



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

*Ecole de sages-femmes Albert FRUHMUSHOE, NANCY*



28 SEP 2004

*Une consultante en lactation  
dans l'intérêt des femmes  
et d'une maternité*

*Mémoire présenté et soutenu par  
Estelle KONDRATUK  
Née le 17 août 1980  
promotion 2000 | 2004*

BIBLIOTHEQUE MEDECINE NANCY 1



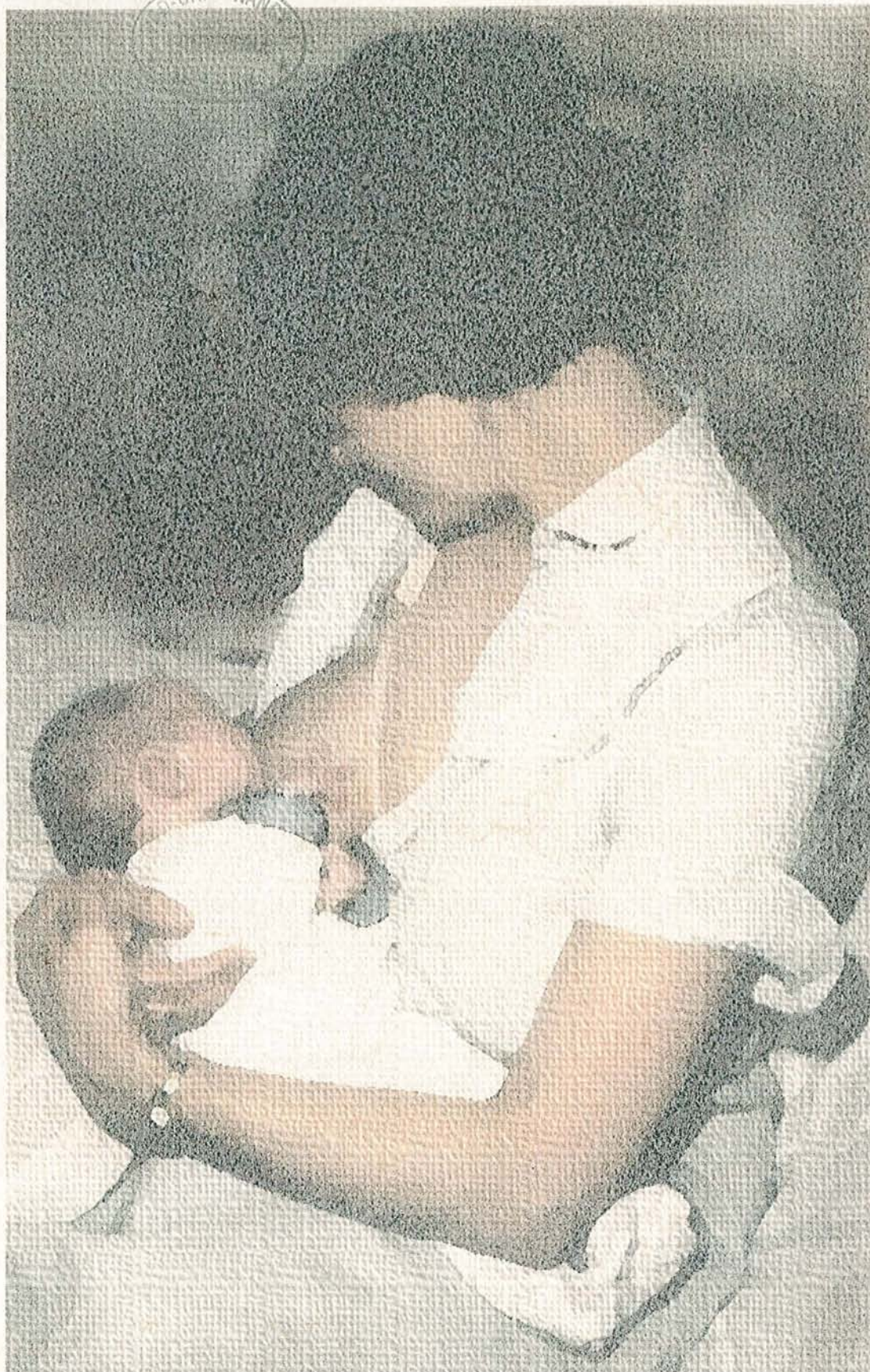
D

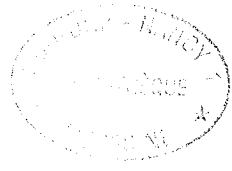
007 229588 6

175422

28 SEP. 2004

UHP - NAVY





*Ecole de sages-femmes Albert FRUHMUSHOE, NANCY*



28 SEP. 2004

*Une consultante en lactation  
dans l'intérêt des femmes  
et d'une maternité*

*Mémoire présenté et soutenu par  
Estelle KONDRATUK  
Née le 17 août 1980  
promotion 2000 | 2004*

## Remerciements

*A mes parents et ma famille*

*pour leur soutien dans chacune des étapes ayant mené jusqu'à  
la rédaction de ce mémoire de fin d'études,*

*A Valérie BEZARD*

*pour ses conseils et son aide à l'élaboration de ce travail,*

*A Catherine BARROYER, sage-femme consultante en lactation,*

*pour sa disponibilité, ses conseils, et son enthousiasme,*

*A Dr Brigitte FONTAINE, obstétricien et consultante en lactation,*

*pour l'autorisation d'utiliser les données de son travail,*

*Aux personnels soignants*

*qui ont répondu positivement à ma sollicitude,*

*A toutes les mamans*

*qui, par le partage de leur expérience, ont suscité l'envie et renforcé la motivation  
pour écrire ces pages,*

*A Florent*

*pour son soutien particulier et ses conseils à la mise en page de ce travail,*

*A mes amis*

*pour leur patience et leur fidélité malgré ma disponibilité souvent inadaptée.*

## Sommaire

Remerciements	1
Sommaire	2
Préface	4
Introduction	5
<u>Première partie : L'allaitement maternel, une spécialité ?</u>	7
1. Historique de l'allaitement maternel	8
2. La richesse de l'allaitement maternel	13
3. Des spécialistes de l'allaitement maternel : Les consultantes en lactation	21
4. Une autre formation en la matière : Le Diplôme Universitaire « Lactation humaine et allaitement maternel »	28
5. En somme...	30
<u>Deuxième partie : Y a-t-il besoin de spécialistes en matière d'allaitement?</u>	32
1. Les statistiques nationales	33
2. L'allaitement maternel à la Maternité Régionale A. Pinard de Nancy	40

<u>Troisième partie : Répondre à l'une des priorités de santé publique...</u>	55
1. Les objectifs de santé publique au niveau international	56
2. Les objectifs de santé publique au niveau national	69
3. La MRAP au regard des objectifs de santé publique	75
4. En somme...	78
<u>Quatrième partie : La consultante en lactation sur le terrain...</u>	80
1. Profil de poste	81
2. Activité de la consultante en lactation depuis 2 mois	84
Conclusion	91
Bibliographie	93
Index des illustrations	98
Table des matières	99
Annexes	102



## Préface

*Au cours des quatre années d'études à l'école de sages-femmes, le thème de l'allaitement maternel a toujours suscité chez moi un grand intérêt. J'ai d'abord trouvé ce sujet intéressant, puis, considérant les exemples d'allaitement de mon entourage, il m'est devenu passionnant.*

*Est-ce la frustration d'entendre mes amies, auprès desquelles je n'ai pas pu être présente au cours de ces dernières années, m'exposer l'échec de leur allaitement ?*

*Est-ce la déception de constater les regrets de ma propre mère quant à ses trois échecs d'allaitement ?*

*Quoi qu'il en soit, je trouve dommage que, trop souvent, la cause de ces échecs ait été le défaut de prise en charge, ou les erreurs et manques d'informations en maternité.*

*Ainsi, je trouve indispensable pour le personnel des maternités, et pour les sages-femmes en particulier, d'être sensible à l'importance de l'allaitement au sein, et au fait des connaissances sur le sujet.*

*C'est pour ces raisons qu'il m'a semblé intéressant de réfléchir à un moyen d'améliorer l'offre quant à la qualité de prise en charge des allaitements maternels débutants, et notamment dans l'établissement qui a permis ma formation.*

## Introduction

L'allaitement au sein n'est plus un fait de nature, intemporel et universel, mais une partie intégrante de la culture, en évolution continue. Il est en outre un véritable objet de recherches.

Actuellement, tout le monde a sa propre opinion, erronée ou non, sur « la femme qui donne le sein », mais s'accorde tout de même à dire que le lait maternel est le meilleur aliment pour les nouveau-nés. Cependant, et j'en veux pour preuve le « mini-sondage » que chacun peut faire auprès de son entourage, la plupart des mères n'est pas satisfaite de l'expérience qu'elle a vécue au travers de son allaitement. Il en découle alors souvent de la souffrance et de la frustration, dont la source se situe régulièrement au niveau du séjour à la maternité.

En effet, n'avons-nous jamais entendu que les divergences de discours sont déstabilisantes pour une femme qui ressent à la fois comme une nécessité vitale et un défi qu'elle est incapable de relever, les soins maternels ? N'avons-nous jamais constaté l'introduction facile de compléments de lait artificiel, qui fait douter les jeunes mères de leurs compétences nourricières ?

De plus en plus d'ouvrages destinés au grand public et traitant de l'allaitement, sont publiés. Des sites Internet consacrés à ce sujet fleurissent quotidiennement. Mais face à cet afflux d'informations répondant à des questions que, finalement, elles induisent, nourrir son enfant au sein peut paraître bien complexe.

L'allaitement maternel serait-il devenu un domaine de spécialité ?

Le cas échéant, la présence d'un tel spécialiste serait-elle utile en maternité ?

Pour répondre à ces questions, voyons dans un premier temps quel a été le cheminement de la désaffection de l'allaitement au sein chez la femme française, et en quoi il est légitime désormais de le considérer comme une spécialité. L'intérêt de la présence d'un tel spécialiste au niveau du secteur mère / enfant de la Maternité Régionale de Nancy sera étudié dans une seconde partie, avant de considérer la place de l'allaitement maternel dans les objectifs de santé publique, et celle d'un spécialiste en la matière dans leur réalisation.

*Première partie :*

*L'allaitemment  
maternel,  
une spécialité ?*



## *1. Historique de l'allaitement maternel<sup>1</sup>*

En France, comme nous l'exposerons plus loin, la situation de l'allaitement est peu brillante, comparée à celle de nos voisins européens. Or, ici comme pour tous les phénomènes de société, le passé éclaire le présent.

Dans l'Antiquité déjà, le désir de se débarrasser des soins à l'enfant, et notamment de l'allaitement sur une autre femme, est très présent dans les classes supérieures. Les familles princières et la haute bourgeoisie disposaient d'esclaves pour allaiter à leur place. En fait, les médecins eux-même préconisaient de laisser le soin de l'allaitement à des nourrices mercenaires afin, disaient-ils, que les mères ne vieillissent pas prématurément. Les plébéiennes suivirent alors rapidement cet exemple.

Au Moyen-Age se met en place l'industrie nourricière qui s'exerçait de deux façons. La plus répandue consistait pour des femmes de la campagne qui restaient chez elles, les « nourrices au loin » ou « nourrices de campagne », à élever des nourrissons venant de la ville. Ces femmes, éloignées du contrôle maternel, pauvres et souvent ignorantes, songeaient souvent moins aux soins qu'elles devaient à l'enfant, qu'à l'argent que ce dernier rapportait. La deuxième catégorie de nourrices, les « nourrices sur lieu », étaient de jeunes mères qui venaient à la ville se louer comme nourrices dans les familles bourgeoises.

Ce phénomène de nourrices a ainsi dévalorisé l'allaitement, assimilé alors à une activité mercenaire.

---

<sup>1</sup> DELAHAYE M-C.  
Tétons et tétines,  
Paris : Tram Way, 1990, -198p.

Au fil des siècles, le mobile qui prévalait à ce choix des nourrices semble avoir été la continence qu'exigeait l'allaitement. A cette dernière, non désirée, qui devait durer jusqu'au sevrage de l'enfant (un ou deux ans !) s'ajoute évidemment le souci d'esthétique.

Au XVII<sup>ème</sup> siècle, les nouveaux médecins et moralistes pensent que, les passions se transmettant avec le lait, l'allaitement par la mère ou par une nourrice est dangereux. Ils préconisent alors l'allaitement animal, et c'est là, en germes, que naissent les premières idées sur les bienfaits d'un allaitement artificiel.

Les médecins du XVIII<sup>ème</sup> siècle essaient de convaincre les mères que le lait d'un animal sain est non seulement sans danger, mais très supérieur à celui d'une nourrice pauvre qui n'a qu'un vieux lait à offrir. Confiantes dans ce discours, de plus en plus de mères commencent ainsi à pratiquer l'allaitement artificiel. Laits d'ânesse, de brebis, de chèvre, et de vache, sont testés en récipients ou même directement au pis de l'animal. Ce nouveau type d'allaitement donne dans les campagnes des résultats à peu près satisfaisants, quand le bétail est sain et bien nourri, et que la mère s'occupe elle-même de son enfant.

