

ALLAITEMENT MATERNEL

Programmes visant à protéger, soutenir et promouvoir l'allaitement

Ted Greiner, Ph.D.

Professeur adjoint, International Child Health, Uppsala University, Suède

Mars 2008, 2e éd.

Introduction

L'importance de l'allaitement est largement reconnue et plusieurs articles de l'Encyclopédie sur les jeunes enfants y font référence. Dewey (*Alimentation : Faciliter l'amélioration de l'alimentation des femmes enceintes, qui allaitent et des enfants de 0 à 5 ans*) cite des extraits de la meilleure documentation sur la relation entre l'allaitement et la santé maternelle et infantile, y compris les preuves de l'impact de l'allaitement sur le développement des jeunes enfants.¹

L'impact de l'allaitement sur le développement des jeunes enfants est de plus en plus reconnu. Par exemple, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance, l'UNICEF, inclut l'allaitement au chapitre du développement des jeunes enfants. L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit l'allaitement optimal comme l'allaitement exclusif pendant six mois, suivi de l'allaitement continu complété par une alimentation appropriée jusqu'à deux ans ou plus.

Sujet

Comment protéger l'allaitement, le soutenir et le promouvoir? Ce sont des concepts complexes et les étapes requises pour les mettre en place sont plus complexes encore. En théorie,² la mise en place de systèmes visant à protéger les pratiques actuelles d'allaitement méritent une priorité, à la fois du point de vue économique et des droits humains. Ensuite, il faudra s'assurer de prioriser le support dont les femmes ont besoin pour atteindre leurs objectifs d'allaitement, sur les plans social, économique, nutritionnel et moral, mais également sur leur lieu de travail et en matière de gestion de l'allaitement. Si l'on veut convaincre les femmes d'augmenter la durée et l'intensité de leur allaitement, il est rationnel et défendable d'en faire la « promotion » uniquement après avoir implanté ces mécanismes.

Bien entendu, ce qui précède n'offre qu'un point de vue limité sur l'allaitement. L'information sur les bienfaits et les pratiques contribuant au succès de l'allaitement devra toujours être transmise à chaque génération de nouvelles mères qui atteignent l'âge d'avoir des enfants et qui en ont besoin. En fait, c'est obligatoire dans les pays qui ont ratifié la Convention internationale des droits de l'enfant.³ Il y a aussi un consensus croissant sur le fait que de telles informations ne devraient pas véhiculer l'idée que l'alimentation artificielle est une norme, ni servir à annoncer aux intervenants de la santé et aux mères que « l'allaitement, c'est ce qu'il y a de meilleur », elles devraient plutôt servir à diffuser des preuves objectives sur les dommages et les risques inhérents à une alimentation moins qu'optimale pour les nourrissons. (On devrait souligner que de telles preuves sont loin d'être complètes, surtout en ce qui a trait à l'allaitement dans des situations économiques aisées pendant plus d'un an ou exclusivement pendant plus de quatre mois).

Problèmes

Bien qu'ayant constitué une pratique traditionnelle partout, et presque universelle pendant longtemps dans les pays à faibles revenus (et pendant moins longtemps dans la plus grande partie de la Scandinavie et dans certaines parties du Canada), l'allaitement n'est pas automatique dans le monde moderne. Plusieurs idées et pratiques de la vie moderne semblent aller à l'encontre de l'allaitement. En conséquence, des efforts continus peuvent être requis afin de protéger, soutenir et promouvoir l'allaitement, au moins jusqu'à ce que cela devienne la norme sociale.

