. Williams
1893-1993

Derrick B. Jelliffe
1921-1992

James P. Grant
1922-1995

Photographies en couverture (dans le sens des aiguilles d'une montre):
Philippines : Bill Skees
Sri Lanka : Bill Skees
Etats-Unis : Noureddine El-Warari
Mexique : Bill Skees
Etats-Unis : Bill Skees

© *Institute for Reproductive Health*

1 **INTRODUCTION**

4 **LES AVANTAGES DE L'ALLAITEMENT MATERNEL**

L'allaitement maternel protège le nourrisson de la mort et des maladies

L'allaitement maternel permet d'atteindre un degré nutritionnel optimal

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

L'allaitement maternel favorise l'espacement des naissances et réduit les taux de fécondité

L'allaitement maternel est une source d'économies

16 **PROMOTION ET SOUTIEN DE L'ALLAITEMENT MATERNEL**

Modification des pratiques hospitalières et sanitaires

Amélioration des campagnes d'information, d'instruction et de communication

Encouragement des femmes qui travaillent à allaiter au sein avec succès

Elaboration d'un soutien familial, communautaire et politique

27 **CONCLUSION**

B

Introduction

C'est le désir des populations dans le monde entier de vivre sainement, d'élever des enfants bien nourris et de leur assurer un avenir. Afin d'atteindre ces buts, les gouvernements prennent des mesures en faveur de la santé publique et des programmes de planification familiale, mais leurs ressources sont insuffisantes et les demandes nombreuses.

Il est toutefois réconfortant de savoir que l'allaitement maternel est une ressource naturelle qui peut être d'un grand secours pour atteindre les objectifs visés dans le domaine de la santé et de la planification familiale. De plus, des études ont montré à maintes reprises que les programmes qui encouragent l'allaitement maternel ont des répercussions mesurables. Si un plus grand nombre de femmes nourrissaient leurs bébés au sein, à l'exclusion de toute autre méthode et pendant plus longtemps, et si les responsables du secteur publique donnaient leur soutien à cette méthode naturelle d'alimentation des nourrissons, moins de nourrissons mourraient, les femmes et leurs enfants seraient en meilleure santé et les programmes de santé publique et de planification familiale feraient des économies.

Les recherches montrent en effet que :

L'allaitement maternel sauve la vie des nourrissons — L'allaitement maternel, tout particulièrement quand il est le seul mode d'alimentation, protège contre la diarrhée et contre des maladies infectieuses courantes qui peuvent être mortelles. Le lait maternel contient toute une gamme de facteurs immunologiques et autres qui protègent des infections et détruisent les bactéries et virus nocifs. En cas de diarrhée ou de toute autre infection, les effets en sont moins graves chez les bébés nourris au sein et ils sont plus faciles à traiter.

L'allaitement maternel favorise la croissance et le développement de l'enfant — Il fournit la meilleure nutrition possible pour le développement physique et mental et procure tous les éléments nutritifs et les liquides dont la plupart des enfants ont besoin au cours des six premiers mois de leur existence. De plus, l'allaitement maternel n'expose pas les nourrissons aux risques de contamination des produits de remplacement du lait maternel, des biberons et des tétines.

L'allaitement maternel est bon pour la santé et le bien-être des femmes — Il est possible qu'il réduise le risque d'hémorragie post-partum ainsi que celui du cancer de l'ovaire ou du sein. Il apporte également à la femme une certaine satisfaction affective, un sentiment de lien unique entre elle et son enfant, et il lui donne un moyen naturel d'espacer ses grossesses et la possibilité d'éviter des dépenses.

L'allaitement maternel est le complément de la planification familiale — La suppression hormonale de l'ovulation, qui va de pair avec l'allaitement total au sein, peut efficacement prévenir la grossesse pendant la période précédant le retour du cycle menstruel au cours des six premiers mois de la vie du nourrisson et réduit la possibilité d'une grossesse par la suite. Des maternités plus espacées se traduisent par une meilleure santé pour la mère et l'enfant, des taux inférieurs de mortalité maternelle et infantile et des taux moins élevés de fécondité.

L'allaitement maternel économise de l'argent — Le lait maternel est l'aliment le meilleur marché pour les nourrissons, et également le plus bénéfique. Les mères qui donnent le sein n'ont pas besoin d'acheter des produits de remplacement du lait maternel. Du fait que les préparations pour nourrisson sont en général des produits importés et chers, l'allaitement au sein peut permettre à une famille de faire des économies et peut réduire la demande de devises étrangères. Les effets positifs de l'allaitement au sein sur la santé maternelle et infantile peuvent également alléger les budgets de la santé publique.

Les programmes visant à encourager et soutenir l'allaitement maternel donnent de bons résultats — La mise en pratique de cette forme d'allaitement ainsi que la prolongation de sa durée ont fait dans quelques pays des progrès étonnants au fur et à mesure que les décideurs au niveau national, la communauté médicale, les groupes d'appui et les familles ont commencé à prendre conscience des nombreux avantages de l'allaitement au sein et l'ont encouragé.

L'allaitement maternel est le meilleur des choix possibles. On s'y intéresse à nouveau. Les femmes du monde entier, y compris celles qui vivent dans les villes et travaillent dans les secteurs modernes de l'économie, peuvent allaiter avec de bons résultats. Malgré les conditions défavorables à l'allaitement maternel qui accompagnent souvent la vie dans les zones urbaines et l'emploi des femmes, les avantages qu'apporte l'allaitement au sein sont suffisants pour que la société étudie et, si possible, surmonte ces obstacles. Un allaitement total au sein jusqu'à l'âge de quatre à six mois récompensera ces efforts par des répercussions positives sur la santé de la mère et de l'enfant.

Cette brochure décrit les avantages de l'allaitement maternel et identifie certaines mesures que peuvent prendre les décideurs, et qui ont déjà été prises dans certains pays, afin de préserver et promouvoir cette ressource naturelle.

VICTOR ENGLEBERT

COLOMBIE : *Des mesures hospitalières favorables, par exemple laisser la mère et l'enfant ensemble aussitôt après l'accouchement, peuvent aider la mère à allaiter avec succès.*

Les avantages de l'allaitement maternel

Au cours de la dernière décennie, la recherche a fourni des documents concluants sur l'importance de l'allaitement maternel pour la survie de l'enfant, la santé de la mère, l'espacement des naissances et l'abaissement du taux de fécondité. Nombreux sont les avantages à retirer de l'allaitement maternel et son coût est peu élevé.

L'ALLAITEMENT MATERNEL PROTÈGE LE NOURRISSON DE LA MORT ET DES MALADIES. Dans le monde entier, les enfants nourris au sein ont généralement plus de chances de survivre et moins de chances de tomber malade, tout particulièrement quand ils reçoivent le colostrum (le premier liquide sécrété par les glandes mammaires après la naissance) et qu'ils sont exclusivement nourris au sein pendant une période minimum de quatre à six mois. Le lait maternel n'est pas contaminé par les bactéries et les virus qui causent les maladies diarrhéiques et les infections pulmonaires, causes principales de décès chez les enfants dans les pays en développement. Des études anciennes autant que celles plus récentes confirment que les bébés nourris au sein sont moins prédisposés à la diarrhée et que, parmi ceux qui en sont atteints, les complications seront moins graves.[1] Par exemple, en passant en revue neuf études effectuées au début de ce siècle dans cinq pays, on peut constater une augmentation du taux de survie variant entre 9 et 25 pour cent dans le cas des bébés diarrhéiques nourris au sein au cours des six premiers mois en comparaison des bébés diarrhéiques nourris au biberon et selon qu'il s'agissait d'un allaitement maternel complet ou partiel.[2] Des études réalisées au Brésil et aux Philippines à la fin des années 80 montrent pareillement que les nourrissons allaités au sein ont moins de chances de mourir de diarrhée et d'affections respiratoires que les nourrissons qui ne le sont pas[3] *(voir Encadré 1 et Figure 1).*

Encadré 1

L'ALLAITEMENT MATERNEL PROTÈGE CONTRE DE NOMBREUSES MALADIES

Une enquête au Brésil montre qu'un enfant nourri exclusivement au sein a :

- 14,2 fois moins de chances de mourir de diarrhée,
- 3,6 fois moins de chances de mourir d'affections respiratoires, et
- 2,5 fois moins de chances de mourir d'autres infections

qu'un nourrisson qui ne prend pas le sein.

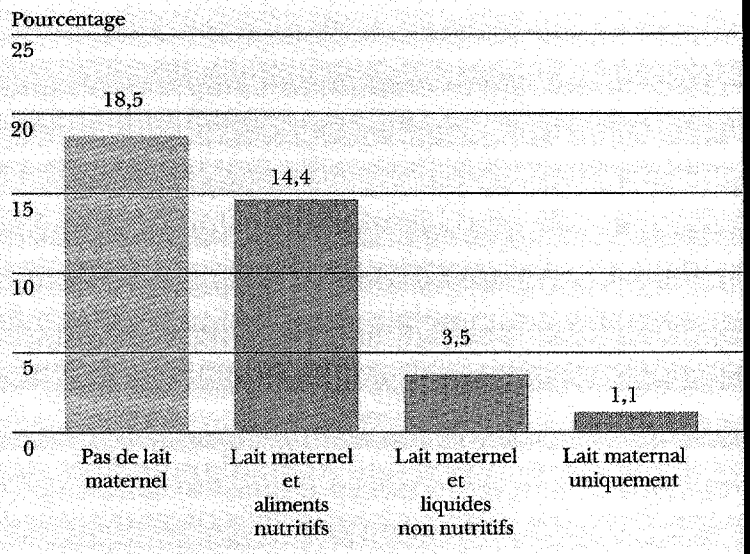
Le mieux est l'allaitement maternel exclusif.