Aux XVIII<sup>ème</sup> et XIX<sup>ème</sup> siècle cependant, quelques médecins, moralistes et philosophes, louent l'allaitement maternel pour ses bienfaits sur l'enfant et également sur la santé des mères (prévention des fièvres puerpérales, de l'engorgement des seins, des céphalées opiniâtres, ménagement du retour progressif de l'utérus à l'état normal, retard à la fécondation). Est également mise en avant l'importance capitale de la tendresse de la mère pour son enfant au cours de l'allaitement au sein.

Face aux contradictions des médecins et des philosophes, la jeune mère a bien du mal à se faire une opinion, d'autant plus qu'intervient également sa condition sociale : la bourgeoisie est contre l'allaitement et ses embarras, et

dans les milieux modestes, la mère travaille car son salaire est nécessaire à la survie du ménage.

Ainsi, en 1780, sur les 21000 bébés nés cette année-là à Paris, 1000 seulement sont allaités par leur mère.

Notons également que jusqu'au XIX<sup>ème</sup> siècle, même si l'allaitement maternel est choisi, il est interdit de donner le colostrum aux nouveau-nés, considéré comme impur, semblable à du pus (ce phénomène était alors constant dans toutes les sociétés connues).

A la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle, constatant que le succès de l'allaitement artificiel dépend de la personne qui le dirige, les médecins finissent par l'accepter quand il est conduit par la mère. Et ce, bien qu'ils considèrent à juste titre l'allaitement maternel supérieur à l'allaitement artificiel. Ils ont en fait compris qu'un enfant a plus de chances de survivre en restant dans sa famille, nourri au biberon, qu'en étant élevé au loin par une nourrice négligente qui, la plupart du temps, lui donnerait de toute façon, un biberon.

On se préoccupe alors des améliorations du lait, à savoir son hygiène, et la recherche de procédés de conservation. Une campagne d'information est également menée vers 1890 par le corps médical, pour l'éducation des mères à l'hygiène du biberon.

Au début du XX<sup>ème</sup> siècle, la mortalité infantile amorce ainsi une véritable régression, et le biberon devient peu à peu un instrument d'allaitement sûr, à tel point qu'à la veille de la guerre de 1914, seulement 7,5% des enfants en nourrice sont allaités. Cette époque voit la fin de l'industrie nourricière, le développement des garderies de jour, et, paradoxalement, un certain rapprochement mère / enfant<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> ROLLET Catherine  
L'allaitement artificiel des nourrissons avant Pasteur  
Annales de démographie historique, 1983  
In: DIDIERJEAN-JOUVEAU Claude  
Bref aperçu historique de l'allaitement maternel  
Les Dossiers de l'Obstétrique n°288, p.25.



Avec le baby boom qui suivit la seconde Guerre Mondiale, les substituts du lait maternel prirent une ampleur considérable, acceptés sans réserve par le corps médical. En effet, ils faisaient bien grossir les enfants et s'adaptaient plus facilement par leur mode d'administration au contexte du milieu hospitalier où les femmes accouchaient désormais en masse. En outre, le corps soignant pouvait enfin contrôler les quantités de lait ingérées, et faire entrer l'enfant dans les normes toutes neuves mises en place à cette époque avide de tout mesurer. Ces nouveau-nés accouchés à la chaîne, étaient souvent séparés de leur mère, et c'est en pouponnière qu'ils recevaient des biberons de substituts<sup>1</sup>.

En 1974, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a exprimé à plusieurs reprises son inquiétude au sujet des conséquences du déclin de l'allaitement maternel. Un effort spécial de sensibilisation et d'éducation de la population a alors été entrepris, ainsi qu'une formation du personnel des maternités pour encourager l'allaitement au sein.

Mais parallèlement et paradoxalement, les substituts du lait maternel trouvèrent une justification supplémentaire de taille avec les mouvements féministes qui animaient les années 70. En France en effet, le mouvement a basé ses revendications sur l'égalité totale entre les sexes. Dans d'autres pays européens par contre, le féminisme qui s'est développé a certes cherché à octroyer de nouveaux droits aux femmes, mais sans pour autant nier les différences entre les sexes. « Plus de congés maternité » était la revendication dans ces pays, alors qu'en France, elle a toujours été « plus de place en crèches ». Le maternage des enfants étant ressenti par nos féministes comme une forme d'esclavage moderne, le biberon « qui peut être donné par n'importe qui » a été un objet fondamental de leur libération<sup>1</sup>.

Actuellement, il est à noter que la fréquence de l'allaitement au sein est fonction du niveau socioculturel de la mère. Plus celui-ci est élevé, plus la mère comprend l'intérêt de ce type d'alimentation pour son enfant, et admet les difficultés qu'il peut engendrer. Les mères qui allaitent le font alors parce

---

<sup>1</sup> page internet : <http://maternage.free.fr/allaitement.htm#allaitement2>

qu'elles savent que leur lait est l'aliment le plus approprié au développement physique et mental du nouveau-né. Malheureusement, comme nous le verrons dans les pages qui suivent, l'allaitement maternel est bien souvent de courte durée.

Ce féminisme particulier à la France, l'ampleur du recours antérieur aux nourrices, ainsi que le nombre de paradoxes constatés au cours de l'histoire de l'allaitement maternel expliquent sans doute le rapport pour le moins ambivalent que la société française entretient avec l'allaitement. Néanmoins cet aliment reste le meilleur à offrir à nos nouveau-nés, et ce, en raison des nombreuses richesses qu'il possède.

## *2. La richesse de l'allaitement maternel*

Les avantages du lait maternel sont amplement démontrés en ce qui concerne les pays en voie de développement. Mais dans les pays industrialisés, beaucoup de gens, y compris parmi les professionnels de santé, pensent que les laits de substitution sont aussi bons que le lait maternel et transmettent ce message aux mères. Il y a pourtant de nombreux avantages à allaiter, même dans nos pays industriels. En effet, les études récentes démontrent que la promotion de l'allaitement maternel dans les pays industrialisés s'accompagne d'une baisse sensible de la mortalité et de la morbidité.

### *2.1. La richesse du lait maternel*

La composition du lait des différents mammifères montre des divergences très importantes. Comme chaque lait, le lait humain est spécifique de notre espèce. C'est un liquide biologique parfaitement adapté, au fil des semaines, des mois, et des années, aux besoins du bébé. Nous comprenons alors aisément que les préparations industrielles pour nourrissons présentent de grandes différences avec le lait maternel. En effet, afin de copier « parfaitement » le lait humain, comment obtenir un échantillon représentatif de cet aliment qui présente des variations dans sa composition en fonction de multiples facteurs, d'un moment de la tétée au suivant, d'une tétée à l'autre, et d'une femme à l'autre<sup>1</sup> ?

---

<sup>1</sup> Dr FRICKER Jacques, DARTOIS A.M., DU FRAYSSEIX M.  
Guide de l'alimentation de l'enfant de la conception à l'adolescence  
Ed. Odile Jacob, 1998, p. 197-198.

De ce fait, la composition biochimique du lait maternel est inégalée, sa minéralisation parfaitement appropriée, l'équilibre nutritionnel adapté au petit d'Homme. Par exemple, notons que dans la deuxième année de vie d'un enfant, 500 ml de lait maternel lui fourniront quotidiennement 95% des apports recommandés en vitamine C, 45% des apports recommandés en vitamine A, 38% de ses besoins protéiques, et 31% de ses besoins énergétiques<sup>1</sup>.

Les laits de substitution sont préparés à partir du lait de la vache, adapté aux besoins spécifiques du veau qui double son poids de naissance en 2 mois (le bébé le fait en 6 mois), tandis que son cerveau croît 2 fois moins vite que celui du petit humain<sup>2</sup>.

En outre, le lait maternel possède une composition particulière en acides gras essentiels. Il contient de l'acide docosahexaénoïque (DHA), un acide gras essentiel, ainsi que d'autres acides gras essentiels à la croissance cérébrale. Certains laits de substitution sont enrichis en acide alpha-linolénique que les nouveau-nés peuvent transformer en DHA dans une certaine mesure, mais cette capacité de transformation est limitée, et ce, particulièrement chez les prématurés<sup>3</sup>.

Quant aux protéines, grâce à leur taux optimal, les enfants nourris au lait maternel ont des taux sanguins d'urée moins élevés. Les acides aminés du lait humain sont mieux utilisés que ceux du lait de substitution. La quantité de protéines apportée par les laits de substitution est fréquemment 2 à 3 fois supérieure à ce qui est nécessaire. Cela ne présente aucun avantage sur le plan de la croissance, fait courir à l'enfant un risque de déshydratation, et

---

<sup>1</sup> Page internet : <http://maternage.free.fr/allaitement.htm#allaitement11>

<sup>2</sup> Page internet : <http://idees.parents.free.fr/panneaux.htm#comparatif>

<sup>3</sup> ODENT M.  
Allaitement et acides gras insaturés  
L'Actualité, n°21. Laboratoire Biophytarom, Paris, 1989.

impose un stress métabolique à un organisme immature et en pleine croissance<sup>1</sup>.

Concernant la composition minérale du lait maternel, nous pouvons affirmer qu'elle est parfaitement adaptée, et surtout très mal imitée. En effet, les minéraux contenus dans les laits de substitution présentent une moins bonne assimilation que les minéraux du lait maternel. Les laits de substitution en contiennent tantôt des taux élevés (c'est notamment le cas du phosphate, du fluor, de l'aluminium dont le taux peut être jusqu'à 40 fois supérieur à celui du lait humain), tantôt des taux insuffisants (le sélénium en est un exemple). Mais ajouter un ingrédient au lait de substitution n'est pas évident, car cela peut avoir des répercussions inattendues sur l'assimilation des autres éléments<sup>2</sup>.

Le fer pose des problèmes délicats. Le lait de substitution contient environ 20 fois plus de fer que le lait humain. Cela peut diminuer la résistance de l'enfant aux infections<sup>3</sup>, et interférer avec l'absorption d'autres minéraux tels que le zinc, le manganèse ou le cuivre. Abaisser ce taux de fer fait courir aux enfants le risque d'anémie, car il est très mal absorbé<sup>4</sup>.

Notons en outre que les laits de substitution doivent être reconstitués par une eau certes peu chargée d'éléments minéraux, mais qui en contiendra quoi qu'il en soit. Or le nourrisson boit énormément, et ses reins ne sont pas encore développés. Ainsi, il faut veiller à ce que l'eau choisie contienne le moins de résidus secs possible (un taux inférieur à 1500 mg/l), des concentrations

---

<sup>1</sup> LONNERDAL B., CHEN C.L.

Effects of formula protein level and ratio on infant growth, plasma aminoacids and serum trace elements  
*Acta Paediatr. Scand.* 79, 266-73, 1990

<sup>2</sup> "Les avantages de l'allaitement",  
paru dans la LLLettre des Associés Médicaux n°17  
In : <http://vivian.noel.free.fr/allait/home.htm>

<sup>3</sup> GILLOOLLY et al.

The relative effect of ascorbic acid on iron absorption from soy-based and milk-based formulas  
*Am J Clin Nutr* 40 : 522-27, 1984

<sup>4</sup> DALLMAN P.

Upper limits of iron in infant formulas  
*J Nutr* 119 : 1852-55, 1989

réduites en nitrates (moins de 15 mg/l), et en nitrites (moins de 0,05 mg/l, en raison du risque de méthémoglobinémie), et en fluor (inférieure à 1,5 mg/l)<sup>1</sup>.

Le lait maternel est également considéré par beaucoup comme le premier et le plus naturel des aliments. En effet, aucun procédé technologique ne peut remplacer ses propriétés antimicrobiennes et anti-inflammatoires. Celles-ci sont liées à la présence de lysozymes (participant à l'équilibre de la flore fécale), de lactoferrines (protéines de transport du fer, inhibant alors la croissance de plusieurs germes fer-dépendants), d'immunoglobulines, de leucocytes, et d'oligosaccharides (favorisant la croissance du lactobacillus bifidus)<sup>2</sup>.

Ce petit aperçu de la complexité de composition du lait maternel et de sa parfaite adaptation aux besoins et capacités de l'enfant, nous montre bien qu'il ne sera jamais égalé par les laits de substitution.

Des publications scientifiques de plus en plus nombreuses démontrent donc l'incroyable richesse du lait maternel. Il procure de ce fait de nombreux bénéfices aux enfants et à leur mère.

---

<sup>1</sup> D'après une intervention du Dr C. HUBERT, pédiatre à la Maternité Régionale de Nancy

<sup>2</sup> Dr FRICKER Jacques, DARTOIS A.M., DU FRAYSSEIX M.  
Guide de l'alimentation de l'enfant de la conception à l'adolescence  
Ed. Odile Jacob, 1998, p. 201.

## 2.2. Impact de l'allaitement sur la santé des enfants

L'allaitement assure à l'enfant une protection très efficace contre de nombreuses pathologies infectieuses. Il en réduit la fréquence, et en atténue la gravité, et ce, tout particulièrement dans les populations socio-économiquement défavorisées.

L'impact de l'allaitement sur les pathologies digestives est le premier à avoir été mis en évidence. L'alimentation au lait maternel diminue le risque et la sévérité des diarrhées à Rotavirus (5 fois moins élevés chez les enfants allaités)<sup>1</sup>, Giardia, Shigella, Campylobacter et Escherchia Coli. Les enfants exclusivement allaités bénéficient donc de la meilleure protection. De manière générale, dans les pays développés, les enfants nourris au lait maternel ont un taux de maladies diarrhéiques 3 fois moins élevé<sup>2</sup>.