Contexte de la recherche et résultats récents

Le concept de l'allaitement exclusif est nouveau et donner rien d'autre que du lait maternel, pas même de l'eau, à un nourrisson de la naissance à six mois, ne constitue pas une tradition où que ce soit. En 1978, Almroth a décrit pour la première fois la théorie et les premières preuves expérimentales selon lesquelles les nourrissons allaités n'avaient pas besoin d'eau en plus.⁴ Après plusieurs études confirmant cette théorie, l'OMS a produit une mise à jour en 1997 avertissant les professionnels de la santé de ne pas donner d'eau ni de tisanes aux enfants allaités. En se basant sur une recension systématique,⁵ l'OMS a aussi recommandé six mois d'allaitement exclusif. On a donc disposé de peu de temps pour effectuer des recherches sur les conséquences de plus longues périodes d'allaitement exclusif sur la santé (ce type d'allaitement est rare à peu près partout, sauf en Scandinavie et dans certaines parties du Canada), ainsi que sur les méthodes de promotion et de soutien en faveur de cette pratique au-delà des premières semaines après la naissance.

Meilleures pratiques

Protection

Ce qui est probablement le premier « code de marketing » visant à protéger l'allaitement contre les forces commerciales a été promulgué aux États-Unis,⁶ malheureusement, il n'est pas respecté par les fabricants de préparations commerciales pour nourrissons qui ne commercialisent pas d'autres produits par l'intermédiaire des professions médicales. Les efforts visant à protéger l'allaitement dans la plus grande partie du monde, malgré les activités promotionnelles des compagnies de préparations commerciales pour nourrissons, continuent à reposer sur l'*International Code of Marketing of Breast-Milk Substitutes*⁷(Code international de commercialisation des substituts du lait maternel) et ensuite, sur les résolutions de l'Assemblée mondiale de la santé.⁸ Ce code unique constitue la base des lois globales sur le marketing dans plus de 20 pays et la base des lois moins complètes dans plus de 40 pays. À cause du risque de mauvaise publicité, la plupart des compagnies internationales s'abstiennent aussi de faire de la publicité auprès des consommateurs dans la plupart des autres pays.

Pour ce qui est des autres produits, il n'y aurait pas d'activités de marketing de la nourriture commerciale destinée aux nourrissons si elles ne se traduisaient pas par une augmentation des ventes. Leur impact a été difficile à prouver et peu d'études ont été entreprises. Le souvenir de femmes ayant entendu des publicités (avec, entre autres, un contrôle statistique des niveaux de connaissance des marques) a été associé à une plus courte durée d'allaitement

exclusif/prédominant à St-Vincent.⁹ Aux États-Unis, la distribution de trousseaux commerciales au congé de l'hôpital a aussi été associée à de plus courtes durées d'allaitement exclusif/prédominant.¹⁰

Il est par définition impossible d'évaluer l'impact des efforts mondiaux continus, effectués dans le but de suivre et de soutenir le code de l'OMS, de l'UNICEF et des réseaux d'ONG, particulièrement le Réseau international des groupes d'action pour l'alimentation infantile et le *World Alliance for Breastfeeding Action* et ses partenaires clés.

Soutien

À un niveau plus large, les femmes ont besoin du soutien de la société dans son ensemble, et que l'allaitement soit accepté comme une norme sociale, faisant partie de la vie, et comme étant le prolongement normal du processus reproductif qui suit la grossesse. Ce type de norme sociale a été perdu dans la plupart des pays riches, mais a été rétabli en Scandinavie et dans certaines parties du Canada. La plupart du reste de l'Europe et de l'Amérique du Nord fait actuellement des efforts pour promouvoir le rétablissement des cultures antérieures d'allaitement. Cependant, sans certaines des mesures de soutien décrites plus bas, le succès semble improbable.

Tout en étant « naturel », l'allaitement n'est pas instinctif chez la mère. Bien que plusieurs des comportements d'allaitement soient instinctifs chez les bébés, une petite proportion des mères et des nourrissons n'y parviennent pas bien sans aide. Un ensemble de données a été réuni sur la meilleure façon de prodiguer des conseils en allaitement et en « gestion de la lactation » et plusieurs cours internationaux (y compris un cours disponible à l'OMS)¹¹ et un programme international d'attestation (*International Board of Lactation Consultant Examiners*)¹² ont été mis en place.

Chaque institution de santé devrait avoir des employés ou des consultants qui possèdent les connaissances et les habiletés nécessaires en gestion de la lactation. De telles compétences ne font pas partie de la formation de base des professionnels de la santé, bien que dans certains pays, la formation des sages-femmes s'en approche.