SOURCE : Victora, C., et al., "Infant Feeding and Deaths due to Diarrhea : A Case-Control Study," *American Journal of Epidemiology*, 129 (5), 1989.

L'alimentation au biberon exige une source d'eau pure, du combustible, des ustensiles, un moyen de réfrigération et une bonne hygiène que beaucoup de familles de par le monde ne peuvent pas fournir. Il faut aussi avoir un certain niveau d'instruction et suffisamment d'argent pour acheter des produits de remplacement du lait maternel et les préparer conformément aux directives données. Par conséquent, dans des circonstances difficiles, que ce soit dans les pays en développement ou dans les pays industrialisés, l'utilisation de produits de remplacement du lait maternel conduit souvent à un cercle vicieux de malnutrition et de maladies causées par la contamination et un trop grand délayage de la préparation.

Par contre, le lait maternel contient des éléments qui combattent l'infection — des éléments immunologiques et autres qui recouvrent la paroi de l'estomac, des intestins et des poumons et s'attaquent aux bactéries et aux virus.[4] Le lait maternel contient aussi de nombreuses substances anti-infectieuses non spécifiques. Ce point est très important, car le système immunitaire du nourrisson n'est pas entièrement développé au cours des premiers mois. Quand une mère qui allaite est exposée à un organisme infectieux de l'environnement, elle produit alors des facteurs immunologiques spécifiques qu'elle transmet à son nourrisson par l'intermédiaire de son lait. Les bébés qui ingèrent des produits de remplacement du lait maternel sont en général exposés à ces mêmes organismes ainsi qu'aux bactéries et virus qui proviennent des produits eux-mêmes et du biberon ou de la tétine utilisés. Mais ce qui est le plus grave, c'est que ces nourrissons ne bénéficient pas des anticorps maternels et des nombreux autres facteurs de protection contenus dans le lait maternel.

Figure 1
PROBABILITÉ DE CONTRACTER LA DIARRHÉE SUIVANT DIFFÉRENTS MODES D'ALIMENTATION : ENFANTS DE DEUX MOIS, AUX PHILIPPINES*



**Diarrhée dans les 7 jours précédents ; Zone urbaine de Cébu, Philippines*

SOURCE : Popkin, B., et al., "Breastfeeding and Diarreal morbidity", *Pediatrics, 86(6), 1990.*

Quand les maladies diarrhéiques et autres infections apparaissent chez les bébés nourris au sein, elles sont en général moins graves et elles peuvent être plus facilement traitées. Le lait maternel facilite l'absorption des liquides de réhydratation orale dont l'administration peut être nécessaire dans le traitement de la diarrhée, et il joue un rôle capital pendant les attaques de diarrhée en fournissant une alimentation sous une forme facilement absorbable.

Certaines maladies non infectieuses telles que l'eczéma, les affections dentaires, des lymphomes (forme de cancer) et le diabète semblent être moins fréquentes chez les enfants nourris au sein.[5] Le contact de la mère et le lait à la température du corps aident également à éviter chez le nourrisson l'hypothermie, ou abaissement de la température du corps. A tout prendre, l'allaitement maternel permet le développement optimal de l'enfant et lui assure une meilleure santé.

NIGERIA : ***L'allaitement maternel*** *favorise la croissance de l'enfant. Il est la meilleure source d'éléments nutritifs pour le développement physique et mental.*

L'ALLAITEMENT MATERNEL PERMET D'ATTEINDRE UN DEGRÉ NUTRITIONNEL OPTIMAL. Les enfants nourris au sein sont moins sujets à la malnutrition que les autres enfants. Rien ne peut se substituer au lait maternel et donner un équivalent nutritionnel : il offre un équilibre parfait de protéines, d'éléments qui stimulent la croissance et d'autres éléments nutritifs nécessaires au bon développement physique et mental du nourrisson. Pendant les six premiers mois, une mère bien nourrie peut fournir par l'intermédiaire de son lait tous les éléments nutritifs et les liquides dont son nourrisson a besoin.

Il n'existe aucun substitut qui puisse apporter des éléments nutritifs équivalents de ceux qu'on trouve dans le lait maternel.

Le lait maternel est de toute première importance pour la nutrition du nourrisson à cause de sa composition unique. Son contenu élevé en glucides et lipides favorise la croissance au cours des premiers mois de la vie. Les prématurés et les bébés dont le poids à la naissance est inférieur à la normale ont tout spécialement besoin des éléments nutritifs fournis par le lait maternel.[6] Le lait maternel est physiologiquement adapté et se transforme au fur et à mesure pour subvenir aux besoins des prématurés, des nouveau-nés et des nourrissons plus âgés.[7]

Le lait qui provient directement du sein de la mère ne peut ni être délayé ni avarié. Il est facile à digérer et ne contient aucun des éléments nocifs ou difficiles à digérer présents dans les produits de substitution.

En outre, les efforts faits par le nourrisson pour prendre le sein favorisent le développement physiologique des os et muscles du visage.[8] L'allaitement peut aussi contribuer au développement psycho-social de l'enfant.

L'ALLAITEMENT MATERNEL EST BÉNÉFIQUE POUR LA SANTÉ DE LA FEMME. L'allaitement au sein contribue de plusieurs manières à la bonne santé de la mère. La succion du sein, tout de suite après l'accouchement, peut réduire le risque d'une hémorragie post-partum pour la mère.[9] Elle stimule la sécrétion d'ocytocine, qui favorise la montée du lait et son écoulement ; de plus, elle provoque la contraction de l'utérus. Plus tôt l'utérus commence à se contracter après l'accouchement, plus le risque de saignement prolongé diminue.

O.A. KAIDADA

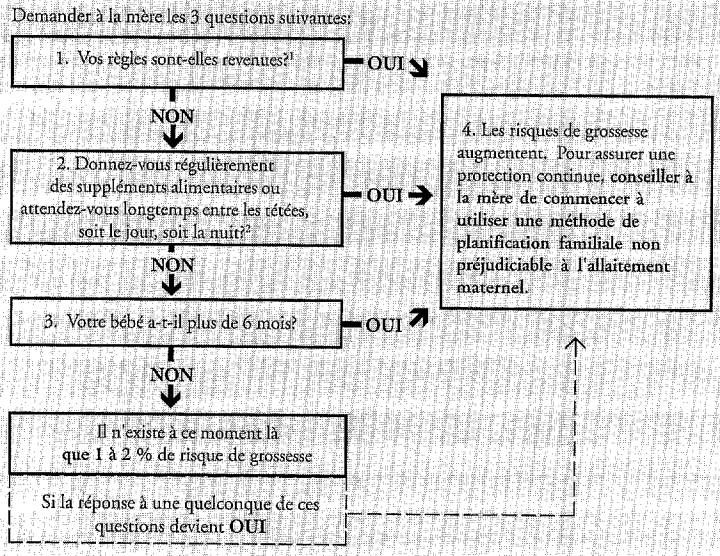
L'allaitement maternel diminue également le risque d'au moins deux cancers. Le risque de cancer ovarien est nettement inférieur chez les femmes qui ont allaité.[10] Certaines études ont montré que l'allaitement maternel aide à prévenir le cancer du sein, tout particulièrement avant la ménopause. Le risque de cancer du sein pour les femmes qui ont allaité est réduit de moitié par rapport à ce qu'il aurait été si elles n'avaient pas allaité leurs nourrissons.[11] Les chercheurs ont aussi remarqué que le risque décroissait en fonction d'une durée prolongée de l'allaitement.[12]

De même, il se peut que l'allaitement au sein offre des avantages psychologiques pour les femmes en créant un fort lien affectif entre le nourrisson élevé au sein et sa mère.[13] L'allaitement au sein cause des changements hormonaux et, étant donné la production de médiateurs cérébraux et d'autres facteurs physiologiques associés à l'allaitement au sein, il semble vraisemblable que la mère connaisse encore d'autres effets. Certains de ces changements encouragent l'efficacité métabolique de la femme qui allaite, de sorte que ses besoins en énergie supplémentaire sont réduits.[14] Les femmes bien nourries utilisent leurs réserves de lipides pour satisfaire leurs besoins supplémentaires en énergie, mais même les femmes dont l'alimentation est défecteuse peuvent allaiter avec succès si leur ingestion alimentaire est suffisante. Il est évident que l'affirmation "nourrir la mère pour nourrir l'enfant" prend une importance toute spéciale quand il s'agit du bien-être à long terme des femmes mal nourries et de leurs enfants.

Encadré 2

MÉTHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ET DE L'AMENORRHÉE—MAMA

L'allaitement maternel joue un rôle important en matière de planification familiale car il contribue à accroître l'espacement des naissances. La Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée ou MAMA (voir ci-dessous) offre, à court terme, un moyen efficace de planification familiale basé sur l'infécondité liée à l'allaitement. Le haut degré d'efficacité de la MAMA a été confirmé par les résultats enregistrés à travers le monde. De plus, la MAMA met l'accent sur l'adoption, en temps opportun, d'autres méthodes de planification familiale.



[1] Les légères pertes de sang durant les premiers 56 jours après l'accouchement ne sont pas considérées comme des règles.
[2] Les intervalles entre chaque tétée ne doivent pas dépasser 4 heures durant la journée ou 6 heures durant la nuit. Les aliments supplémentaires et les liquides ne doivent pas remplacer la tétée.