Le risque de survenue d'otites est diminué de 3 fois par l'allaitement maternel<sup>3</sup>.

De même, le rôle protecteur de l'allaitement maternel est fortement établi pour les infections à Haemophilus, les septicémies, les méningites, et les infections urinaires, comme l'a développé le Dr Irène Loras-Duclaux à l'occasion de la Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel, en octobre 2002.

Les effets bénéfiques chez l'enfant concernent également la prévention des allergies<sup>4</sup> et la prévention de l'obésité.

---

<sup>1</sup> DUFFY L.C., RIEPENHOFF-TALTY M., OGRA P. et al.  
Modulation of Rotavirus enteritis during breast-feeding.  
Am J Dis Child 140 : 1164-68, 1986.

<sup>2</sup>Page internet : [http://maternage.free.fr/avantages\\_sante.htm](http://maternage.free.fr/avantages_sante.htm)

<sup>3</sup> FACIONE N.  
Otitis media : an overview of acute and chronic disease.  
Nurse Practit 15 : 11-22, 1990.

<sup>4</sup> MERRETT T.G., BURR M.L., BUTLAND B.K. et al  
Infant feeding and allergy

Dans ces cas, la protection est en outre véritablement dose-dépendante, puisque, par exemple, 4,5% des enfants non-allaités seront obèses à 5/6 ans, 3,8% des bébés allaités 2 mois, 2,3% des enfants allaités entre 3 et 5 mois, 1,7% des enfants allaités 6 à 12 mois, et 0,8% de ceux allaités plus de 12 mois<sup>1</sup>.

Enfin, c'est également l'allaitement prolongé qui offre une protection significative contre les troubles atopiques (cutanés, digestifs et respiratoires) pendant l'enfance et l'adolescence. Néanmoins, l'allaitement maternel exclusif pendant au moins 1 mois abaisse déjà significativement la prévalence des allergies alimentaires à 3 ans, et des allergies respiratoires à 17 ans. Mais un allaitement au sein de plus de 6 mois est indispensable pour abaisser la prévalence de l'eczéma pendant les trois premières années ainsi que la maladie atopique à 17 ans<sup>2</sup>.

### 2.3. Autres apports

Nous ne développerons pas ici les bénéfices de l'allaitement maternel pour la santé de la mère elle-même, mais notons que là encore, il a un effet protecteur directement corrélé à la durée de l'allaitement. Par exemple, et pour n'en citer qu'un, le risque de décalcification est diminué par l'allaitement prolongé. L'effet protecteur de l'allaitement sur le cancer du sein et des ovaires est quant à lui évoqué, mais encore controversé<sup>3</sup>.

---

Ann Allergy 61 (6 Pt 2) : 13-20, 1988

<sup>1</sup> Breastfeeding and obesity : cross sectional study  
B.M.J. 1999 Jul. 17 ; 319 (7203): 147-50

<sup>2</sup> SAARINEN U.M., KAJOSAARI M.

L'allaitement en tant que prophylaxie à long terme de la maladie atopique : étude prospective ayant suivi des enfants jusqu'à l'âge de 17 ans.  
Laricet 1995

<sup>3</sup> Page internet : <http://www.nutrition.be/SMAM%202002.htm>



Soulignons également le bénéfice psychologique que peut apporter l'allaitement maternel dans certaines situations, à travers un témoignage :

Maily, 29 ans, a subi 2 césariennes pour la naissance de ses deux filles en 2000 et en 2002, en raison d'un bassin transversalement rétréci. Elle les a toutes deux allaitées, exclusivement pendant respectivement 4 mois et 5 mois et demi, et évoque son expérience en ces termes :

*« Il n'y a que l'allaitement maternel qui m'a sauvée de ces césariennes. Ca m'a permis d'être une véritable mère, parce que j'étais capable de faire du bien à mes bébés, de les faire vivre. Je n'ai pas été capable de mettre un enfant au monde, mais l'allaitement me donne un sentiment de toute puissance parce que, au moins, il n'y a que moi qui pouvais leur donner à manger. »*

## 2.4. En somme...

Les enfants bénéficiant du lait de leur mère ont un développement global (physiologique, moteur, et intellectuel) plus optimal, sont en moyenne trois fois moins malades les deux premières années, et leur taux de risque diminue significativement pour certaines maladies graves, la mort subite du nourrisson, l'obésité ou les allergies. Un chiffre pour illustrer ce bénéfice : de par les risques de morbidité diminués lors du recours au lait maternel, on estime que si tous les bébés étaient nourris exclusivement au sein dès la naissance, 1,5 million de vies seraient épargnées chaque année<sup>1</sup>.

Devant la richesse et la complexité du lait maternel que montre ce bref exposé, nous nous rendons bien compte qu'il est important de promouvoir la pratique de l'allaitement maternel long. Ceci demande un accompagnement

---

<sup>1</sup> UNICEF  
L'allaitement maternel : Pour grandir en bonne santé  
UNICEF, 1999, p3

efficace des mères, démarrant par une information précise et objective, afin de leur permettre une décision en toute connaissance de cause. En effet, la découverte de ces faits lorsqu'il sera trop tard pourra être source de beaucoup plus de sentiments de colère et de frustration. Car même si la plupart des enfants nourris au lait de substitution se développent « normalement », il y a une différence entre un développement « normal » et un développement optimal.

Ces quelques pages nous montrent également que le sujet de l'allaitement maternel est vaste, et son domaine de connaissances, étendu. Aussi, les personnes qui auront à intervenir auprès des futures ou jeunes mères ayant le désir d'allaiter leur enfant ou s'interrogeant encore face à ce choix, ne peuvent pas toutes avoir une parfaite connaissance du sujet. Même au cours des formations initiales des personnels de santé spécifiques à la maternité, l'enseignement dispensé ne suffit pas à former des spécialistes de l'allaitement. Or, si les généralistes en la matière peuvent être tout à fait compétents dans la plupart des situations (sous réserve que ces derniers soient capables de se remettre régulièrement en question, face aux connaissances sans cesse grandissantes), il faut bien admettre que l'allaitement maternel est une spécialité à part entière.

Voyons maintenant qui sont les spécialistes de l'allaitement, et quelles sont les formations qui leur donnent cette compétence.

### *3. Des spécialistes de l'allaitement maternel :*

#### *Les consultantes en lactation*

La consultante en lactation se définit comme étant une professionnelle de la santé paramédicale, formée pour répondre aux besoins de l'entité que forment la mère et son bébé, et prévenir, reconnaître, et surmonter les problèmes pouvant survenir durant l'allaitement. Elle est spécialiste de l'allaitement et de la lactation, et son approche vise à respecter les besoins et buts uniques à chaque famille, tout en favorisant l'autonomie et le cheminement des parents<sup>1</sup>.

L'Association Suisse des Consultantes en Lactation a établi le profil professionnel de la consultante en lactation IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant) :

« La consultante en lactation IBCLC est une spécialiste autonome, libre de toute influence commerciale, religieuse, sociale et politique. Elle travaille en tant qu'indépendante ou en tant qu'employée auprès des médecins, hôpitaux ou communes. En tant que membre de ce nouveau métier de la santé publique elle a acquis une formation d'une année et demie en cours d'emploi, validée par un examen international.

Cette qualification est renouvelée tous les cinq ans en suivant des stages de formation continue et tous les dix ans l'examen est refait pour pouvoir conserver le titre de consultante IBCLC.

---

<sup>1</sup> Page internet : <http://www.stillen.ch/present.htm>

Le travail de la consultante IBCLC consiste en une consultation mère / enfant qui concerne tous les aspects de l'allaitement maternel, du moment qu'il ne s'agit pas de la responsabilité exclusive du médecin. Son intervention est intensive et à court terme.

Elle collabore étroitement avec d'autres professionnels de la santé. »

Précisons que l'accréditation « IBCLC » est la seule certification mondialement reconnue pour les consultantes en lactation.

Voyons en quoi consiste exactement leur formation <sup>1</sup>:

### 3.1. Objectifs de la formation

- Préparation à l'examen IBLCE (International Board of Lactation Consultant Examiners). Après avoir passé l'examen avec succès, la participante a le droit de porter le titre de « IBCLC » (International Board Certified Lactation Consultant).
- Accompagnement compétent et empathique de l'allaitement maternel, des femmes enceintes et des parents de nourrissons et de bambins.
- Élargissement des connaissances spécialisées en lactation et en allaitement maternel.
- Evaluation de ses propres méthodes de travail et d'accompagnement à l'allaitement maternel.
- Acquisition des compétences sociales dans l'accompagnement à l'allaitement maternel.

---

<sup>1</sup> Page internet : [http://www.velb.org/ausb\\_fr.html](http://www.velb.org/ausb_fr.html)

- Apport des bases du savoir, du savoir-faire et du savoir-être dans le domaine de l'allaitement maternel dans une équipe pluridisciplinaire.
- Présentation des solutions envisageables lors de situations d'allaitement maternel difficiles.

### 3.2. Les intervenantes

Elles sont consultantes en lactation IBCLC avec pratique professionnelle, expertes, ou médecins pour un thème particulier.

### 3.3. Le contenu

#### **Grossesse – Naissance – Allaitement maternel dans le post-partum**

Grossesse / Préparation à l'allaitement maternel

Allaitement maternel du nouveau-né

Établissement de l'attachement mère-enfant

Cohabitation

Les premiers jours

Technique de mise au sein / Positions au sein

Le nouveau-né en bonne santé

Anatomie orale du nourrisson

L'état psychologique de la mère pendant le post-partum

La mère qui n'allait pas au sein

## **Le sein**

Anatomie du sein

Physiologie de la lactation

Les hormones et leur action

Soins / examen / massages

Formes de mamelons / problèmes de mamelons

Augmentation ou diminution de la quantité de lait

Drainage du sein / tirer au tire-lait

Plénitude mammaire / stase de lait

Maladies du sein

Mastite / abcès / opérations

## **Le lait maternel**

Phases de lactogénèse

Composition du lait maternel

Importance du colostrum

Physiologie de la lactation

Les hormones et leur action Conservation et traitement  
du lait maternel

## **L'allaitement maternel après le post-partum et jusqu'au sevrage**

Les débuts à domicile

Les comportements de sommeil du nourrisson

Évolution de la famille / partenariat dans le couple / frères et sœurs

Prise de poids du nourrisson

Le développement de l'enfant

L'enfant aux besoins intenses

Supplémentation et introduction des solides

Allaitement maternel et travail hors du foyer

Grève de la tétée

Allaitement maternel du bambin

Co-allaitement

Sevrage

Alimentation de la mère

### **L'allaitement maternel en situations particulières**

Relactation / lactation induite / allaitement maternel lors d'adoption

Problèmes de succion / comportement de succion perturbé

Allergies

Naissances multiples

Prématurité

Enfants malades

Enfants déficients

Situations de stress

Maladies de la mère

Médicaments

Polluants

Allaitement maternel et drogues

Aides techniques à l'allaitement maternel

### **Sujets particuliers**

Interprétation des recherches

Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel,

OMS/UNICEF

Les services de maternité favorables à l'allaitement maternel - L'Initiative

OMS/UNICEF

L'éthique professionnelle

Les possibilités de travail

La communication dans la consultation

Études de cas d'accompagnement à l'allaitement maternel.

### 3.4. Des travaux personnels

#### **Application pratique d'une durée de 40 heures**

Cette application sera organisée et documentée personnellement. Ce stage pratique doit donner la possibilité de connaître un champ d'application de l'accompagnement à l'allaitement maternel autre que celui de son propre travail.

#### **Mémoire d'études**

ou description d'un projet concernant l'allaitement maternel d'après sa pratique personnelle.

#### **Étude personnelle de la littérature spécialisée**

#### **Mise en application du contenu de la formation**

dans sa pratique professionnelle personnelle, pendant les périodes entre les différents séminaires.



### 3.5. Méthodes didactiques

Le savoir et l'expérience des participantes à la formation sont enrichis par des conférences et des colloques, et approfondis par des travaux de groupes, des études de cas, des jeux de rôle, des entraînements à des situations d'accompagnement à l'allaitement maternel, et des simulations de consultations réelles.

## *4. Une autre formation en la matière : Le Diplôme Universitaire « Lactation Humaine et Allaitement Maternel »<sup>1</sup>*

Le Diplôme Universitaire (D.U.) « Lactation Humaine et Allaitement Maternel » est un enseignement médical approfondi de tout ce qui touche à la lactation humaine et à ses pratiques. De la physiologie de la lactation aux enjeux psychologiques et psychanalytiques du désir, des bases biochimiques et immunologiques aux données historiques et anthropologiques, de l'adaptation néonatale aux enjeux économiques internationaux, cet enseignement aborde tous les aspects de l'allaitement au sein.

Ce D.U. d'une durée d'un an comprend 3 séminaires obligatoires portant sur 3 axes fondamentaux :

1. La clinique de la lactation humaine
2. La lactation humaine et ses enjeux
3. Les situations particulières et l'accompagnement de l'allaitement maternel.

Cet enseignement est dispensé au Centre Hospitalier Universitaire de Grenoble, et est assuré par des gynécologues-obstétriciens, sages-femmes,

---

<sup>1</sup> Page internet : <http://www.co-naitre.net/presen04.htm>

pédiatres, pédopsychiatres, psychologues, chercheurs et consultants en allaitement maternel.