De plus, les institutions de santé dans lesquelles les accouchements ont lieu devraient adopter les « Dix étapes pour allaiter sans problème » de l'OMS et de l'UNICEF comme faisant partie du programme international l'Initiative des hôpitaux amis des bébés. Les changements requis dans la pratique hospitalière sont bien documentés sur le plan scientifique, surtout l'importance de

commencer à allaiter tôt, l'évitement des suppléments de glucose et d'autres substances non nécessaires, et la cohabitation (les nourrissons qui dorment avec leur mère plutôt que dans une « pouponnière »).¹³

L'Organisation Internationale du Travail a adopté trois conventions traitant de la protection de la maternité (Maternity Protection Conventions), la dernière en date étant la convention 183 de 2000 avec la recommandation 195.¹⁴ Seulement neuf pays l'ont ratifiée à ce jour (au cours de 2004).¹⁴ Une longue période de congés payés (la R195 recommande 18 semaines, mais la Scandinavie et certaines parties du Canada offrent des durées beaucoup plus longues) est sans aucun doute la meilleure façon de permettre aux femmes qui travaillent d'allaiter exclusivement leur enfant. Une autre façon est d'offrir un endroit réservé à l'allaitement et des services de garde dans le milieu de travail. Le problème reste particulièrement aigu à travers le monde pour les femmes qui travaillent dans un secteur informel, qui n'ont souvent aucun congé de maternité et qui peuvent même perdre leur emploi quand elles sont enceintes.

Plusieurs études ont montré que divers autres types de soutien de la part du père de l'enfant, de la famille et des amis sont essentiels pour aider les femmes à observer des modèles d'allaitement optimaux.¹⁵ De plus, l'allaitement exclusif ne peut pas se faire dans la plupart des pays sans aborder les mythes généraux qui conduisent à la pression que les mères¹⁶ reçoivent pour adopter des modèles variés de nutrition non exclusive qui constituent la norme partout dans le monde.¹⁷

En général, il est également impossible d'évaluer l'impact des diverses formes de soutien dont les femmes ont besoin pour adopter des modèles d'allaitement optimaux. En effet, au niveau national, peu ou pas d'efforts globaux ont été tentés, sauf au Brésil, qui pendant plus de 20 ans a mis en place une gamme d'efforts globaux avec des impacts indéniables sur ses taux d'allaitement — bien qu'il reste encore fort à faire même dans ce pays.^{18,19,20}

Promotion

Il y a eu des évaluations sur les nombreuses façons de promouvoir l'allaitement, allant de la simple brochure ou du message verbal encourageant à allaiter, à des systèmes de santé et à des approches communautaires. Une recension de 23 études expérimentales et de 31 études quasi expérimentales a conclu que les approches les plus efficaces pour promouvoir l'allaitement dans le système de santé étaient plutôt globales et combinaient des discussions de groupe pour les parents avec des visites postnatales à domicile.²¹ Pugin et al.²² ont découvert qu'en ajoutant des

« séances d'éducation prénatale en groupe qui insistaient sur les habiletés nécessaires pour commencer et continuer l'allaitement après la période néonatale » à d'autres interventions, un nombre significativement plus élevé de femmes continuait à allaiter après six mois.

Une récente recension effectuée pour le *National Health Service*²³ au Royaume-Uni a examiné les données de deux recensions systématiques de qualité sur les interventions reconnues pour avoir fait augmenter le nombre de femmes qui ont commencé à allaiter (et en conséquence applicable principalement à des zones où ce nombre est faible). La recension a conclu que les approches globales au sein du secteur de la santé et à l'extérieur, étaient plus susceptibles d'être efficaces, y compris le recours aux médias de masse et au marrainage d'allaitement.