SOURCES : Labbok, M., et al., *Lignes Directrices : Allaitement maternel, planification familiale et Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée-MAMA.* (Washington, D.C. : Institut de santé reproductive, 1994).

Labbok, M., et al., "Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) : une option initiale de planification familiale en post-partum–ses implications en matière de politiques et de programmes", *Advances in Contraception 10(2), 1994.*

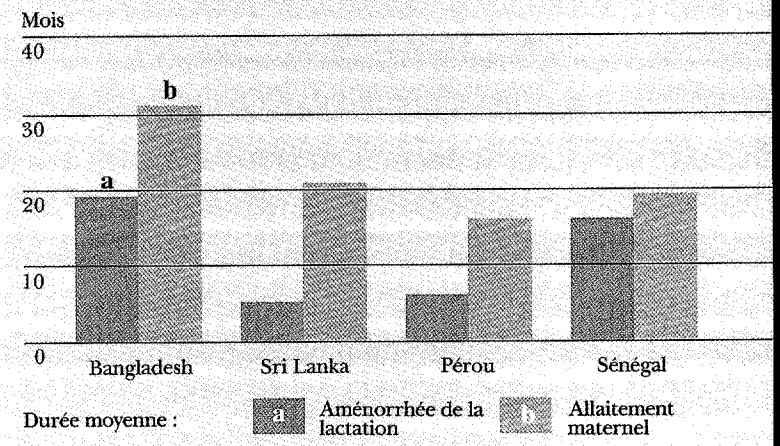
L'ALLAITEMENT MATERNEL FAVORISE L'ESPACEMENT DES NAISSANCES ET RÉDUIT LES TAUX DE FÉCONDITÉ.

L'allaitement maternel aide à espacer les naissances. Un allaitement complet ou quasi complet retarde la reprise de l'ovulation et le retour du cycle menstruel — ce qui s'avère plus fiable au cours des six premiers mois. L'aménorrhée de la lactation, c'est-à-dire la suppression du cycle menstruel après la naissance qui est liée à l'allaitement maternel, est associée à une réduction de la possibilité d'une nouvelle grossesse. Bien que le mécanisme biologique précis ne soit pas

entièrement clair, de nombreuses études ont démontré qu'il existe un rapport entre la durée, la fréquence et le degré de l'allaitement au sein et un plus grand intervalle entre les naissances.[15]

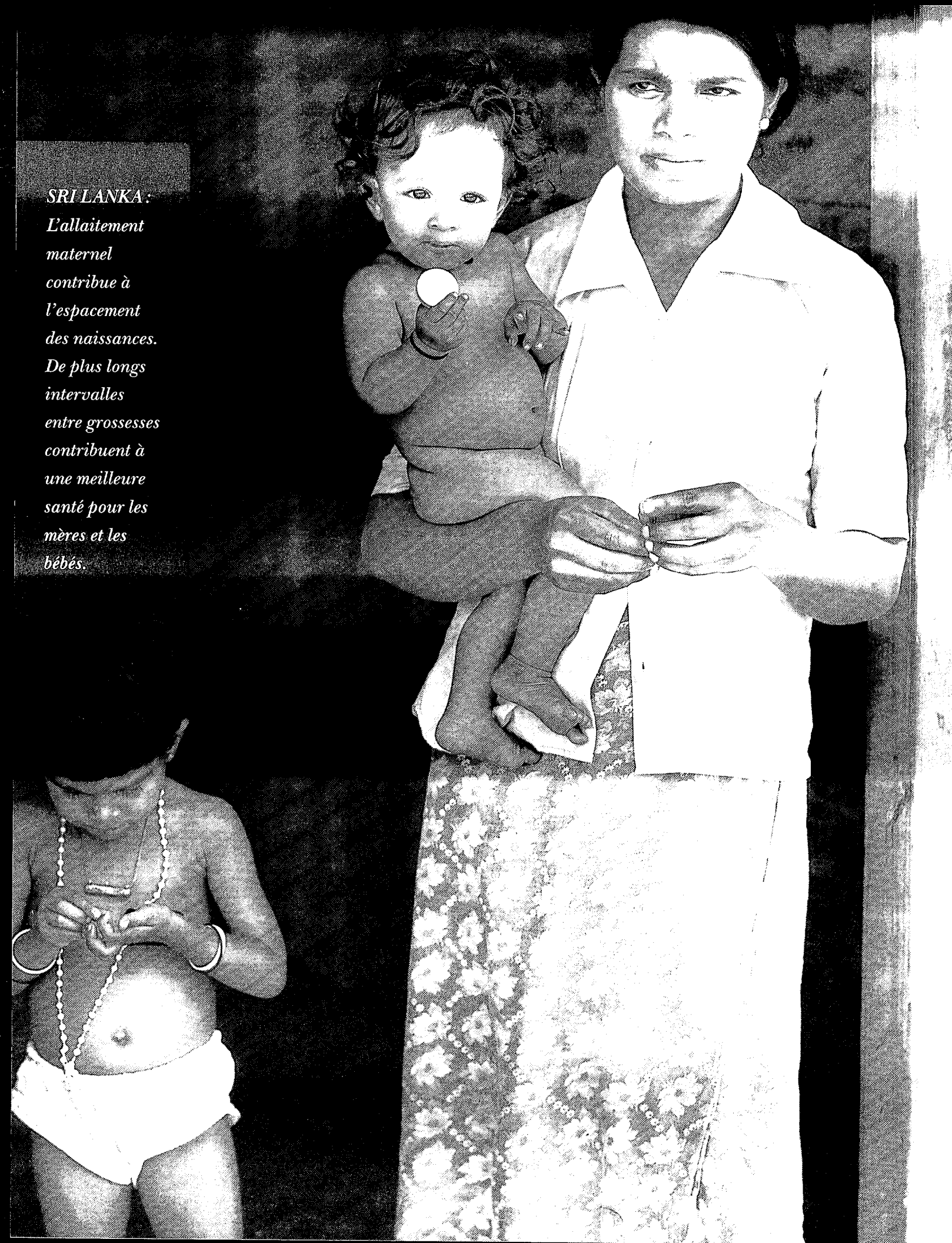
La Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) a été mise au point, à la fin des années 80, par des chercheurs et prestataires de planification familiale. Cette méthode de planification familiale est fondée sur la physiologie de l'allaitement au sein *(voir Encadré 2)*. La femme aménorrhéique (absence de flux menstruel), allaitant complètement ou presque complètement au sein, dont l'accouchement remonte à moins de six mois, est protégée à plus de 98 pour cent contre une grossesse non planifiée. La MAMA encourage la femme à adopter une autre méthode de planification familiale dès son retour de couches ou de l'abandon des modèles d'allaitement maternel recommandés ou dès que son bébé a six mois, afin de continuer à se prémunir contre une grossesse. L'idéal est que l'utilisatrice soit pleinement informée de toutes les méthodes de planification familiale disponibles et de leur incidence sur l'allaitement pour lui permettre de faire un choix avisé. La poursuite de l'allaitement au sein, au-delà de la MAMA, est aussi encouragée en raison des multiples avantages qu'il présente pour la santé de la mère et de l'enfant, et de la protection supplémentaire qu'il offre pour parer à une grossesse.[16]

Figure 2
DURÉE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ET AMÉNORRHÉE DE LA LACTATION



SOURCES : *Enquête mondiale sur la fécondité, Bangladesh, 1979* (Voorburg, Pays-Bas : Institut international de la statistique). *Enquête démographique et de santé, Pérou, 1986 ; Sénégal, 1986 ; Sri Lanka, 1987* (Columbia, Maryland : IRD/Macro Systems).

Le créneau d'efficacité de la MAMA est de six mois. Toutefois, les travaux actuels de recherche montrent que dans des pays où l'allaitement maternel est plus fréquent et de plus longue durée—par exemple, au Bangladesh la moyenne est de 31 mois et au Sénégal de 19 mois *(voir Figure 3)*—la MAMA peut, en pareils cas, être prolongée jusqu'à neuf, voire douze mois, sans beaucoup altérer son efficacité.[17] Il est conseillé à l'utilisatrice de la "MAMA Plus" de maintenir un rythme fréquent des tétées, de commencer à offrir d'autres aliments au nourrisson lorsqu'il a six mois et de l'allaiter avant chaque supplément. Ces aliments ne doivent pas remplacer les tétées.



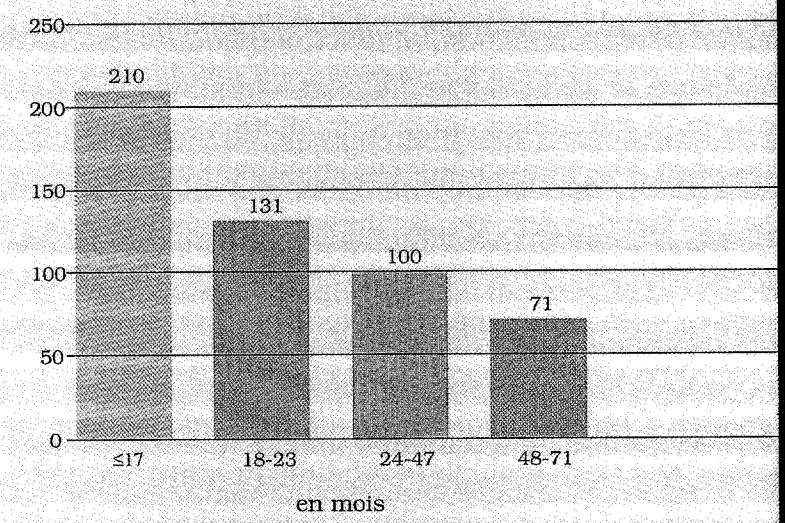
SRI LANKA : L'allaitement maternel contribue à l'espacement des naissances. De plus longs intervalles entre grossesses contribuent à une meilleure santé pour les mères et les bébés.