Les enseignements sont dispensés au cours de 3 séminaires, répartis dans l'année, correspondant à 92 heures d'enseignement théorique. L'assiduité aux différents séminaires conditionne la délivrance du D.U.

Elle est également conditionnée par la réussite d'un examen terminal écrit, et la rédaction d'un mémoire.

Notons que ce D.U., comme tous les Diplômes Universitaires, ne confère en aucun cas de spécificité d'exercice. En outre, nous constatons que cette formation n'est que théorique. Elle est donc fort intéressante pour parfaire ses connaissances sur l'allaitement maternel en tant que professionnel au contact de femmes allaitantes, de formateur ou enseignant intervenant sur ce sujet, mais est moins spécifique que celle de consultante en lactation, pour tenir le rôle de spécialiste de l'allaitement dans un établissement de soins.

## 5. En somme...

Nous voyons donc que l'ensemble des thèmes touchant l'allaitement maternel est étudié de façon approfondie par la consultante en lactation au cours d'une formation rigoureuse. Il est alors facile de se rendre compte que les connaissances que possèdent une auxiliaire de puériculture ou une sage-femme à la fin de leurs formations initiales respectives - bien que leur expérience acquise sur le terrain ne soit pas négligeable -, sont loin d'être aussi pointues que celles d'une IBCLC, et peuvent légitimement être insuffisantes face à un allaitement lors duquel survient un problème.

Or, pour voir un allaitement maternel se prolonger plusieurs mois, un bon démarrage dans les premiers jours est déterminant. De plus, avoir un personnel formé pour résoudre rapidement et efficacement les problèmes d'allaitement maternel qui surviennent, est une nécessité qui augmente, face à la durée de séjour à la maternité qui tend à se réduire.

Ainsi, au sein de services de suites de couche, où les femmes ont besoin d'informations étendues et unifiées, la présence d'une consultante en lactation peut s'avérer utile, voire fortement recommandée. Et ce, d'autant plus que l'établissement est une maternité de niveau 3, où les pathologies touchant mères et/ou nouveau-nés sont rencontrées quotidiennement. Ceci induit une fréquence accrue d'allaitements maternels à particularités, et de ce fait, un besoin de connaissances et expériences supérieures à celles acquises en formation de sage-femme ou d'auxiliaire de puériculture.

Afin d'objectiver notre propos, voyons maintenant, grâce à des données chiffrées, quel est réellement la situation de la France par rapport à l'allaitement maternel, puis étudions plus particulièrement le cas de la Maternité Régionale de Nancy.

*Deuxième partie :*

*Y a-t-il besoin  
de spécialistes  
en matière  
d'allaitement ?*



## *1. Les statistiques nationales*

### *1.1 Les Françaises dans l'Europe*

En Europe, à quelques centaines de kilomètres se retrouvent les taux d'allaitement les plus extrêmes de la planète : la Norvège compte un taux d'allaitement à la naissance de 98%, alors que l'Irlande, dernier pays européen, avait un taux d'allaitement à la naissance de 34% en 1986 (voir figure 1, page suivante).

En France, 52,3% des femmes ayant accouché en l'an 2000 ont allaité leur enfant à la naissance. Ce chiffre nous propulse... à l'avant-dernière place du classement européen, la dernière place étant occupée par l'Irlande. Mais notons que, ce pays faisant depuis peu de gros efforts en faveur de l'allaitement, la France risque de se retrouver bientôt lanterne rouge !

Les durées médianes d'allaitement sont très variables.

Pour les pays dont le taux d'allaitement à la naissance dépasse 90%, ces dernières vont de 3 mois pour la Suisse, à 6 mois pour le Danemark, et 12 mois pour la Turquie.



**Figure 1: Données concernant l'allaitement dans les pays industrialisés<sup>1</sup>**

Pays	Taux naissance	Durée moyenne	Durée médiane	Année
France (a)	52,3			2000
Danemark	99	8 mois	6 mois	1986
Irlande	34			1986
Italie (e)	85,3			1995
Luxembourg	74			1987
Norvège (b)	98			1997
Pologne	90			1988
Roumanie	91	9 mois		1991
Espagne (Madrid)	97			1986
Suède (c)		6 mois		1991
Suisse	92		3 mois	1994
Turquie	95	13 mois	12 mois	1993
Royaume-Uni	69			2000
Croatie	85			1986
Allemagne (d)	85			1995

## 1.2. L'allaitement maternel en France

En 2000, le **taux d'allaitement maternel à la naissance** en France, calculé d'après les certificats de santé du huitième jour, était de 52,3%.

<sup>1</sup> Sources : Data Base de l'OMS, 1996, sauf :

a : Ministère de la Santé, SESI, France.

b : Gro Nylander, Congrès des Consultantes en lactation, Bâle, 2002

c : Sweedish Breastfeeding Institute

d : Baby Friendly Hospital Initiative News, UNICEF, nov-déc. 1999

e : Etude citée dans Dossiers de l'Allaitement n°45, 2000, p. 27.

Précisons cependant que ce chiffre est tributaire de la rigueur avec laquelle ont été remplis ces certificats.

En comparant les départements pour lesquels les chiffres sont disponibles pour 1999 et 2000, cela représente une évolution de +2,3%<sup>1</sup>.

En 1998, La Leche League France a commandé auprès de l'Institut Des Mamans un sondage sur l'allaitement maternel en France<sup>1</sup>.

Ce dernier nous montre d'une part que la situation de l'allaitement à la naissance de 1981 à 1998 n'a guère changé.

**Figure 2 : Taux d'allaitement à la naissance de 1981 à 1998 (Source : INSERM)**

	1981	1995	1998
<b>Allaitement exclusif</b>	47.5	40.5	45.0
<b>Allaitement mixte</b>	6.2	11.1	7.5
<b>Biberon</b>	46.3	48.4	47.5

D'autre part, ce sondage, conduit par l'INSERM, nous apprend que 50% des bébés allaités sont sevrés à 8 semaines, et 70% des enfants allaités le sont à 12 semaines.

Aucune enquête nationale n'évalue le **taux d'allaitement exclusif** des bébés.

---

<sup>1</sup> Page internet : [http://perso.wanadoo.fr/ipa/CHIFFRES/france\\_chiffres.htm](http://perso.wanadoo.fr/ipa/CHIFFRES/france_chiffres.htm)

En 1999, dans trois maternités de Savoie, le taux d'initiation était de 70%, le taux d'allaitement exclusif, de 40%<sup>1</sup>.

Dans la Somme, en 1995, une étude a montré que le taux d'initiation était de 26,2%, et le taux d'allaitement exclusif, de 15%<sup>2</sup>.

En se basant sur ces deux études, et en considérant que 55% des allaitements en maternité sont des allaitements exclusifs, on arrive pour la France à un taux d'allaitement exclusif à la sortie de maternité d'environ 28%<sup>3</sup>.

Quelques explications sur les comportements d'allaitement aujourd'hui en France :

Dans les pays développés, il est reconnu que les femmes de milieux socioéconomiques élevés allaitent plus que les autres. La durée de l'allaitement est également plus importante pour les catégories socioprofessionnelles élevées<sup>4</sup>.

Une étude de la Caisse Nationale d'Allocation Familiale<sup>5</sup> a précisé les tendances.

- les mères qui ont des diplômes de l'enseignement supérieur allaitent plus que celles qui ont moins de diplômes ;

---

<sup>1</sup> LANA C.

*Les femmes et l'allaitement maternel*,  
mémoire pour obtention du diplôme de sage-femme, mars 2000

<sup>2</sup> *Etude sur l'alimentation des nourrissons et l'allaitement maternel dans la Somme*,  
Service de Protection Maternelle et Infantile, Conseil Général de la Somme, septembre 1996.

<sup>3</sup> Page internet : [http://perso.wanadoo.fr/ipa/CHIFFRES/france\\_chiffres.htm](http://perso.wanadoo.fr/ipa/CHIFFRES/france_chiffres.htm)

<sup>4</sup> BRANGER B., et al.

Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes  
*Arch. Pédiatr.* ; 5: 489-496, 1998

<sup>5</sup> GOJARD S.

L'allaitement : une pratique socialement différenciée  
*Recherche et Prévision, CNAF, n°53, 1998*

- les femmes de milieu aisé écoutent d'abord le pédiatre, puis leur mère et en troisième lieu des ouvrages ;
- les mères de milieu populaire sont attentives à leur mère puis à la PMI;
- les mères de milieu intermédiaire se réfèrent à leur généraliste ;
- les mères de catégories sociales aisées font référence à des arguments médicaux ou psychologiques (qu'elles aient allaité ou pas, apprécié ou pas d'allaiter) ;
- les femmes de classe populaire font référence au plaisir ou déplaisir;
- les femmes d'origine d'Afrique noire ou nord-africaine allaitent beaucoup plus que les femmes d'origine européenne (80% et 70% respectivement).

Par ailleurs, une enquête menée auprès de 20 généralistes du Val de Marne<sup>1</sup> montre que les connaissances, attitudes et réponses pratiques face aux mères allaitant (en difficulté ou non), sont très variables d'un médecin à l'autre, car non soutenues par des connaissances théoriques et pratiques cohérentes et réactualisées. En effet, les médecins généralistes reçoivent plus de représentants vantant et louant les qualités de laits industriels et autres préparations pour nourrissons, que de défenseurs de l'allaitement maternel. Ainsi, leur formation à l'allaitement artificiel est continue, et leurs connaissances en la matière, régulièrement remise à jour.

Les préparations pour nourrissons sont considérées comme inférieures au lait maternel mais cependant tout à fait acceptables par une grande majorité de ces médecins.

L'allaitement court est la norme commune pour ces agents de santé, qui ne savent pas soutenir les mères qui allaitent et qui rencontrent des difficultés dans leur allaitement (prise de poids, maladie, fatigue, baisse de lait, etc.).

---

<sup>1</sup> MARCHAND-LUCAS L. et al,  
*Le généraliste face aux déterminants de la conduite d'allaitement*,  
thèse de doctorat de médecine, mars 1998

La rigueur professionnelle attendue de ces praticiens est mise en défaut par des schémas d'actions hérités de l'environnement socioculturel et d'expériences personnelles soit de non-allaitement, soit d'allaitement court (2-3 mois).

Une thèse soutenue en 2001<sup>1</sup> montre que parmi les généralistes du Rhône :

- \* 43,6% ne s'estiment pas suffisamment formés sur l'allaitement
- \* 82,7% pensent que la formation médicale est insuffisante (77,9% des hommes, 94,7% des femmes).
- \* 72,2% souhaiteraient des cours en 3<sup>ème</sup> cycle ; 67,7% en session de FMC (Formation Médicale Continue) ou enseignement PU (Post-Universitaire) ; 31,6% par un atelier pratique ; 17,3% au cours des 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> cycles de leurs études ; 3,8% par un diplôme d'études universitaires.
- \* 91% des généralistes pensent qu'un document pédagogique pourrait leur être utile. En premier lieu ils aimeraient plus d'informations sur les pathologies de l'allaitement (mastites, crevasses, abcès, ...).

Concernant l'arrêt de l'allaitement, une étude réalisée en 2001 à la maternité régionale de Nancy<sup>2</sup>, évalue la proportion de sevrages précoces (avant 8 semaines de vie) parmi les enfants nés de mères ayant choisi d'allaiter au sein.

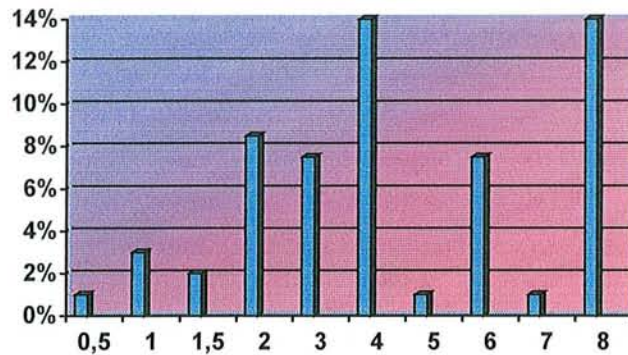
Pour ces mères, la durée idéale d'allaitement, en moyenne, se situe autour de 25 semaines, soit un peu plus de 6 mois, avec un minimum à 1 mois, et un maximum à 2 ans. Néanmoins, 8 semaines après la naissance de leur enfant, 59,4% des femmes qui avaient décidé d'allaiter ont déjà arrêté.

---

<sup>1</sup> GABILLY F.  
*Prise en charge des mères allaitantes*  
thèse de doctorat de médecine, 2001

<sup>2</sup> FLORION S.  
*Allaiter, la mer à boire*  
mémoire pour obtention du diplôme de sage-femme, mars 2002

**Figure 3 : Taux d'arrêt de l'allaitement en fonction du nombre de semaines**



2/3 de ces femmes se sentent frustrées de ne pas avoir continué. Les raisons évoquées pour le sevrage sont les suivantes :

- manque de lait, pour presque 40% d'entre elles,
- reprise du travail pour 19%,
- ressenti comme trop contraignant pour 17,5% de ces femmes,
- 14% trouvaient les tétées trop rapprochées,
- fatigue et tétées difficiles sont incriminées dans 9,5% des cas,
- la douleur est responsable de 8% des arrêts,
- une raison médicale non liée à l'allaitement est retrouvée pour 8% de ces femmes,
- et le conseil médical en raison d'une prise de poids non satisfaisante dans presque 7% des cas.
- Sont également évoqués, à des fréquences moindres, les pleurs, le stress lié à l'allaitement, le lait peu nourrissant, les conseils de l'entourage, et la raison médicale liée à l'allaitement.