Il est difficile de démêler exactement quels aspects des programmes promotionnels complexes ont eu un impact, de ceux qui n'en ont pas eu. De Oliveira et al.²¹ ont découvert que « Des interventions courtes à petite échelle, de brefs messages sur l'allaitement émis parmi d'autres sujets et l'utilisation isolée de matériel imprimé n'avaient démontré aucun effet. La plupart des stratégies sans interaction ou celles ne contenant que de brefs face-à-face n'ont pas produit de résultats notables. »

Le marrainage d'allaitement est l'intervention qui a le plus attiré l'attention au cours des dernières années, peut-être en réponse à quelques essais qui ont eu des impacts spectaculaires sur les taux d'allaitement exclusifs dans certains pays en voie de développement.^{24,25,26} Dans les pays industrialisés, les résultats des évaluations sur le marrainage d'allaitement ont été plus mitigés, comme c'est aussi le cas de rapports non publiés sur des essais dans les pays en voie de développement. On a besoin davantage de recherches pour déterminer quelles caractéristiques du marrainage d'allaitement et des programmes qui y ont recours sont les plus associées au succès du programme.

Conclusions

Les comportements optimaux d'allaitement, bien qu'associés à d'énormes bienfaits pour la santé, surtout dans les pays en voie de développement,²⁷ sont exigeants à appliquer pour les mères et complexes à promouvoir en ce qui a trait aux programmes. Il semble peu probable que des approches simplistes abordant uniquement un seul aspect soient efficaces. Les efforts doivent porter sur la protection, sur les questions de soutien et de promotion, à la fois au sein du secteur de la santé et dans la communauté dans son ensemble.

La Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant²⁸ récemment approuvée par l'OMS a procuré des conseils aux décideurs politiques sur les politiques et les programmes visant l'alimentation optimale du nourrisson. Entre autres, on conseille aux pays de mettre en place des comités intersectoriels d'allaitement et de nommer un coordonnateur. Les ressources et les responsabilités doivent être allouées avant que la protection, le soutien et la promotion de l'allaitement puissent réussir.

Références

1. Dewey KG. Faciliter l'amélioration de l'alimentation des femmes enceintes, qui allaitent et des enfants de 0 à 5 ans. Commentaires sur Black, Reifsnider, et Devaney. In: Tremblay RE, Boivin M, Peters RDeV, eds. *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [en ligne]. Montréal, Québec: Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants et Réseau stratégique de connaissances sur le développement des jeunes enfants; 2003:1-6. Disponible sur le site: <http://www.enfant-encyclopedie.com/documents/DeweyFRxp.pdf>. Page consultée le 12 octobre 2004.
2. Greiner T. Infant and young child nutrition: a historic review from a communication perspective. In: Koniz-Booher P, ed. *Proceedings of an international conference on communication strategies to support infant and young child nutrition, July 13-14, 1992, Washington, D.C.*. Ithaca, NY: Cornell University, Program in International Nutrition; 1993:7-15.
3. UNICEF. United Nations General Assembly. International Convention on the Rights of the Child. Disponible sur le site: <http://www.unicef.org/crc/>. Page consultée le 29 octobre 2007.
4. Almroth SG. Water requirements of breast-fed infants in a hot climate. *American Journal of Clinical Nutrition* 1978;31(7):1154-1157.
5. Kramer MS, Kakuma R. *The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, Department of Nutrition for Health and Development, Department of Child and Adolescent Health and Development; 2002. Disponible sur le site: http://www.who.int/nutrition/publications/optimal_duration_of_exc_bfeeding_review_eng.pdf. Page consultée le 29 octobre 2007.
6. AMA. Committee on Foods. Advertising guidelines. *JAMA - Journal of the American Medical Association* 1932;99:391.
7. WHO. *International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1981. Disponible sur le site: http://www.who.int/nutrition/publications/code_english.pdf. Page consultée le 29 octobre 2007.
8. Aguayo VM, Ross JS, Kanon S, Ouedraogo AN. Monitoring compliance with the International Code of Marketing of Breastmilk Substitutes in west Africa: multisite cross sectional survey in Togo and Burkina Faso. *BMJ - British Medical Journal* 2003;326(7381):127.
9. Greiner T, Latham MC. The influence of infant food advertising on infant feeding practices in St. Vincent. *International Journal of Health Services* 1982;12(1):53-75.
10. Donnelly A, Snowden HM, Renfrew MJ, Woolridge MW. Commercial hospital discharge packs for breastfeeding women. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2004;3.
11. World Health Organization. *Breastfeeding counselling: a training course*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1993. Disponible sur le site: <http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/BFC.htm>. Page consultée le 12 octobre 2004.
12. International Board of Lactation Consultant Examiners Web site. Disponible sur le site: <http://www.iblce.org/>. Page consultée le 12 octobre 2004.