Des intervalles plus longs entre les naissances, de l'ordre de trois ans ou plus, permettent aux femmes de récupérer leurs forces et leur bien-être nutritionnel avant de mettre au monde un autre enfant.[18] Une mère en bonne santé peut davantage consacrer ses soins et son énergie aux besoins des aînés et mieux supporter l'allaitement du plus jeune. En moyenne, les bébés nés moins de deux ans après le dernier enfant ont deux fois plus de chances de mourir que les bébés nés après un intervalle d'au moins deux ans. Un intervalle de trois ans fournit une protection encore meilleure[19] *(voir Figure 3)*.

Les taux de fécondité dans de nombreux pays en développement sont bien inférieurs à ce qu'ils seraient si l'allaitement maternel n'existait pas. Ainsi, une enquête effectuée dans cinq pays d'Afrique a montré que l'aménorrhée de la lactation et l'abstinence sexuelle qui accompagnent l'allaitement maternel étaient responsables d'une réduction de 33 pour cent de la fécondité maximale possible, alors que l'utilisation de méthodes modernes de planification familiale ne réprésentait qu'une réduction supplémentaire de 5 pour cent.[20] La Figure 4 illustre les effets actuels de l'allaitement maternel et de l'utilisation des contraceptifs sur l'indice synthétique de fécondité dans quelques pays choisis.

Figure 3

RISQUE RELATIF DE MORTALITÉ INFANTILE EN FONCTION DE L'ESPACEMENT DE LA NAISSANCE PRÉCÉDENTE



EXTRAIT DE : Hobcraft, J., "Child Spacing and Child Mortality", dans : *Demographic and Health Surveys World Conference, Vol. 2.* (Columbia, Maryland : IRD/Macro Systems, 1991).

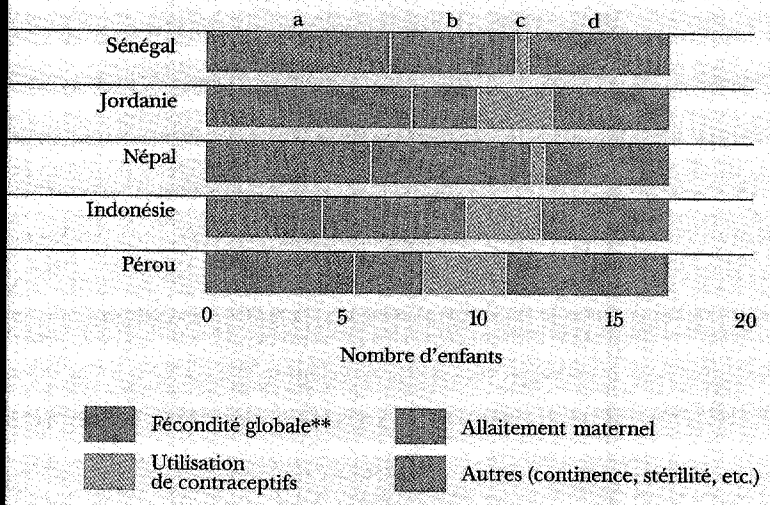
L'ALLAITEMENT MATERNEL EST UNE SOURCE D'ÉCONOMIES. L'allaitement au sein offre d'importants avantages économiques pour les familles, les pourvoyeurs de services de santé, les programmes de planification familiale et les budgets nationaux :

Des économies pour les familles — Les produits qui remplacent le lait maternel sont chers et l'emploi de biberons demande l'achat d'un matériel spécial. Les coûts varient d'un pays à l'autre, avec un coût moyen de 22 dollars américains par mois pour un enfant de six mois dans les pays en développement,[21] c'est-à-dire une somme égale ou supérieure

S.J. STANISKI

au revenu mensuel moyen par habitant dans de nombreux pays. En général, les familles pauvres n'ont pas les moyens d'acheter les préparations pour nourrisson en quantité suffisante ; par conséquent, leurs enfants reçoivent souvent des mélanges délayés ou des produits moins nutritifs qui ne peuvent pas assurer une croissance et un développement suffisants.

Figure 4
CONTRIBUTION APPORTÉE PAR L'ALLAITEMENT MATERNEL ET L'UTILISATION DES CONTRACEPTIFS À LA RÉDUCTION DE LA FÉCONDITÉ POTENTIELLE* MAXIMALE



*"Fécondité potentielle" : nombre maximal biologique estimé d'enfants (17) qu'une femme pourrait mettre au monde.

**"Fécondité globale" : nombre moyen d'enfants qu'une femme mettra au monde durant sa vie.

SOURCES : Bulatao, R.A., "Reducing Fertility in Developing Countries : A Review of Determinants and Policy Levels," document de travail no. 680 (Washington, D.C. : Banque mondiale, 1984). Les données proviennent des *Enquêtes mondiales sur la fécondité de 1976-1978* (Voorburg, Pays-Bas : Institut international de la statistique).

La production du lait maternel représente une dépense d'énergie de la part de la mère, mais il est bien moins cher de subvenir à ces besoins en énergie que d'acheter des produits de remplacement pour ce lait maternel. L'argent ainsi économisé dans le budget familial peut non seulement aider à améliorer la nourriture de la mère qui allaite, mais également celle des autres membres de la famille. Une famille dont les membres sont en meilleure santé sera une moins grande source de dépenses médicales et, d'une manière générale, les mères qui allaitent et travaillent dans le secteur moderne perdent moins de jours de travail pour s'occuper de leurs enfants malades.

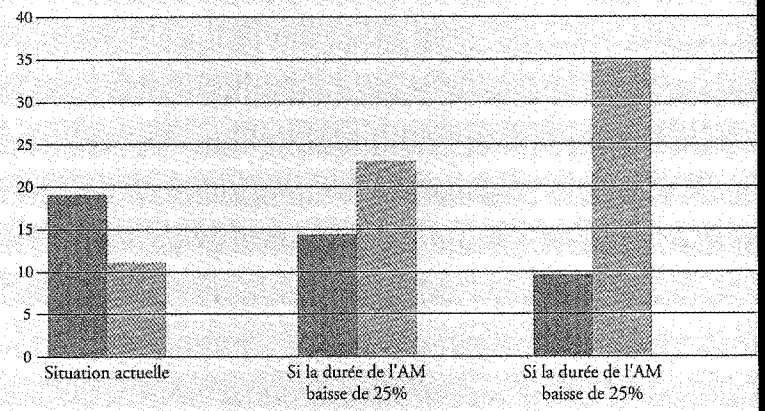
Des économies pour les pourvoyeurs des soins de santé—Quand les mères allaitent, les hôpitaux fond des économies. Les mères et bébés qui partagent la même chambre, comme il convient pour favoriser l'allaitement au sein, exigent moins de ressources et occupent moins de personnel. Les hôpitaux où l'allaitement maternel et la garde du nouveau-né dans la chambre de la mère commencent immédiatement après l'accouchement, dépensent moins pour les biberons, les tétines, les préparations pour nourrisson et l'eau additionnée de glucose. Aux Philippines, un hôpital a cité une réduction des dépenses associées aux produits pharmaceutiques utilisés pour faire contracter l'utérus.[22] Les dépenses de lait artificiel d'un hôpital du Honduras ont baissé de 35.000 dollars US en l'espace d'un an.[23] Du fait que les nourrissons sont en meilleure santé, les frais d'hospitalisation pour le traitement de la diarrhée néonatale et autres infections sont également en baisse.

Un service pour soins spéciaux dans un hôpital de Bombay a vu diminuer de moitié le coût du lait et des remèdes utilisés pour les nourrissons à haut risque après avoir institué des changements favorisant l'allaitement maternel.[24] Des économies de ce genre ont été signalées ailleurs dans des hôpitaux en Inde,[25] au Honduras[26] et en Indonésie.[27] On

peut réduire les besoins en incubateurs et en matériel nécessaire à une alimentation spéciale dans le cas de nourrissons d'un poids anormalement bas à la naissance si ces enfants sont allaités au sein ou si on les nourrit à la cuillère avec du lait maternel et qu'on les garde tout près du corps de leur mère. Cette "méthode du kangourou"[28] aide à surmonter les problèmes typiques d'hypothermie et de digestion immature pour les nourrissons d'un poids anormalement bas.

Figure 5

ACCROISSEMENT DU NIVEAU DE PRÉVALENCE DE PLANIFICATION FAMILIALE NÉCESSAIRE AU MAINTIEN DES TAUX ACTUELS DE FÉCONDITÉ, DANS L'HYPOTHÈSE D'UNE DURÉE RÉDUITE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL AU GUATEMALA



Estimations basées sur des données établies par le DHS I, à partir du modèle de Bongaarts relatif au lien entre les déterminants immédiats de la fécondité.