Continuons à nous intéresser à la Maternité Régionale A. Pinard de Nancy, et voyons quelle est sa situation par rapport à l'allaitement maternel.

## *2. La Maternité Régionale A. Pinard (MRAP) de Nancy*

### *2.1. L'allaitement maternel à la MRAP*

#### **2.1.1. Présentation de l'unité mère/enfant**

L'unité mère/enfant de la MRAP est composée de trois secteurs :

- Vermelin 1 compte 10 chambres doubles et 13 chambres seules.  
2 sages-femmes et 4 auxiliaires de puériculture y sont présentes lors de chaque garde.
- Vermelin 2 compte 17 chambres seules.  
Chaque jour, 2 sages-femmes et 3 auxiliaires de puériculture y travaillent.
- Richon 1 compte 17 chambres seules, et accueille principalement les patientes ayant accouché par césarienne.  
Lors de chaque garde y sont présentes 2 sages-femmes et 3 auxiliaires de puériculture.

Le nombre total de sages-femmes employées dans ce secteur est de 18 ; le nombre total d'auxiliaires de puériculture est de 35.

La durée moyenne de séjour dans ces services est de :

- 5 jours pour une accouchée primipare,
- 4 jours pour une accouchée multipare,
- 6 jours pour une césarienne.

### **2.1.2. La mise en route de l'allaitement dans l'établissement**

Le Dr Brigitte FONTAINE, praticien hospitalier, responsable de l'unité mère / enfant de la MRAP, a réalisé une enquête sur la mise en route de l'allaitement au sein de l'établissement. Cette enquête a été réalisée auprès de 100 patientes allaitant et ayant leur bébé auprès d'elles du 4 décembre 2000 au 4 janvier 2001. Voyons quelques-uns des résultats obtenus :

#### **L'accompagnement en unité mère / enfant :**

68 mamans ont reçu une information sur la bonne position du bébé et de la maman,  
10 du bébé uniquement,  
1 de la maman uniquement,  
11 n'ont perçu aucune information.

#### **A propos des tétines :**

32 bébés sur 100 ont reçu une tétine, dont 25 fournies par le service.

#### **Relations entre la tétine et les compléments de lait artificiel:**

Quand le bébé reçoit une tétine, on constate

- 22% pas de complément,
- 28% 1 ou 2 compléments,
- 50% plus de 3 compléments.

Quand le bébé ne reçoit pas de tétine, on constate

- 33% pas de complément,
- 28% 1 ou 2 compléments,
- 40% plus de 3 compléments.



**A propos de la pouponnière :**

48 bébés sur 100 sont allés en pouponnière.

11 des 12 bébés nés par césarienne.

27 pour 1 nuit, 17 pour 2 nuits, et 4 pour plus de 2 nuits.

**A propos des compléments :**

71 bébés sur 100 ont reçu au moins 1 complément.

1 fois pour 18 d'entre eux,

2 fois pour 10 d'entre eux,

3 à 5 fois pour 13 d'entre eux,

plus de 5 fois pour 30 d'entre eux.

Au moins 28 sur 71 sont évitables, soit 39%.

Le motif strictement médical, à savoir l'hypoglycémie, ne représente que 10% des motifs d'apport de compléments.

Concernant le mode d'apport des compléments,

14 fois, seule la tasse a été donnée,

36 fois, seul le biberon a été donné,

20 fois, les 2 ont été donnés.

**Enfin, les conclusions tirées de cette enquête ont montré beaucoup de points positifs :**

Sorties avec des allaitements complets,

Pas d'arrêt d'allaitement contre le projet initial,

Pas de complication grave, la congestion mammaire étant très bien gérée,

Patientes souvent satisfaites, voire enthousiastes,

Commentaires très positifs des multipares,

Un seul reproche de discours discordant,

Projets d'allaitement de plus en plus longs.

**Quelques points sont cependant à améliorer :**

Améliorer la prévention des crevasses par une meilleure attention de la bonne position du bébé, et par l'enseignement des changements de position dès le début du séjour,

Essayer de limiter les pratiques gênant la mise en route de la lactation et la bonne succion du bébé : tétines, biberons, séjours non indispensables en pouponnière,

Réfléchir à l'administration de chaque complément, dialoguer avec les pédiatres,

Poursuivre l'harmonisation des discours,

Préparer les situations potentiellement difficiles (accouchement à 36-37 SA, diabète...),

Savoir accepter que certains allaitements soient difficiles.

### 2.1.3. Les documents ressources pour le personnel soignant

Chacun des trois services de l'unité a à sa disposition un « support guide pour les soignants en présence d'un allaitement maternel ». Ce document, qui est un document régional, a été rédigé en 1996. Son objectif est de dresser des concepts de base précis pour un allaitement d'enfant sain, de poids normal, né à terme.

Dans une première partie, « *Pour un allaitement maternel de qualité* », il détaille successivement :

- ✓ La physiologie de la lactation (le début de la lactation, l'évacuation du lait, l'automatisme mammaire),
- ✓ La mise au sein à la naissance,
- ✓ La mise au sein avec sa durée et ses intervalles,
- ✓ Les compléments, au sujet desquels nous pouvons lire : « *En pratique, évitons au maximum l'introduction d'un biberon de complément, mais ne*

*soyons pas non plus systématiques. Un complément de 10 à 20g suffit souvent pour calmer l'enfant et rassurer la maman inquiète. »*

- ✓ Les positions pour bien allaiter,
- ✓ Que faire la nuit ?

Dans une deuxième partie sont traitées « *Les situations particulières* » :

- ✓ Mamelons irrités, crevasses,
- ✓ Congestion mammaire,
- ✓ Moyens à mettre en œuvre pour favoriser l'allaitement maternel en unité de néonatalogie.

Ce guide traite donc des situations les plus courantes et peut être un appui intéressant ; mais il est toutefois à remettre à jour car, ayant déjà 8 ans, les connaissances ont encore évoluées en matière d'allaitement au sein.

## *2.2. Enquête auprès du personnel soignant de l'unité mère/enfant*

**Le but de cette enquête** est d'évaluer les besoins du personnel soignant de l'unité mère / enfant par rapport à l'allaitement maternel, et de vérifier que la présence éventuelle d'une sage-femme consultante en lactation serait bien accueillie.

**Le questionnaire** (reporté en Annexe 1) a été distribué à l'ensemble des 18 sages-femmes et 35 auxiliaires de puériculture de l'unité mère / enfant de la MRAP, entre le 12 décembre 2003 et le 4 janvier 2004.

Notre sujet n'a pas interpellé beaucoup des personnes sollicitées puisque seulement 7 sages-femmes (soit environ 39% des sages-femmes du

secteur) et 14 auxiliaires de puériculture (soit 40% des auxiliaires de puériculture du secteur) ont bien voulu répondre au questionnaire distribué.

Ainsi, l'échantillon recueilli n'est sans doute pas représentatif de l'ensemble de la population étudiée. On peut en effet supposer que les personnes dont ce questionnaire a retenu l'attention, sont les plus sensibles au sujet de l'allaitement maternel.

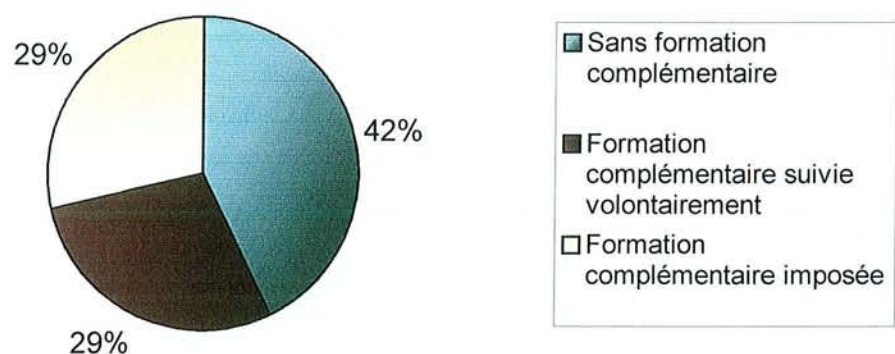
Néanmoins, pour une meilleure représentation des données, nous présenterons les résultats en pourcentage des personnes exprimées.

### 2.2.1. Parmi les sages-femmes s'étant exprimées

#### ❖ Concernant les formations sur l'allaitement maternel

- 58% ont suivi une formation spécifique à l'allaitement maternel ;
- 42% n'ont donc aucune formation, outre celle acquise à l'école de sages-femmes.
- Notons que toutes les formations suivies ont été organisées par la MRAP.
- La moitié seulement des formations suivies l'a été par la seule volonté de la sage-femme. L'autre moitié a été imposée par des supérieurs hiérarchiques.

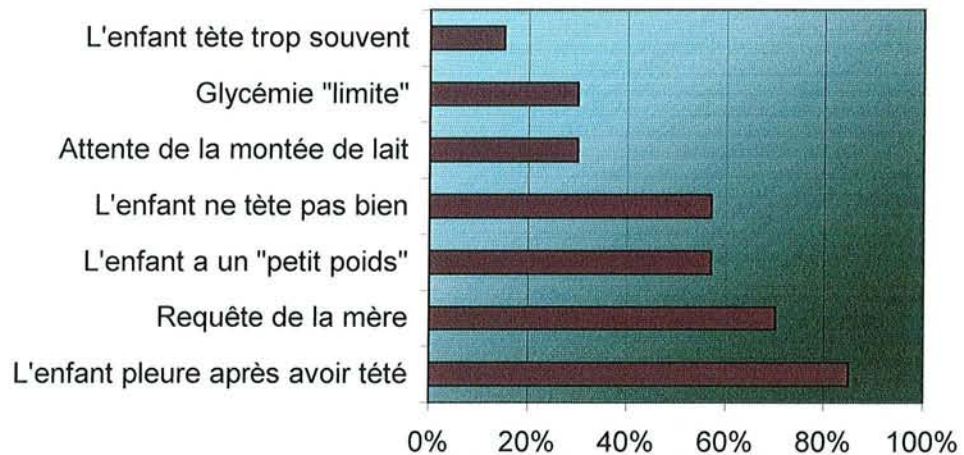
**Figure 4 : Les sages-femmes par rapport aux formations sur l'allaitement**



❖ **Concernant les compléments de lait artificiel**

- Toutes en ont déjà donné sans pour cela qu'il y ait eu de prescription médicale.
- Les raisons évoquées sont :
  - ✓ Une requête de la mère pour 70% d'entre elles
  - ✓ L'attente de la montée de lait pour 30% des sages-femmes
  - ✓ La faim de l'enfant qui ne tète pas bien pour 57% d'entre elles
  - ✓ L'enfant qui pleure encore après avoir tété au sein pour 85%
  - ✓ L'enfant qui tète trop souvent pour 15%
  - ✓ L'enfant qui a un « petit poids », avec l'idée qu'il faut compléter tous les « petits poids » pour 57% d'entre elles
  - ✓ Une glycémie limite pour 30% des sages-femmes.

**Figure 5 : Raisons évoquées par les sages-femmes pour justifier les compléments de lait artificiel**



- ❖ 70% de ces sages-femmes ont déjà eu l'occasion de constater l'échec d'un allaitement au sein, faute de temps pour l'encadrer correctement tétée après tétée, alors que la situation manifestait un besoin particulier.
- ❖ 85% ont déjà constaté qu'une patiente dont elles avaient la charge avait reçu de la part d'une collègue des informations contredisant leur propre discours.

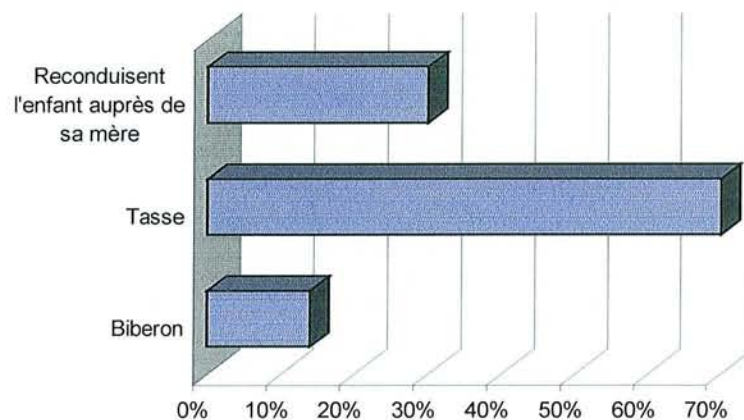
- ❖ Aucune des sages-femmes du secteur mère / enfant ne trouve qu'il est facile pour une mère en suites de couches, d'allaiter son enfant hospitalisé en néonatalogie (contexte psychologique mis à part).