13. World Health Organization, Division of Child Health and Development. *Evidence for the ten steps to successful breastfeeding*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1998. Disponible sur le site: http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/WHO_CHD_98.9.htm. Page consultée le 12 octobre 2004.
14. International Labour Organisation. C183 Maternity Protection Convention, 2000. Disponible sur le site: <http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convde.pl?C183>. Page consultée le 12 octobre 2004.
15. Kessler LA, Gielen AC, Diener-West M, Paige DM. The effect of a woman's significant other on her breastfeeding decision. *Journal of Human Lactation* 1995;11(2):103-109.
16. Cohen RJ, Brown KH, Rivera LL, Dewey KG. Promoting exclusive breastfeeding for 4-6 months in Honduras: attitudes of mothers and barriers to compliance. *Journal of Human Lactation* 1999;15(1):9-18.
17. Haggerty PA, Rutstein SO. *Breastfeeding and complementary infant feeding, and the postpartum effects of breastfeeding*. Calverton, Md: Macro International Inc.; 1999.
18. De Oliveira Brady S. Protecting breastfeeding: Brazil's story. *Practising Midwife* 2003;6(10):14-16.
19. De Oliveira MIC, Camacho LAB, Tedstone AE. A method for the evaluation of primary health care units' practice in the promotion, protection, and support of breastfeeding: results from the state of Rio de Janeiro, Brazil. *Journal of Human Lactation* 2003;19(4):365-373.
20. Rea MF. [A review of breastfeeding in Brazil and how the country has reached ten months' breastfeeding duration] [Portuguese]. *Cadernos de Saude Publica* 2003;19(Suppl 1):S37-S45.
21. de Oliveira MI, Camacho LA, Tedstone AE. Extending breastfeeding duration through primary care: a systematic review of prenatal and postnatal interventions. *Journal of Human Lactation* 2001;17(4):326-343.
22. Pugin E, Valdes V, Labbok MH, Perez A, Aravena R. Does prenatal breastfeeding skills group education increase the effectiveness of a comprehensive breastfeeding promotion program? *Journal of Human Lactation* 1996;12(1):15-19.
23. Protheroe L, Dyson L, Renfrew MJ, Bull J, Mulvihill C. *The effectiveness of public health interventions to promote the initiation of breastfeeding: Evidence briefing*. London, England: NHS Health Development Agency; 2003. Disponible sur le site: <http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=502579>. Page consultée le 29 octobre 2007
24. Morrow AL, Guerrero ML, Shults J, Calva JJ, Lutter C, Bravo J, Ruiz-Palacios G, Morrow RC, Butterfoss FD. Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomised controlled trial. *Lancet* 1999;353(9160):1226-1231.
25. Haider R, Ashworth A, Kabir I, Huttly SR. Effect of community-based peer counsellors on exclusive breastfeeding practices in Dhaka, Bangladesh: a randomised controlled trial. *Lancet* 2000;356(9242):1643-1647.
26. Bhandari N, Bahl R, Mazumdar S, Martines J, Black RE, Bhan MK, Infant Feeding Study Group. Effect of community-based promotion of exclusive breastfeeding on diarrhoeal illness and growth: a cluster randomised controlled trial. *Lancet* 2003;361(9367):1418-1423.
27. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS, Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet* 2003;362(9377):65-71.
28. World Health Organization. *Global strategy for infant and young child feeding*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2003. Disponible sur le site: http://www.who.int/entity/nutrition/publications/gi_infant_feeding_text_eng.pdf. Page consultée le 29 octobre 2007.