Des économies pour les programmes de planification familiale au niveau national — Dans la majorité des pays en développement, l'effet de l'allaitement maternel au plan de l'espacement des naissances entraîne une diminution du taux de fécondité. L'allaitement au sein a joué un rôle capital au Honduras dans la réduction de la fécondité. Si la durée moyenne de l'allaitement au sein n'avait pas augmenté entre 1981 et 1987, la fécondité en milieu urbain aurait augmenté en moyenne d'une naissance par femme.[29] Si la durée et le degré d'utilisation de l'allaitement maternel diminuent sur le plan national, il devient nécessaire d'augmenter sensiblement l'utilisation des contraceptifs pour arriver à maintenir le niveau actuel de fécondité. Rien que pour aider les couples supplémentaires où la femme pourrait tomber enceinte, les pays en développement devraient investir des sommes encore plus importantes pour élargir la portée de leurs programmes de planification familiale *(voir Figure 5)*.

Dans certaines parties du monde en développement où l'allaitement maternel est sur le déclin et les programmes de planification familiale ne sont pas largement utilisés, un investissement dans la promotion de l'allaitement au sein et de la Méthode de l'aménorrhée de la lactation pour l'espacement des naissances est un moyen efficace et peu coûteux de réduire la fécondité et c'est un bon complément aux autres méthodes de planification familiale.

Des économies pour les budgets nationaux — Au niveau national, la généralisation de l'allaitement au sein permet une économie de devises étrangères en réduisant la demande en matière de produits de remplacement du lait maternel, de biberons et d'autres articles importés surtout si le coût des préparations pour nourrisson augmente. Faire face aux besoins accrus en énergie des mères qui allaitent revient bien moins cher que d'acheter des produits de substitution importés. Une étude réalisée en 1979 a abouti à la conclusion que le coût de la préparation pour le nouveau-né est quatre ou cinq fois supérieur à la somme dépensée à des apports supplémentaires de nourriture pour la mère. Même si cette nourriture était importée, le coût serait, en devises étrangères, moins de la moitié de ce que coûtent les préparations importées.[30]

Cela coûte beaucoup plus d'utiliser les préparations que de donner des suppléments alimentaires à la mère.

L'augmentation de la pratique de l'allaitement au sein pourrait alléger le fardeau des programmes de planification familiale et de santé maternelle et infantile, étant donné l'abaissement de fécondité et de la maladie que l'on peut lui attribuer. Selon une analyse, les économies annuelles réalisées en Indonésie du fait de la réduction des maladies diarrhéiques qui résulterait d'une plus grande utilisation de l'allaitement maternel, pourraient représenter 20 pour cent du budget global national consacré à la santé. Si, d'un autre côté, l'allaitement au sein était en déclin, l'Indonésie devrait alors, en compensation, augmenter son budget pour la planification familiale d'environ 80 millions de dollars américains par an.[31]

WERNHER KRUTEIN / PHOTOVAULT

BURKINA FASO : Nombre de femmes portent leur bébé avec elles pendant qu'elles font leur travail quotidien; ainsi mère et enfant continuent de bénéficier des avantages de l'allaitment au sein.

Promotion et soutien de l'allaitement maternel

Les programmes de promotion et de soutien concernant l'allaitement maternel donnent de bons résultats. L'allaitement au sein est pour la mère la façon naturelle et traditionnelle de nourrir son enfant, mais il est devenu moins fréquent du fait de la vie moderne et de l'urbanisation. Dans les villes, les femmes accouchent plutôt à l'hôpital, travaillent dans le secteur salarié de l'économie et vivent en dehors des réseaux d'appui familial et social pour l'allaitement maternel. La plupart des hôpitaux n'insistent pas sur l'allaitement au sein ; la majorité des programmes de santé publique ne l'encourage pas et les patrons n'accordent que rarement aux mères qui travaillent des conditions leur permettant d'allaiter. A la campagne, les femmes allaitent plus souvent qu'en ville, peut-être parce qu'elles n'ont pas à faire face à ces obstacles et qu'elles sont moins exposées à la réclame en faveur des préparations commerciales pour nourrisson qui s'exerce dans beaucoup de villes et d'établissements hospitaliers.

Qu'elles travaillent dans le secteur moderne et vivent en ville ou qu'elles mènent une vie plus traditionnelle, pratiquement toutes les femmes peuvent produire assez de lait pour nourrir leur nouveau-né. Mais pour que les femmes, leurs enfants et la société puissent bénéficier pleinement de l'allaitement au sein, les dirigeants de la communauté médicale, du gouvernement et de l'industrie doivent offrir un soutien plus énergique aux femmes afin de les aider à choisir l'allaitement au sein.

MODIFICATION DES PRATIQUES HOSPITALIÈRES ET SANITAIRES. Les règlements de l'hôpital et certaines autres habitudes sanitaires influent fréquement sur le choix des femmes concernant l'allaitement. Ces mêmes éléments peuvent aussi les empêcher d'allaiter avec succès. De nombreux hôpitaux et professionnels de la santé découragent, sans le vouloir, l'allaitement maternel, en séparant systématiquement le nouveau-né de sa mère immédiatement après la naissance, en administrant des inhibiteurs de la montée de lait, en donnant des biberons d'appoint et/ou en mettant en vigueur des horaires rigides pour l'allaitement au sein *(voir Encadré 3)*.

Des informations et des pratiques incorrectes en matière d'allaitement maternel, telles que l'utilisation de biberons pendant l'hospitalisation qui compromet la mise en route de la lactation, ne sont que trop fréquentes parmi les professionnels de la santé.[32] Par exemple, une étude faite à la Jamaïque a montré que 5 pour cent seulement des femmes dont les bébés avaient reçu des biberons d'appoint à l'hôpital étaient retournées à l'allaitement total au sein une fois chez elles.[33]

Par contre, des pratiques hospitalières favorables encouragent l'allaitement au sein. Un projet au Costa Rica où mère et nouveau-né partagent la même chambre a notablement augmenté la durée de l'allaitement au sein—le pourcentage des mères allaitant leur nourrisson pendant une période de 8 à 11 mois a augmenté de 40 pour cent[34] *(voir Figure 6)*.

Encadré 3

PRATIQUES POUR UN ALLAITEMENT MATERNEL OPTIMAL

- Permettre au nouveau-né de téter dès que possible après sa naissance et de rester près de sa mère durant quelques heures au moins après l'accouchement.
- Allaiter fréquemment, chaque fois que le nourrisson a faim, jour et nuit.
- Allaiter exclusivement durant les six premiers mois.
- A l'issue de six mois, l'introduction des aliments supplémentaires doit être précédée chaque fois d'une tétée.
- Maintenir l'allaitement maternel jusqu'a l'âge de deux ans et au-delà.
- Maintenir l'allaitement, même si la mère ou l'enfant est malade.
- Eviter de donner biberons, sucettes ou autres tétines artificielles.
- La mère doit manager et boire en quantités suffisantes pour satisfaire sa faim et sa soif.

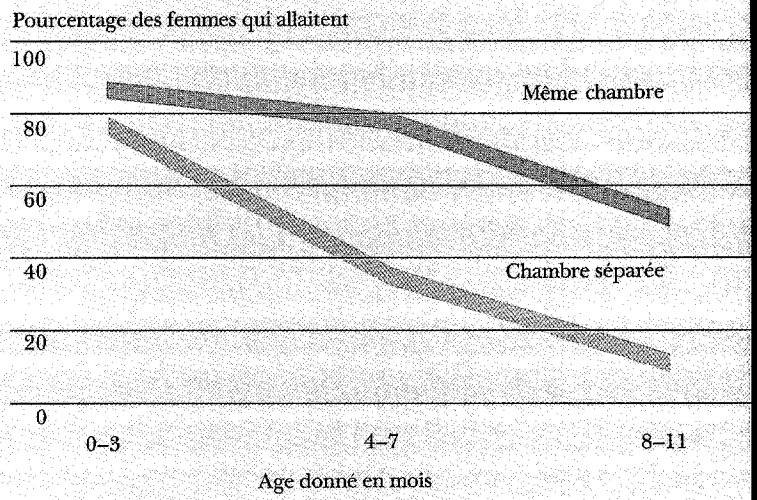
SOURCE: Labbok, M., et al., *Lignes Directrices : Allaitement maternel, planification familiale et Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée-MAMA.* (Washington, D.C. : Institut de santé reproductive, 1994).

Au cours du projet *PROALMA* au Honduras, où mère et enfant ont partagé une même chambre et où des agents de santé avaient été formés à la promotion de l'allaitement maternel, plus de 90 pour cent des mères ont commencé à allaiter au sein et les hôpitaux participant à l'étude ont complètement cessé de donner aux bébés nourris au sein des produits de substitution pour le lait maternel. Ces initiatives et celles engagées dans le cadre d'autres programmes se sont traduites, au cours du projet, par une augmentation spectaculaire de la durée moyenne de l'allaitement au sein, passant de quatre mois en 1981 à environ dix mois en 1987 et, par une baisse sensible de l'emploi de laits artificiels.[35]

ETATS-UNIS :
L'homme contribue largement au succès de l'allaitement maternel en appuyant la décision de la femme de nourrir l'enfant au sein et en privilégiant un environnement familial qui conforte ce choix.