Les raisons citées sont les suivantes :

- ✓ Le lait tiré en suites de couches ne peut être apporté directement par la mère en médecine néonatale.
  - ✓ L'acheminement du lait tiré est difficile jusqu'à la néonatalogie.
  - ✓ Le lait doit être pasteurisé en biberonnerie pour les enfants prématurés.
  - ✓ Il y a peu d'accompagnement dans les mises au sein en néonatalogie.
  - ✓ Les bébés reçoivent beaucoup de tétines.
  - ✓ La mise au sein est fonction des dispositifs médicaux autour de l'enfant.
  - ✓ Il est souvent demandé que le lait tété par l'enfant soit quantifié.
  - ✓ Le personnel de néonatalogie oublie parfois d'appeler la mère pour qu'elle se rende auprès de son enfant au moment où il doit téter.
  - ✓ L'allaitement à la demande n'est pas compatible avec l'hospitalisation en raison d'un rythme trop strict imposé par les soins et traitements.
  - ✓ Le personnel n'est pas toujours coopérant pour éviter les biberons.
- 
- ❖ Toutes proposent parfois aux patientes de garder leur enfant en pouponnière pour la nuit, même si le mode d'allaitement choisi est l'allaitement au sein.
- 
- Les cas évoqués sont :
    - ❖ La nuit suivant une césarienne pour 43% d'entre elles
    - ❖ Lorsque la patiente le demande pour 70% d'entre elles
    - ❖ Lorsqu'elles remarquent que la patiente est fatiguée pour 57%.

- Dans le cas où un enfant allaité est en pouponnière la nuit :
  - ✓ 14% utilisent le biberon
  - ✓ 70% utilisent la tasse
  - ✓ 30% reconduisent l'enfant auprès de sa mère pour téter, si cette dernière est d'accord, et en fonction de l'activité.

**Figure 6 : Sages-femmes et mode d'allaitement en pouponnière**



- ❖ 85% des sages-femmes exprimées informent systématiquement les patientes allaitant leur enfant, et dont elles ont la charge, de l'existence d'associations de soutien à l'allaitement maternel, avant leur retour à domicile.
- ❖ Toutes les sages-femmes exprimées pensent qu'unifier les connaissances, et ainsi le discours des différents intervenants auprès des patientes, dans le contexte de l'allaitement au sein, est une nécessité. Elles pensent également toutes que la formation initiale de chaque personnel de santé et son expérience ne sont pas suffisants.

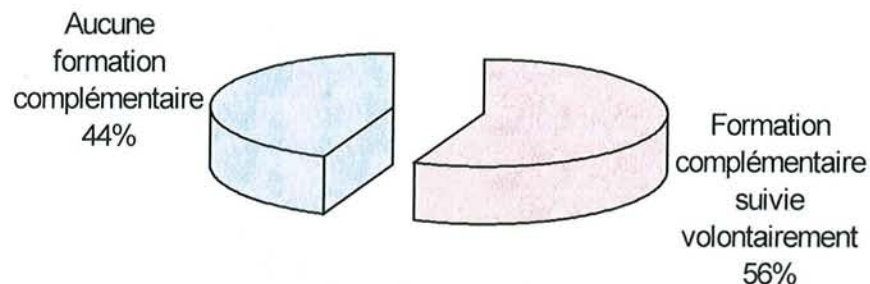
- ❖ Ainsi, elles pensent toutes que la création d'un poste de sage-femme consultante en lactation serait intéressant et utile au sein de l'unité mère/enfant de la MRAP. Il leur serait alors concevable que cette consultante en lactation assure une sorte de formation et uniformisation des connaissances du personnel, au fil des cas cliniques rencontrés.

### 2.2.2. Parmi les auxiliaires de puériculture s'étant exprimées

#### ❖ Concernant les formations sur l'allaitement maternel

- 56% ont suivi une formation spécifique à l'allaitement maternel ;
- 44% n'ont donc aucune formation, outre celle acquise à l'école d'auxiliaires de puériculture.
- Notons que toutes les formations suivies ont été organisées par la MRAP.
- Toutes les formations suivies l'ont été par la seule volonté de l'auxiliaire de puériculture.

Figure 7 : Les auxiliaires de puériculture et les formations concernant l'allaitement maternel





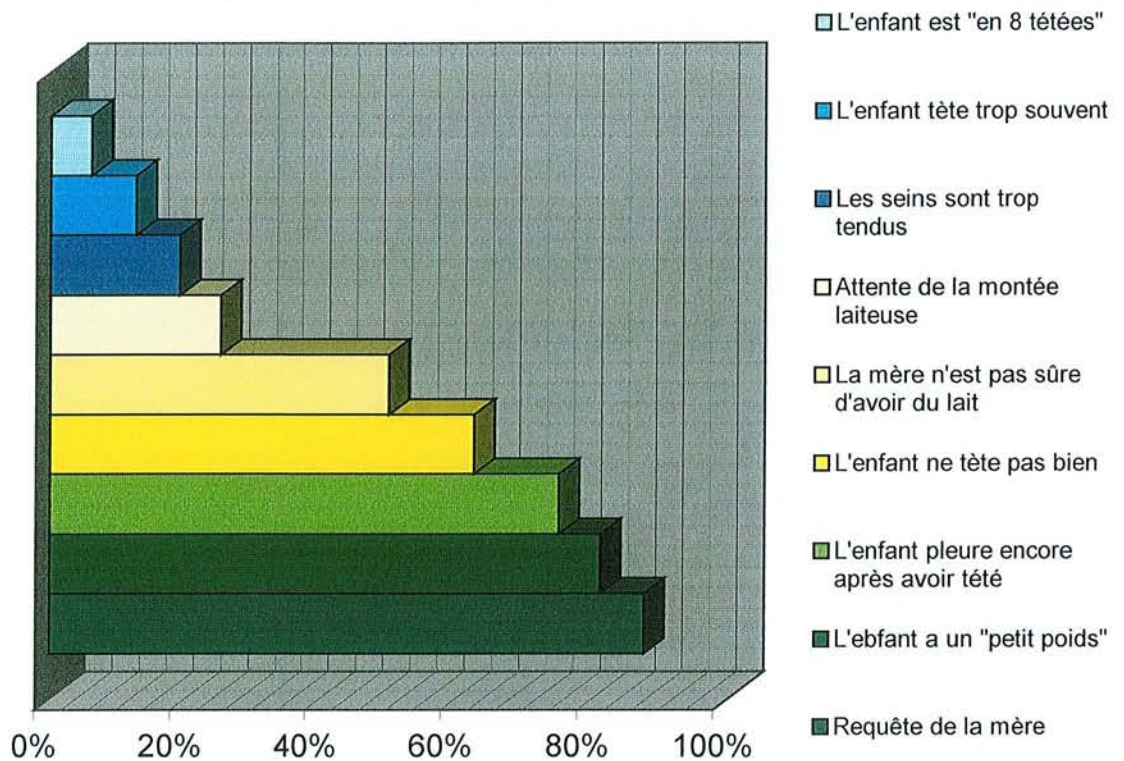
❖ **Concernant les compléments de lait artificiel**

- Toutes en ont déjà donné sans pour cela qu'il y ait eu de prescription médicale.
- Les raisons évoquées sont :
  - ✓ Une requête de la mère pour 87,5% d'entre elles
  - ✓ L'attente de la montée de lait pour 25% des sages-femmes
  - ✓ La faim de l'enfant qui ne tète pas bien pour 62,5% d'entre elles
  - ✓ Les seins qui sont trop tendus pour 19% d'entre elles
  - ✓ L'enfant qui pleure encore après avoir tété au sein pour 75%
  - ✓ L'enfant qui tète trop souvent pour 12,5%
  - ✓ La mère qui n'est « pas sûre d'avoir du lait » et qui voudrait qu'on lui apporte un complément « au cas où » pour 50%
  - ✓ L'enfant qui a un « petit poids », avec l'idée qu'il faut compléter tous les « petits poids » pour 81% d'entre elles
  - ✓ Les enfants qui sont à 8 tétées, pour 6% des auxiliaires de puériculture.

(voir figure 8, page suivante)

- ❖ 44% des auxiliaires de puériculture ont déjà eu l'occasion de constater l'échec d'un allaitement au sein, faute de temps pour l'encadrer correctement tétée après tétée, alors que la situation manifestait un besoin particulier.
- ❖ 75% ont déjà constaté qu'une patiente dont elles avaient la charge avait reçu de la part d'une collègue des informations contredisant leur propre discours.

**Figure 8 : Raisons évoquées par les auxiliaires de puériculture pour justifier les compléments de lait artificiel**



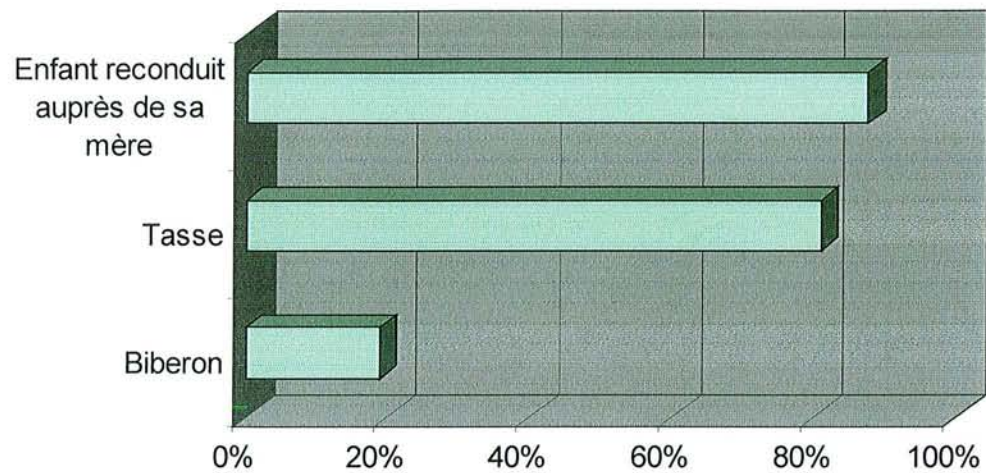
- ❖ Aucune des auxiliaires de puériculture du secteur mère / enfant ne trouve qu'il est facile pour une mère en suites de couches, d'allaiter son enfant hospitalisé en néonatalogie (contexte psychologique mis à part).

Les raisons citées sont les suivantes :

- ✓ Il y a moins de conseils donnés en néonatalogie quant aux positions d'allaitement, à la fréquence des tétées...
- ✓ Les mères sont moins entourées qu'en secteur mère / enfant.
- ✓ Il n'est pas toujours possible de mettre l'enfant au sein, et tirer son lait n'est pas toujours évident pour la mère.
- ✓ Les mères allaitantes sont mal installées en néonatalogie, la salle mise à disposition n'est pas adaptée à un allaitement serein.

- ✓ L'acheminement vers la néonatalogie du lait tiré en suites de couches est difficile.
  - ✓ Le personnel soignant de néonatalogie est mal formé à l'allaitement au sein.
  - ✓ Les renseignements donnés par le personnel de néonatalogie sont différents de ceux donnés en secteur mère / enfant.
  - ✓ Le personnel de néonatalogie n'a pas le temps de prendre en charge convenablement les mères qui désirent allaiter.
- ❖ 94% proposent parfois aux patientes de garder leur enfant en pouponnière pour la nuit, même si le mode d'allaitement choisi est l'allaitement au sein.
- Les cas évoqués sont :
    - ❖ La nuit suivant une césarienne pour 75% d'entre elles
    - ❖ Une demande de la patiente pour 75% d'entre elles
    - ❖ Lorsqu'elles remarquent que la patiente est fatiguée pour 75%
    - ❖ Quand l'enfant pleure beaucoup pour 6% d'entre elles
    - ❖ Si la maman craque et a besoin de repos pour 6%.
  - Dans le cas où un enfant allaité est en pouponnière la nuit :
    - ✓ 19% utilisent le biberon
    - ✓ 81% utilisent la tasse
    - ✓ 87,5% reconduisent l'enfant auprès de sa mère pour téter, si cette dernière le souhaite, si l'activité le permet, ou, pour l'une des auxiliaires de puériculture s'étant exprimées, si elle a eu sa montée laiteuse.

**Figure 9 : Auxiliaires de puériculture et mode d'allaitement en pouponnière**



- ❖ Seulement 56% des auxiliaires de puériculture exprimées informent systématiquement les patientes allaitant leur enfant, et dont elles ont la charge, de l'existence d'associations de soutien à l'allaitement maternel, avant leur retour à domicile. Notons que les 44% qui ont répondu par la négative sont pourtant toutes des personnes ayant suivi une formation complémentaire concernant l'allaitement.
- ❖ 87,5% des auxiliaires de puériculture exprimées pensent qu'unifier les connaissances, et ainsi le discours des différents intervenants auprès des patientes, dans le contexte de l'allaitement au sein, est une nécessité. 81% pensent également que la formation initiale de chaque personnel de santé et son expérience ne sont pas suffisants.
- ❖ Ainsi, 81% pensent que la création d'un poste de sage-femme consultante en lactation serait intéressant et utile au sein de l'unité mère / enfant de la MRAP. Il serait alors concevable pour 75% d'entre elles que cette consultante en lactation assure une sorte de formation et uniformisation des connaissances du personnel, au fil des cas cliniques rencontrés.

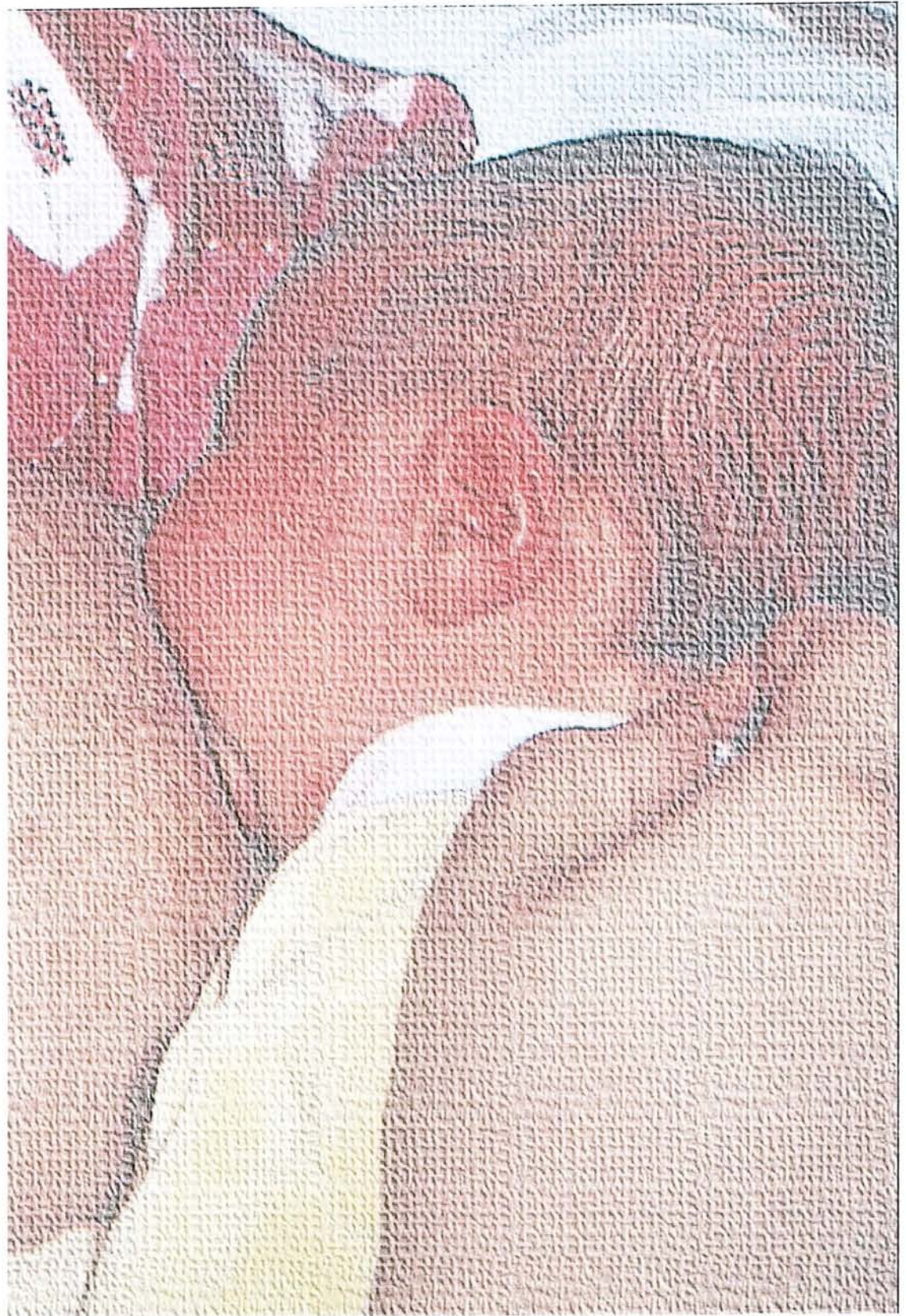
Voyons maintenant quels sont les objectifs de santé publique quant à l'allaitement, au niveau international puis national, avant d'analyser à leur regard, toutes les données recueillies sur la MRAP.

*Troisième partie :*

*Répondre à l'une*

*des priorités de*

*santé publique*



# *1. Les objectifs de santé publique*

## *au niveau international*

### *1.1. 1981 : le Code International de commercialisation des substituts de lait maternel<sup>1.2.3</sup>* (Annexe 2a)

Quelle que soit la qualité des laits de substitution et le soin porté à leur préparation, le lait maternel reste très largement supérieur. Pour protéger l'allaitement maternel des politiques commerciales efficaces de l'industrie alimentaire infantile, l'OMS et l'UNICEF ont élaboré le « Code International de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel », demandant aux pouvoirs publics de chaque pays de réglementer des pratiques commerciales mettant l'allaitement en danger. (Ce danger ayant été confirmé par des études expérimentales dont les résultats sont reportés en annexe 2b<sup>3</sup>.)

En 1981, l'Assemblée Mondiale de la Santé a ainsi adopté par 118 pays (un seul Etat a voté contre, les Etats-Unis, pour finalement s'y rallier en 2002) le « Code International de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel ».

---

<sup>1</sup> Page internet : <http://www.ibfan.org/french/resources/who/fullcode-fr.html#top>

<sup>2</sup> Page internet : <http://maternage.free.fr/allaitement.htm#allaitement5>

<sup>3</sup> Organisation Mondiale de la Santé, département santé et développement de l'enfant et de l'adolescent Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement, 1999, p.65-67



En préambule, ceux-ci affirment *le droit de tout enfant, de toute femme enceinte et de toute femme allaitante, à une nourriture adéquate en tant que moyen d'acquérir et de conserver la santé.*

Ils sont conscients du fait que *l'allaitement au sein est un moyen inégalé de donner aux nourrissons la nourriture idéale pour une croissance et un développement sains.*

Ils reconnaissent entre autre *qu'encourager et protéger l'allaitement au sein tient une place importante parmi les mesures sanitaires, nutritionnelles et autres mesures sociales nécessaires pour favoriser la croissance et le développement sains du nourrisson et du jeune enfant ; et que l'allaitement au sein constitue un aspect important des soins de santé primaire.*

Ils soulignent *qu'il existe divers facteurs sociaux et économiques affectant l'allaitement au sein et pensent par conséquent que les gouvernements devraient élaborer des systèmes de soutien social pour le protéger, le faciliter, et l'encourager, et créer à cet effet un environnement qui favorise l'allaitement au sein, fournit un appui familial et communautaire approprié, et protège les mères contre les facteurs qui entravent l'allaitement au sein.*

Ainsi, le but du Code, décrit dans l'article 1, *est de contribuer à procurer aux nourrissons une nutrition sûre et adéquate en protégeant et en encourageant l'allaitement au sein, et en assurant une utilisation correcte des substituts du lait maternel, quand ceux-ci sont nécessaires, sur la base d'une information adéquate et au moment d'une commercialisation et d'une distribution appropriées.*

L'article 4 de ce Code est relatif à l'information et l'éducation. *Les gouvernements devraient assumer la responsabilité de veiller à ce qu'une information objective et cohérente sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant soit fournie aux familles et à tous ceux qui jouent un rôle dans le domaine de la nutrition du nourrisson et du jeune enfant. Cette responsabilité devrait s'appliquer soit à la planification, à la distribution, à la conception et à la diffusion de l'information, soit au contrôle de ces activités.*

L'article 6 est relatif aux systèmes de soins de santé. *Les autorités sanitaires des Etats membres devraient prendre des mesures appropriées pour encourager et protéger l'allaitement au sein et promouvoir les principes du Code ; elles devraient fournir aux agents de santé des renseignements et des conseils appropriés concernant leurs responsabilités.* L'alinéa 2 précise qu'*aucune installation d'un système de soins de santé ne devrait être utilisée pour la promotion de préparations pour nourrissons ou d'autres produits visés par le Code. Celui-ci n'exclut cependant pas la diffusion d'informations aux personnels de santé.*

L'article 7 s'adresse aux agents de santé. *Ils devraient encourager et protéger l'allaitement au sein ; et ceux qui s'occupent spécialement de la nutrition des mères et des nourrissons devraient se familiariser avec les responsabilités qui leur incombent en vertu du Code.* Le second alinéa précise que *les informations fournies aux professionnels de la santé par les fabricants et les distributeurs au sujet de produits visés par le Code devraient se borner aux données scientifiques et aux faits.*

Notons que ce Code est régulièrement réactualisé par des résolutions prises durant l'Assemblée Mondiale de la Santé. La dernière date de mai 2003.

L'étude du Code International de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel fait partie du programme de formation des consultantes IBCLC. Cette professionnelle est donc qualifiée pour aider un établissement à l'appliquer. En outre, son activité au sein d'une maternité, ou le rôle d'enseignante qu'on peut lui attribuer, répondraient tout à fait à l'article 4.

## 1.2. 1990 : La déclaration d'Innocenti sur la protection, l'encouragement, et le soutien de l'allaitement maternel

(Annexe 3)

En 1990, la déclaration d'Innocenti est élaborée et adoptée par 32 pays dont la France, et des organisations non-gouvernementales, lors d'une réunion prospective de l'OMS et de l'UNICEF consacrée à « l'allaitement maternel dans les années 90 : une initiative mondiale ». Elle fixait, pour chaque gouvernement, des objectifs précis à adopter pour 1995. Parmi ceux-ci :

- *faire en sorte que chaque établissement assurant les prestations de maternité respecte pleinement les « Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel » énoncées dans la déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF intitulée « Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel: le rôle spécial des services liés à la maternité ».*

(Nous détaillerons ces dix conditions dans le chapitre suivant.)

- *prendre des mesures pour mettre en oeuvre intégralement les principes et l'objectif de tous les articles du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et les résolutions pertinentes adoptées ultérieurement par l'Assemblée mondiale de la santé.*

Le but est alors de protéger les familles des pratiques commerciales agressives. Et comme nous l'avons vu, une aide à cette mise en œuvre pourrait être fournie par une consultante IBCLC.

- protéger les femmes qui travaillent ;

---

<sup>1</sup> Page internet : <http://maternage.free.fr/innocenti.htm>

- inclure l'allaitement dans les programmes de santé publique et mettre en place un comité de pilotage.

### 1.3. 1991 : Lancement de l'Initiative Hôpital Ami des Bébé<sup>1,2</sup>

Constatant que le contact entre les mères et les agents de santé au cours de la grossesse et durant les premiers jours du post-partum entraînait une baisse du nombre des bébés allaités au sein, l'UNICEF et l'OMS se sont adressées au personnel des maternités dans une « Déclaration conjointe » (OMS, 1989). Ce texte donne des repères pour encourager l'allaitement maternel exclusif à la naissance du bébé, notamment avec les « Dix conditions fondamentales pour le succès de l'allaitement », règles de conduite pour le personnel hospitalier. En effet, tant que ne seront pas améliorées les pratiques en vigueur, il sera vain de vouloir encourager l'allaitement hors d'un service de santé. Quand bien même on ne saurait tenir pour seuls responsables du faible taux d'allaitement exclusif les soins dispensés en maternité de manière inappropriée, on ne peut cependant pas ignorer qu'une prise en charge correcte constituerait une condition préalable à un accroissement de ce taux.

Les Dix Conditions sont les suivantes :

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

---

<sup>1</sup> Page internet : <http://perso.wanadoo.fr/ipa/international/IHAB.HTML>

<sup>2</sup> Organisation Mondiale de la Santé, département santé et développement de l'enfant et de l'adolescent  
Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement, 1999

On considère en effet qu'une directive qui peut exister implicitement doit être transcrite afin d'être maintenue lorsqu'un changement de personnel survient, ou lorsqu'il s'agit d'influer sur une opinion divergente.

Afin d'illustrer les conséquences de politiques précaires, considérons les résultats d'une étude menée aux Etats-Unis d'Amérique en 1990, par *Stokamer*. Il constatait l'échec d'un programme de promotion de l'allaitement au sein d'une structure hospitalière en milieu déshérité, faute de soutien administratif et de contrôle. Les cours de formation, accessibles à tout le personnel mais facultatifs, n'étaient que peu suivis. La direction n'avait pas pris en considération le degré d'acceptation des directives liées à l'allaitement par le personnel.

Au contraire, l'efficacité de politiques rigoureuses est prouvée par de nombreuses études. Entre autres, en 1991, *Popkin et al* ont analysé un programme de promotion de l'allaitement conduit à Honduras entre 1982 et 1988. Les hôpitaux avaient adopté une politique d'allaitement précoce, de placement de l'enfant dans la chambre de sa mère, et d'abandon de présents sous forme de lait artificiel et de biberons. Le résultat en fut une augmentation significative de l'initiation et de la durée de l'allaitement, et les auteurs en ont conclu que les changements opérés dans les politiques et la formation au sein de l'hôpital constituaient les aspects majeurs du programme.

## **2. Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.**

Bien que l'utilité d'une formation soit amplement reconnue, on évalue ses résultats depuis peu seulement.

En 1992, *Becker* a rendu compte d'une enquête de petite envergure menée en Irlande dans trois services de maternité, auprès de professionnels de santé, afin d'évaluer leurs connaissances. En trois ans, le service auquel le taux d'allaitement avait le plus progressé était celui dont le personnel donnait les meilleurs résultats, et le seul pouvant se prévaloir de la collaboration d'un professionnel possédant une spécialisation universitaire dans le domaine de

l'allaitement. Au sein des autres services où on ne constatait qu'un faible accroissement du taux d'allaitement, voire une chute de ce taux, le personnel considérait maîtriser suffisamment le domaine en question pour aider les mères. Les informations mises à leur disposition émanaient principalement de firmes produisant des laits artificiels, celles-ci assurant des visites régulières de représentants, parrainant des séminaires sur l'alimentation infantile, et mettant à disposition des mères toute une documentation. L'auteur en conclut qu'un cours de formation à l'allaitement destiné au personnel des services évalués était nécessaire, et que les connaissances d'une personne, telles que perçues par elle-même, n'étaient pas évocatrices de ses connaissances réelles.