Un projet de promotion de l'allaitement maternel en Thaïlande a donné des résultats pareillement extraordinaires. Huit hôpitaux de Bangkok ont organisé des séances d'information sur l'allaitement maternel où un personnel formé offrait aux femmes enceintes des cours sur l'allaitement maternel pendant leurs visites prénatales. Ainsi, le partage de la même chambre est devenu courant à la suite d'un accouchement normal dans la plupart des hôpitaux participants ; le pourcentage des mères qui ont commencé à allaiter dans les 24 heures suivant la naissance a augmenté et la proportion des nourrissons encore exclusivement allaités au sein à six semaines atteignait une moyenne de 50 pour cent pour tous les hôpitaux, avec une fourchette allant de 20 à 74 pour cent.[36]

Figure 6
IMPACT DE L'ENCOURAGEMENT À L'ALLAITEMENT MATERNEL : MÊME CHAMBRE POUR LA MÈRE ET LE NOUVEAU-NÉ, COSTA RICA



SOURCE : Mata, L., "The Importance of Breastfeeding for Optimal Child Health and Well-Being," *Clinical Nutrition, 3(1), 1984.*

La modification des méthodes suivies dans les hôpitaux ainsi que la formation du personnel hospitalier et des maternités sont des mesures essentielles pour encourager l'allaitement maternel. Les responsables du Ministère de la Santé, les administrateurs d'hôpitaux et les professionnels de la santé ont un rôle important à jouer pour s'assurer que ces mesures et d'autres encore sont prises, y compris la restriction de l'accès aux hôpitaux des compagnies de vente de préparations pour nourrisson et l'interdiction de faire de la publicité pour des produits de substitution au lait maternel dans les centres de santé et de distribuer gratuitement des échantillons ou des brochures promotionnelles aux mères et au personnel hospitalier. L'OMS et l'UNICEF ont fait paraître de concert une déclaration énonçant "Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel", qui peut servir de cadre pour planifier la modification des méthodes hospitalières *(voir Encadré 4).*

BILL SKEES

L'allaitement maternel doit aussi continuer à recevoir l'appui nécessaire dans les programmes associés à la santé maternelle et infantile. Les données d'une enquête menée au Chili démontrent que, lorsque les changements dans les pratiques hospitalières étaient associés á un suivi clinique gratuit, la proportion des mères qui allaitaient encore complètement et étaient aménorrhéiques après six mois était passée de 22 à 56 pour cent.[37] D'autres programmes de santé, quoique bien intentionnés, peuvent sans le vouloir gêner l'allaitement au sein et embrouiller les mères par des messages contradictoires concernant l'alimentation d'un nouveau-né. Par exemple, avant d'en arriver à la conclusion que le nourrisson a besoin de suppléments alimentaires, le personnel des programmes devrait d'abord s'assurer que la mère donne le sein convenablement et assez fréquemment à son enfant. Cela est tout particulièrement important, non seulement pour un enfant de moins de quatre mois, mais aussi pour la période de quatre à six mois, quand il est trop souvent recommandé d'ajouter un complément nutritif. Quand elles donnent aux bébés des aliments d'appoint, les mères devraient *commencer* par les allaiter de sorte qu'ils continuent à profiter du lait maternel et que la montée du lait continue ainsi à se faire. Le personnel des programmes de lutte contre la diarrhée devrait considérer l'allaitement exclusivement au sein comme l'élément clé dans la prévention de cette maladie et aussi pour assurer une nutrition adéquate du nourrisson pendant les épisodes de diarrhée.

Encadré 4

DIX CONDITIONS POUR LE SUCCÈS DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

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

1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.
2. Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en oeuvre cette politique.
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique.
4. Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance.
5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.
6. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication *médicale.*
7. Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour.
8. Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant.
9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.
10. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

SOURCE : Déclaration conjointe de l'OMS/UNICEF, *Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel : Le rôle spécial des services liés à la maternité,* 1989.

Tout programme de santé devrait encourager la mère à maintenir une production active de lait quand son enfant est trop malade pour prendre le sein et, si d'autres suppléments sont nécessaires, à nourrir l'enfant à cuillère ou à la

tasse plutôt qu'avec une tétine. Les programmes d'immunisation ne devraient pas manquer l'occasion d'informer les mères quant aux effets anti-infectieux et protecteurs de l'allaitement maternel. Les programmes de planification familiale devraient promouvoir l'allaitement au sein comme moyen d'espacer les naissances et fournir aux mères qui allaitent des options contraceptives complémentaires appropriées. Il existe des directives pour aider les programmes de soins de santé primaires et de planification familiale à encourager l'allaitement maternel.[38]

Les organisations de professions médicales, tout particulièrement celles qui se composent d'infirmières, de sages-femmes, d'obstétriciens et de pédiatres, devraient participer activement au développement de stratégies au niveau national pour promouvoir l'allaitement maternel. En outre, ces groupes devraient assumer la responsabilité de la mise en pratique de ces stratégies dans de nombreux secteurs. Le "Code pour la commercialisation des produits de remplacement du lait maternel" élaboré conjointement par l'OMS et l'UNICEF décrit exactement les responsabilités des agents de santé et des programmes.[39]

La modernisation et le rôle croissant des femmes comme salariées sont compatibles avec l'allaitement maternel.

AMÉLIORATION DES CAMPAGNES D'INFORMATION, D'INSTRUCTION ET DE COMMUNICATION.

Des campagnes d'information, d'instruction et de communication bien agencées peuvent fortement influer sur la prévalence et la durée de l'allaitement maternel. De tels efforts peuvent éduquer et motiver les mères, les pourvoyeurs des soins de santé, les dirigeants de la communauté et les décideurs des politiques nationales en présentant les avantages de l'allaitement maternel et en décourageant l'introduction prématurée de suppléments alimentaires non nécessaires. Radio, télévision, journaux, magazines et même bandes dessinées ont été utilisés avec succès pour encourager l'allaitement au sein.[40] Un mélange des moyens publicitaires est généralement plus efficace. Les média de masse peuvent jouer un rôle des plus importants en renforçant l'image positive de l'allaitement maternel et en fournissant des instructions sur la façon de donner le sein. Les écoles, les systèmes d'éducation non structurés et les groupes sociaux sont d'excellents conduits de personne à personne pour la promotion et la communication des informations.

Bien qu'une brochure, une affiche, une présentation de diapositives ou des programmes à la radio puissent susciter un certain intérêt pour l'allaitement au sein, de nouvelles constatations soulignent le besoin d'une promotion continue de cette forme d'allaitement, accompagnée d'une aide directe aux mères pour que la prévalence et la durée de l'allaitement maternel se maintiennent et aillent en augmentant. Idéalement, il faudrait s'engager dans une stratégie de communication à long terme qui, autant que possible, rattacherait la promotion de l'allaitement maternel à l'appui direct des mères et à d'autres programmes de santé maternelle et infantile, y compris la nutrition, la lutte contre les maladies diarrhéiques, la planification familiale et la surveillance de la croissance.[41]

ENCOURAGEMENT DES FEMMES QUI TRAVAILLENT À ALLAITER AU SEIN AVEC SUCCÈS. Contrairement à ce que pensent nombre de gens, la modernisation et le rôle croissant des femmes comme salariées ne sont *en aucune façon* incompatibles avec l'allaitement au sein. Des enquêtes démontrent que les femmes peuvent vivre en milieu urbain, être salariées et allaiter leur bébé, même pendant des périodes prolongées.[42] Toutefois, pour atteindre ce but, elles ont besoin d'appui et d'encouragement. Pour maintenir une quantité suffisante de lait, les femmes doivent soit pouvoir donner fréquemment le sein à leur nourrisson, soit tirer leur lait fréquemment. Si les mères allaitent au sein suivant un horaire prédéterminé ou bien donnent régulièrement une nourriture d'appoint ou si les intervalles entre les tétées sont assez longs, la production de lait commence à diminuer. Toutefois, la persévérance même à ce bas niveau est toujours salutaire pour la santé de l'enfant.

Des études dans le monde en développement confirment qu'une minorité de femmes seulement mentionnent leur travail comme excuse pour ne pas allaiter au sein ou pour ajouter des préparations.[43] Nombre de femmes qui travaillent dans les champs ou qui sont employées à d'autres travaux non structurés portent leur bébé sur leur lieu de travail. Les femmes dont les obligations ou le genre d'emploi les forcent à se séparer de leur nourrisson font clairement face à de plus grands obstacles. Mais partout dans le monde les mères ont trouvé les moyens de surmonter ces barrières, en adoptant des horaires flexibles, un travail à temps partiel ou des journées plus courtes et en pratiquant le "renversement de rythme", c'est-à-dire en donnant le sein la nuit et en tirant leur lait pendant la journée.[44]

Les lieux de travail qui soutiennent l'allaitement maternel contribuent à la prolongation de cette pratique. Les lignes de conduite les plus efficaces comprennent celles avalisées par l'Organisation internationale du travail (OIT) pour considération au niveau national : congé de maternité payé (avec contribution financière du gouvernement afin d'éviter toute discrimination dans l'embauche des femmes), garantie de l'emploi après l'accouchement sans perte du droit d'ancienneté, établissement de locaux pour la garde des enfants et l'allaitement au sein des nourrissons sur les lieux de travail ou dans la communauté, octroi de pauses pour l'allaitement au sein sans perte de salaire et conditions d'emploi souples pour les femmes qui allaitent.[45] De plus, les nombreuses femmes travaillant dans le secteur agricole, chez elles ou dans le secteur non structuré de l'économie, devraient recevoir information et appui pour leur permettre d'allaiter avec de bons résultats.

LISL DENNIS / IMAGE BANK

MEXIQUE : Partout dans le monde, les femmes [illegible] consacrent à la santé et au développement optimal de l'enfant.

Au cours des années 80, plusieurs pays ont adopté une législation qui incorporait les prescriptions de l'OIT en ce qui concerne les lieux de travail et les responsabilités des patrons. Certaines entreprises qui emploient un grand nombre de femmes ont pris l'initiative et ont adopté de leur plein gré des mesures pour encourager l'allaitement maternel. De telles pratiques peuvent être considérées comme une responsabilité sociale, l'expression de la valeur que la communauté accorde à un enfant bien nourri et en bonne santé, plutôt que comme un privilège à l'égard de la mère qui travaille.

Une telle politique est également la preuve d'une bonne gestion. Des enquêtes montrent qu'un allaitement maternel plus généralisé a pour résultat des mères et des nourrissons en meilleure santé et moins de grossesses et, par conséquent, moins de congé maladie, un meilleur moral parmi les employés et un changement de personnel moins fréquent. L'accroissement de productivité qui découle d'une intensification de la pratique de l'allaitement maternel peut facilement justifier les premières dépenses d'investissement nécessaires à la mise en vigueur des nouvelles lignes de conduite et des nouveaux programmes des employeurs.

ELABORATION D'UN SOUTIEN FAMILIAL, COMMUNAUTAIRE ET POLITIQUE. *Essor des programmes de femme à femme* — Les conseils en faveur de l'allaitement maternel donnés d'une femme à une autre sont aussi vieux que la race humaine. Toutefois, au cours des dernières décennies, les systèmes traditionnels qui contribuaient à l'établissement et au maintien de l'allaitement maternel ont périclité et le besoin se fait sentir de développer de nouvelles méthodes pour les remplacer. Cet appui pourrait venir des hôpitaux, des centres publics ou privés de soins de santé ou encore des organisations communautaires. Au moins trois modèles de coût modeste ont paru dans le monde.

Le modèle clinique opérant à partir de l'hôpital utilise en général des animateurs ou un personnel qualifié pour soutenir l'allaitement maternel, qui exercent des activités d'appui soit à l'hôpital, soit au cours d'un suivi pouvant prendre la forme de contacts téléphoniques directs ou de visites à domicile. L'efficacité de ces programmes augmente considérablement quand ils mettent sur pied leur propre système d'assistance aux mères ou s'associent à des groupes communautaires privés, à but non lucratif, qui offrent conseils et assistance dans le domaine de l'allaitement maternel. Ces groupes non médicaux constituent un autre modèle dans lequel les mères reçoivent des conseils de leurs pairs, femmes comme elles qui ont reçu la formation nécessaire et qui fonctionnent dans un centre de soins de santé primaires, à domicile ou par l'intermédiaire de consultations et de contacts au niveau de la communauté. Parmi ces groupes figurent le

Breastfeeding Information Group, au Kenya, et le *FEMAP,* au Mexique. Dans d'autres pays, comme en Indonésie, un appui similaire provient parfois de programmes gouvernementaux.

Le troisième modèle, conseils de base passant d'une femme à l'autre, s'est principalement répandu à travers des groupes tels que *La Leche League International (LLLI),* qui met l'accent sur le soutien mutuel entre femmes qui allaitent. *LLLI* existe maintenant dans 46 pays et répond chaque mois aux besoins de plus de 100.000 femmes dans le monde entier, par l'intermédiaire de réunions, d'une assistance dispensée par téléphone, d'un aiguillage, d'une documentation ou d'un soutien individuel personnalisé.[46] Des groupes d'appui semblables existent au niveau national dans environ 50 pays et sont organisés par *International Breastfeeding Association (IBA),* basée en Australie.[47] Ce modèle d'un système d'appui d'une femme à l'autre basé sur l'expérience personnelle rappelle beaucoup le modèle traditionnel qui a disparu dans de nombreux pays et peut peut-être le remplacer plus avantageusement.

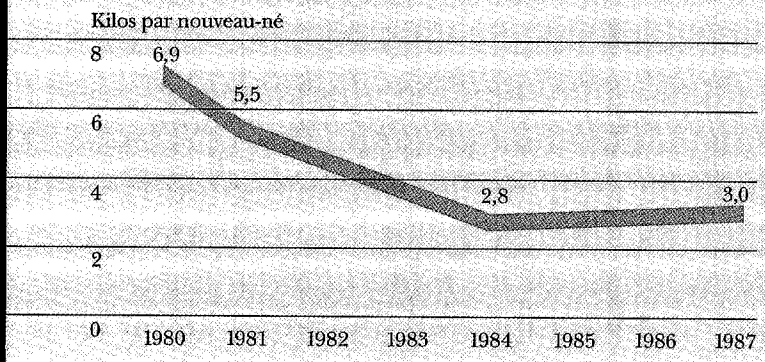
Adopté à l'origine en 1981, le Code international régissant la commercialisation des laits maternisés a été homologué, à l'unanimité, lors de la 47e Assemblée mondiale de la santé en mai 1994.

Amélioration de la nutrition des femmes — La famille peut soutenir l'allaitement maternel en reconnaissant les besoins nutritionnels des femmes. Une bonne nutrition pendant l'enfance, la grossesse et la lactation est décisive, car l'état de santé et de nutrition de la femme influe sur la morbidité et la mortalité des mères tout autant que sur la croissance et le développement du foetus et plus tard du nourrisson. Pendant la grossesse, l'organisme féminin nourrit le foetus par le placenta en même temps qu'il se prépare à l'allaitement. Une fois que le cordon ombilical a été coupé, la mère continue à nourrir son enfant avec son lait, utilisant ainsi ses propres réserves nutritives et énergétiques. Dans le cas où la mère est en mauvaise santé, ou souffre de malnutrition, elle produit quand même un lait de bonne qualité pour son bébé, mais ses réserves nutritives et énergétiques peuvent être déficientes.[48] Dans ces cas-là, il est essentiel qu'une femme ait la possibilité d'ajouter des suppléments à sa nourriture pendant la grossesse et la période d'allaitement.

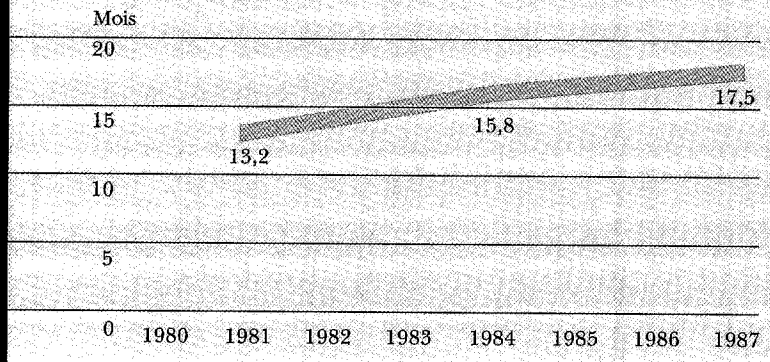
Les femmes et les adolescentes doivent, si elles vont être des mères en bonne santé capables de mettre au monde des enfants eux-mêmes en bonne santé et intelligents, recevoir une part adéquate de la nourriture familiale afin de leur permettre d'amasser ces réserves. Une consommation accrue d'aliments variés faisant partie de la nourriture normale, tout particulièrement ceux qui sont riches en calories, suffira aux besoins en énergie de la femme. Il *n'est pas* nécessaire d'ingérer des aliments riches en protéines ou des suppléments qui sont coûteux. L'autre solution, qui consiste à donner au nourrisson des produits de remplacement du lait maternel, est beaucoup plus onéreuse et en même temps dangereuse pour la mère et l'enfant.

Changements dans les lignes de conduite sociales et politiques — Dans certains pays en développement, les dirigeants politiques ont réussi à mettre en vigueur des directives efficaces en faveur de l'allaitement au sein.[49] Le Ghana et la Jamaïque ont mis des restrictions sur l'importation de préparations pour nourrisson et l'Algérie a nationalisé tous les produits d'importation se substituant au lait maternel, éliminant la publicité de ces produits et leur promotion par les multinationales. La Papouasie-Nouvelle-Guinée a interdit la vente de biberons sauf en cas d'urgence, où il faut une ordonnance d'un médecin autorisant leur utilisation. Au Honduras, la combinaison de trois facteurs a entraîné la prolongation de l'allaitement au sein dans les années 80 : un programme d'appui bien établi et efficace dans les hôpitaux et une campagne des média de masse, suivis d'une augmentation spectaculaire du prix des produits importés de remplacement du lait maternel *(voir Figure 7)*. Alors que dans ce cas, l'augmentation des prix était due à une crise économique, les dirigeants politiques peuvent réfléchir à ce que peut accomplir l'augmentation des tarifs d'importation pour amener des changements de ce genre.[50]

Figure 7
IMPORTATION DE PRÉPARATIONS POUR NOURRISSON AU HONDURAS



DURÉE MOYENNE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL DES NOURRISSONS AU HONDURAS



SOURCE : Popkin, B., et al., "An Evaluation of a National Breastfeeding Promotion Programme in Honduras", *Journal of Biosocial Science, Vol. 23, 1991.*

Décideurs et planificateurs aux niveaux national et communautaire ont un rôle primordial à jouer pour déterminer les actions les plus aptes à encourager et soutenir l'allaitement maternel. Les chefs de file des milieux de la santé, de l'éducation, de l'industrie, des groupes sociaux d'appui et des média peuvent aider à créer un climat dans lequel les femmes se sentent soutenues et à même d'obtenir des renseignements précis, de recevoir des conseils et d'avoir le temps d'allaiter leur nourrisson avec succès.

Conclusion

L'allaitement maternel est sans pareil. Aucune autre intervention n'offre autant d'avantages. L'allaitement au sein :

- fait diminuer la mortalité et la morbidité infantiles.
- fournit une nutrition de haute qualité pour les nourrissons, qui forment un groupe à haut risque, et contribue à leur croissance et à leur développement.
- améliore la santé de la femme.
- permet un meilleur espacement des naissances.
- offre à la famille et au pays des avantages économiques.

L'allaitement maternel est une ressource naturelle vitale et peut être encouragé par une série de programmes et d'approches. Toutefois, comme beaucoup de ressources naturelles, c'est une chose fragile et qui réagit aux changements, tout particulièrement aux transformations associées à une urbanisation rapide. Pour que cette pratique se développe au maximum, les décideurs, les directeurs de programmes et les femmes elles-mêmes doivent créer un milieu où règnent le savoir, les compétences et l'appui nécessaire. **L'avenir de l'allaitement maternel dépend d'une direction éclairée et engagée.**

Décideurs et planificateurs ont un rôle primordial à jouer dans le choix des actions les plus aptes à encourager et soutenir l'allaitement maternel.

References

1. Clavano N. 1982. "Mode of Feeding and its Effect on Infant Mortality and Morbidity". *Journal of Tropical Pediatrics,* Vol. 28.
2. Feachem R et Koblinsky M. 1984. "Interventions for the Control of Diarrhoeal Diseases among Children : Promotion of Breastfeeding". *Bulletin of the World Health Organization,* 62(2).
3. Victora C et al. 1989. "Infant Feeding and Deaths Due to Diarrhea: A Case-Control Study". *American Journal of Epidemiology,* 129(5).
4. Lawrence R. 1994. *Breastfeeding–A Guide for the Medical Profession,* 4ème édition. (St. Louis, Missouri : CV Mosby Co.).
5. Borch-Johnson K et al. 1984. "Relation between Breastfeeding and Incidence Rates of Insulin-Dependent Diabetes Mellitus". *Lancet,* 2(8411).
   Chandra R. 1979. "Prospective Studies of the Effect of Breastfeeding on Incidence of Infection and Allergy". *Acta Paediatrica Scandinavica,* Vol. 68.
   Davis M, Savitz D et Graubard B. 1988. "Infant Feeding and Childhood Cancer". *Lancet,* 2(8607)
   Labbok M. 1989. "Programmes d'allaitement maternel et de planification familiale : une complémentarité vitale" dans : *Breastfeeding : The Passport to Life.* N Baumslag, éditeur. (New York, New York : UNICEF).
6. Mata L. 1984. "The Importance of Breast-feeding for Optimal Child Health and Well-Being". *Clinical Nutrition,* 3(1).
7. Lawrence R. 1994.
8. Labbok M et Hendershot G. 1987. "Does Breastfeeding Protect against Malocclusion"? *American Journal of Preventive Medicine,* 3(4).
9. Gonzales R. 1990. "A Large Scale Rooming-in Program in a Developing Country" dans : Proceedings of the Interagency Workshop on Health Care Practices Related to Breastfeeding. M Labbok, M McDonald, éditeurs. *Int'l Journal of Gynecology and Obstetrics,* 31 (Suppl. 1).
10. Gwinn M et al. 1987. "The Effects of Pregnancy, Breastfeeding, and Oral Contraceptive Use on the Risk of Epithelial Ovarian Cancer". (Atlanta, Georgia : Centers for Disease Control).
    Hartage P et al. "A Case Control Study of Epithelial Ovarian Cancer". *American Journal of Obstetrics and Gynecology,* Vol. 161.
11. Kennedy K. 1994. "Incidence de l'allaitement maternel sur la santé de la femme" dans : La femme et l'allaitement maternel : débat d'idées sur la santé, la planification familiale, le travail et le féminisme. K Cooney, M Labbok, éditeurs. *Int'l Journal of Gynecology and Obstetrics,* 47 (Suppl.).
12. Yuan J et al. 1989. "Risk Factors for Breast Cancer in Chinese Women in Shanghai". *Cancer Research,* Vol. 48.
13. Lawrence R. 1994.
14. Illingworth P et al. 1986. "Diminuation in Energy Expenditure during Lactation". *British Medical Journal,* Vol. 292.
15. Gray R et al. 1990. "The Risk of Ovulation during Lactation". *Lancet,* 335.
    McCann M et Liskin L. 1987. "Breastfeeding, Fertility, and Family Planning". *Population Reports,* Série J numéro 24 (Baltimore, Maryland : The Johns Hopkins University, Population Information Program).
16. Labbok M. 1989. UNICEF.
17. Labbok M et al. 1994. *Lignes Directrices : Allaitement maternel, planification familiale et Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée-MAMA.* (Washington, DC : Institut de santé reproductive).
    Cooney K et al. 1994. "Assessment of the Nine-month Lactational Amenorrhea Method (LAM-9) in Rwanda". Institut de santé reproductive manuscrit non publié.
18. Omran A et Stanley C. 1981. *Family Formation Patterns and Health : An International Collaborative Study in Colombia, Egypt, Pakistan, and the Syrian Arab Republic.* (Genève, Suisse : OMS).
19. Rutstein S. 1984. "Infant and Child Mortality: Levels, Trends, and Demographic Differentials". *WFS Comparative Studies,* numéro 43, édition révisée. (Voorburg, Pays-Bas : Institut international de la statistique).
20. Cleland J et al. 1984. "The Effects of Nuptiality, Contraception and Breastfeeding on Fertility in Developing Countries". *Int'l Family Planning Perspectives,* 10(3).
21. Berg A et Brems S. 1989. "A Case for Promoting Breastfeeding in Projects to Limit Fertility". Communication technique de la Banque mondiale, numéro 102. (Washington, DC : Banque mondiale).
22. Gonzales R. 1990.
23. Zeldin L. 1985. "Informe de la evaluación del Proyecto de Apoyo a la Lactancia Materna (PROALMA)". (Newton, Massachusetts : Education Development Center, Inc.).
24. Daga S et Daga A. 1985. "Impact of Breastmilk on the Cost Effectiveness of the Special Care Unit for the Newborn". *Journal of Tropical Pediatrics,* Vol. 31.
25. Anand R. 1981. "The Need for Breastfeeding in a Bombay Hospital". *Assignment Children,* Vol. 55/56.
26. American Public Health Association. 1987. "Breastfeeding Promotion in Honduras". *Mothers and Children,* 6(1).
27. Soetjiningsih et Suraatmaja S. 1986. "The Advantages of Rooming In". *Paediatrica Indonesia,* Vol. 26.
28. Musoke R. 1990. "Breastfeeding Promotion: Feeding the Low Birthweight Infant" dans : Proceedings of the Interagency Workshop on Health Care Practices Related to Breastfeeding. M Labbok, M McDonald, éditeurs. *Int'l Journal of Gynecology and Obstetrics,* 31 (Suppl. 1).
29. Popkin B et al. 1991. "An Evaluation of a National Breastfeeding Promotion Programme in Honduras". *Journal of Biosocial Science,* Vol. 23.
30. Gueri M. 1980. "Some Economic Implications of Breast Feeding". *Cajanus,* 13(2).
31. Rohde J. 1982. "Mother, Milk and the Indonesian Economy : A Major National Resource". *Journal of Tropical Pediatrics,* Vol. 28.
32. Winikoff B et Laukaran V. 1989. "Breastfeeding and Bottle Feeding Controversies in the Developing World : Evidence from a Study in Four Countries". *Social Sciences and Medicine,* 29(7).
33. McCann M et Liskin L. 1987.
34. Mata L. 1984.
35. Popkin B et al. 1991.
36. Durongdej S et al. 1986. "Educational Strategies in Promotion of Breastfeeding". Evaluation of Bangkok Breastfeeding Promotion Project. (Université de Mahidol : Faculté de santé publique).
37. Valdés V et al. 1993. "The Impact of a Hospital and Clinic-based Breastfeeding Promotion Programme in a Middle Class Urban Environment". *Journal of Tropical Pediatrics,* Vol. 39.
38. Labbok M et al. 1994.
39. Organisation mondiale de la santé/UNICEF. 1981. "International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes". (Genève, Suisse : OMS/UNICEF).
40. Green C. 1989. *Media Promotion of Breastfeeding : A Decade's Experience.* (Washington, DC : Academy for Educational Development, Nutrition Communication Project).
41. Green C. 1989.
42. O'Gara C et al. 1994. "Chaque mère est une mère qui travaille : l'allaitement maternel et le travail chez la femme" dans : La femme et l'allaitement maternel : débat d'idées sur la santé, la planification familiale, le travail et le féminisme. K Cooney, M Labbok, éditeurs. *Int'l Journal of Gynecology and Obstetrics,* 47 (Suppl.).
43. Van Esterik P et Greiner T. 1981. "Breastfeeding: Women's Work, Constraints and Opportunities". *Studies in Family Planning,* 12(4).
44. O'Gara C et al. 1994.
45. Organisation mondiale de la santé. 1993. "Women, Work and Breastfeeding" dans : *Breastfeeding : The technical basis and recommendations for action.* R Saadeh, éditeur. (Genève, Suisse : OMS).
46. Berke GA. 1989. "From Mother to Mother Support to Extended Programs in the World Community" dans : *Breastfeeding: The Passport to Life.* N Baumslag, éditeur. (New York, New York : UNICEF).
47. Helsing E. Informations communiquées à titre personnel.
48. Merchant M et al. 1991. "Nutritional Adjustments in Response to Reproductive Stresses within Guatemalan Women" dans : Breastfeeding and Borderline Malnutrition in Women. K Krasovec, M Labbok et J Queenan, éditeurs. *Journal of Tropical Pediatrics,* Vol. 37 (Suppl. 1).
49. Saadeh R. 1993.
50. Popkin B et al. 1991.