L'expérience actuelle que l'on possède de l'IHAB semble confirmer que 18 heures de formation (soit 3 jours) constituent un minimum, quoique des cours dispensés sur une plus longue période (par exemple 5-6 jours à temps plein), intégrant des séances cliniques quotidiennes soient souhaitables. Et afin de garantir une modification des pratiques hospitalières, la formation doit être rendue obligatoire et aller de paire avec des politiques rigoureuses, spécifiques au domaine de l'allaitement. Nulle intervention seule n'apparaît suffisante.

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

Il a été démontré à de nombreuses reprises que dans les pays développés, un tiers des femmes voire la moitié d'entre elles, décident de l'alimentation de leur enfant préalablement à leur grossesse (*Hally et al*, 1984 ; *Neifert et al*, 1988 ; *Dix*, 1991 ; *Graffy*, 1992). Fournir aux mères des informations favorables à l'allaitement n'est donc susceptible d'influencer que celles qui hésitent encore.

Témoignage en faveur d'une préparation prénatale, *Jamieson* (1994) et *Long* (1995) ont décrit les activités menées au Royaume-Uni par des groupes de travail sur l'allaitement, pendant la grossesse. Les sujets abordés concernaient principalement les connaissances, compétences, et attitudes (renforcer la confiance de la mère et lui apprendre comment positionner son

enfant au sein). Une évaluation du travail effectué montre qu'entre la huitième et la douzième semaine suivant la naissance, un écart de 20% séparait les mères qui avaient intégré le groupe de travail de celles qui dépendaient d'un groupe témoin, dans la pratique de l'allaitement (Long, 1995). (voir également annexe 4a)

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

Il arrive fréquemment que les nouveau-nés en bonne santé soient séparés de leur mère après l'accouchement et ne soient placés au sein qu'au terme de plusieurs heures. Or, développer un contact tactile précoce et donner l'occasion au nouveau-né de téter dans la première demi-heure environ qui suit la naissance agissent positivement sur la mise en route de l'allaitement et sur sa poursuite. (annexe 4b)

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

Dans le cas de certaines mères, l'allaitement ne présente pas de difficulté. Une aide sera toutefois nécessaire à un grand nombre, en particulier s'il s'agit d'une femme primipare. L'allaitement n'étant pas uniquement le fait d'un comportement instinctif, des techniques doivent être assimilées.

Ainsi, bien que des messages didactiques formulés de manière réfléchie présentent un intérêt (Altobelli et al, document non publié, 1991), ils ne constituent pas cependant la plus efficace des assistances. Une aide pratique dispensée de manière individuelle sur les techniques d'allaitement (Righard et Alade, 1992 ; Perez-Escamilla et al, 1992) ainsi qu'un soutien psychologique visant à renforcer la confiance de la mère en elle-même (Hofmeyr et al, 1991) paraissent influencer plus significativement sur la durée de l'allaitement. Les

mêmes principes s'appliquent lors d'une séparation entre la mère et son enfant. Une aide prodiguée de manière opportune en maternité, aussi court y soit le séjour, engendrera des résultats jusqu'à 4 mois après la naissance.

(annexe 4c)

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

Afin d'illustrer les conséquences sur l'allaitement de l'usage fait en maternité des apports alimentaires et des compléments de lait artificiel, voyons quelles ont été les conclusions tirées par *Leefsama* et *Habatsky* suite à une étude non expérimentale menée en Israël. Ayant mené une étude longitudinale, ils ont établi que des nourrissons dont l'alimentation était complétée par des substituts du lait maternel durant les premières heures de vie ne seraient probablement plus allaités 6 semaines après leur naissance. Un usage répété d'apports alimentaires a été associé à une plus grande probabilité d'absence d'allaitement. (annexe 4d)

## **7. Pratiquer la cohabitation mère/enfant 24 heures par jour.**

Lorsqu'au début du vingtième siècle le nombre de mères accouchant en milieu hospitalier a augmenté, des pratiques de soins délivrées en pouponnière et destinées aux nouveau-nés ont été adoptées. De nos jours, on note encore que de nombreuses maternités conservent une pouponnière destinée aux nouveau-nés bien-portants.

Cependant, de nombreuses études (annexe 4e) ont analysé comment le placement de l'enfant auprès de sa mère pouvait influencer les intentions de celle-ci à l'égard de l'allaitement au moment de quitter la maternité, le taux d'allaitement à plus long terme, la précocité de la production lactée, ainsi que la relation mère/enfant.



## **8. Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant et de la mère.**

L'idée selon laquelle donner des tétées à heures fixes est préférable à la fois pour le nourrisson et pour sa mère a été introduite au début du vingtième siècle dans l'intention d'appréhender l'allaitement de manière « scientifique » et sûre (Fisher, 1985 ; Klaus, 1987 ; Inch et Garforth, 1989).

Or, nous savons aujourd'hui que dans les toutes premières semaines de vie, les besoins alimentaires de l'enfant déterminent la quantité de lait produite. Ainsi, inciter les mères à réduire soit la fréquence, soit la durée des tétées risque de nuire au processus d'adaptation et d'aboutir au phénomène d'engorgement, à une production lactée insuffisante, ainsi qu'à divers autres problèmes. Quatre études quasi-expérimentales ont évalué les effets d'un allaitement pratiqué sans restriction. (annexe 4f)

*Illingworth et Stone* (1952) ont montré que l'allaitement à la demande de l'enfant lui permettait de retrouver plus rapidement son poids de naissance, diminuait la fréquence des inflammations des mamelons et de l'engorgement des seins, et favorisait l'allaitement total un mois après la naissance.

*Slaven et Harvey* (1981) ont montré que la limitation de la durée des tétées sans pour autant en restreindre la fréquence, diminuait notablement le nombre de mères continuant à allaiter 6 semaines après la naissance.

*De Carvalho et al* (1983) ont observé au quinzième jour de l'enfant, une prise quotidienne de lait plus importante lorsqu'est pratiqué l'allaitement à la demande (725ml contre 502ml / 24h), ainsi qu'une prise de poids plus grande depuis la naissance (561 contre 347g). Ils ont également constaté (1984) que l'inflammation des mamelons n'était pas le fait de tétées plus longues ou plus fréquentes.

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

On trouve des sucettes dans le monde entier et les professionnels de santé autant que la plupart des gens considèrent généralement que leur usage est anodin, voire nécessaire et favorable au développement de l'enfant (*Victoria et al*, 1997).

Or, les témoignages de mères et de professionnels de santé sont nombreux qui font état de difficultés à placer un enfant au sein dès lors que le biberon a été utilisé (*Musoke*, 1990 ; *Mohrbacher et Stock*, 1991 ; *Riordan*, 1991). On a établi que de nombreuses différences, tant mécaniques que dynamiques, caractérisaient distinctement la succion exercée sur un sein par rapport à celle exercée sur une tétine artificielle (*Ardran*, 1958 ; *Woolridg*, 1986 ; *Nowak, Smith et Erenberg*, 1994). Leur existence donne à penser que l'utilisation d'une tétine risque alors de perturber l'apprentissage de la tétée, indépendamment de l'effet des compléments sur l'appétit de l'enfant.

Concernant les sucettes, elles sont généralement utilisées afin de calmer un enfant sans avoir à le nourrir pour autant. Leur usage entraîne alors parfois une diminution de la fréquence quotidienne des tétées (*Victoria et al*, 1997). Et lorsque la stimulation exercée sur le mamelon n'est pas suffisante, que le nourrisson extrait une moindre quantité de lait, la production lactée diminue, entraînant dans certains cas une interruption précoce de l'allaitement.

(annexe 4g)

Ainsi, éviter complètement l'utilisation de tétines artificielles et de sucettes qui se trouvent à l'origine d'une interruption précoce de l'allaitement, serait souhaitable en maternité afin que les familles ne soient pas soumises à des messages contradictoires.

#### **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.**

De nombreuses formes de soutien postnatal à l'allaitement ont en effet montré qu'elles contribueraient à prolonger la durée de l'allaitement. Le fait que cette aide soit dispensée au départ dans le cadre de la maternité représente

certainement un atout dans la mesure où cela permet à la mère d'engager l'allaitement et de prévenir toute difficulté. Un effet de synergie s'opère lorsque cette aide est dispensée durant la période prénatale, pendant le séjour en maternité puis de retour au domicile. (annexe 4h)

Enfin le rôle des hôpitaux dans la formation du personnel médical désignait ce lieu comme cible privilégiée d'une action d'envergure.

En 1991, lors d'une réunion de l'Association Internationale de Pédiatrie à Ankara, l'UNICEF et l'OMS lancèrent l'Initiative Hôpital Ami des Bébé (IHAB). Le but de cette action est de favoriser l'allaitement maternel dans les maternités. Afin d'assurer un environnement favorable aux mères allaitant leur bébé, « les 10 conditions fondamentales pour le succès de l'allaitement maternel » ci-dessus énoncées, doivent être mises en application.

Les maternités qui suivent ces recommandations reçoivent alors le label "Ami des Bébé", concrétisé par une plaque apposée à la porte de l'établissement.

L'UNICEF, plus particulièrement chargée de l'organisation de l'Initiative, invite les États à mettre en place un Comité National d'Allaitement, dont l'une des fonctions est de mettre en place concrètement l'IHAB.

#### *1.4. 2001 : La 54<sup>ème</sup> Assemblée Mondiale de la Santé<sup>1</sup>*

Une commission scientifique de l'OMS a passé en revue la littérature portant sur la durée optimale d'allaitement exclusif (plus de 3000 références),

---

<sup>1</sup> Page internet : [http://maternage.free.fr/recommandations\\_int.htm](http://maternage.free.fr/recommandations_int.htm)

en matière de croissance infantile, de morbidité, de statut pour le fer, de prévalence des pathologies atopiques, et du développement neurologique de l'enfant ; la perte de poids chez la mère et la durée de l'aménorrhée lactationnelle ont aussi été prises en compte. Cette commission a conclu que l'allaitement exclusif pendant 6 mois (pendant 4 à 6 mois dans les précédentes recommandations) présente divers avantages pour l'enfant et la mère. Ils le recommandent donc, ainsi que sa poursuite au-delà de 6 mois, parallèlement à l'introduction d'autres aliments de bonne valeur nutritionnelle.

Grâce au soutien et à la réflexion des organisations de promotion de l'allaitement, les nouvelles recommandations de l'OMS ont été votées le 16 mai 2001 par l'Assemblée Mondiale de la Santé.

## *2. Les objectifs de santé publique*

### *au niveau national*

#### *2.1. Code de la consommation relatif à la distribution gratuite des préparations pour nourrissons, à la documentation, et au matériel de présentation les concernant.*<sup>1</sup>(annexe 5)

Le 8 août 1998 est paru au Journal Officiel le décret n°98-688 du 30 juillet 1998, pris en application de l'article L.121-53 du Code de la consommation.

Ce décret répond, 17 ans après sa ratification au niveau international, aux directives données dans le Code de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel. Le Premier ministre, Lionel Jospin, a ainsi pris des mesures pour donner effet aux principes et au but du Code.

#### *2.2. Où en sommes-nous par rapport à la déclaration d'Innocenti ?*

Cette déclaration fixait notamment pour objectif que chaque gouvernement ait, d'ici 1995 :

---

<sup>1</sup> J.O. Numéro 182 du 8 août 1998, page 12154

<sup>2</sup> Page internet : <http://maternage.free.fr/innocenti.htm>

*Fait en sorte que chaque établissement assurant les prestations de maternité respecte pleinement les Dix conditions fondamentales pour le succès de l'allaitement maternel énoncées dans la déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF, intitulée « Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel ».*

Un constat afin d'illustrer le fait que cet objectif n'est pas atteint dans chaque établissement :

A ce jour, seulement trois établissements français, la maternité de Lons-le-Saunier dans le Jura, la maternité Saint-Jean à Roubaix, et la maternité de Cognac, ont obtenu le label « Hôpital, ami des bébés ».

Pour ce qui est d'inclure l'allaitement dans les programmes de santé publique, nous verrons dans les pages qui suivent que l'allaitement tient une place dans le PNNS.

### *2.3. L'Initiative Hôpital Ami des Bébé (IHAB)<sup>1</sup>*

Pour obtenir ce label « Hôpital Ami des Bébé » (HAB), les maternités doivent d'abord procéder à leur auto-évaluation d'après des dossiers fournis, puis programmer une formation complémentaire si nécessaire, et enfin, se faire évaluer par des experts désignés par l'« Autorité Nationale pour l'Initiative », qui est inexistante en France.

En attendant un soutien actif de la part du gouvernement français, la Coordination Française pour l'Allaitement Maternel (CoFAM) a mis en place les premières structures pour permettre de débiter les évaluations et attributions du label aux maternités qui le réclament.

---

<sup>1</sup> Page internet : <http://perso.wanadoo.fr/ipa/international/IHAB.HTML>

Les maternités qui suivent les « Dix recommandations pour le succès de l'allaitement maternel » et qui s'engagent à ne pas distribuer d'échantillons ni de stocks gratuitement ou à bas prix de substituts du lait maternel, reçoivent le label HAB, concrétisé par une plaque apposée à l'entrée de l'établissement.

La France n'a désigné qu'en décembre 2000 son premier Hôpital Ami des Bébés, à Lons-le-Saunier dans le Jura. Depuis, deux autres équipes se sont vues décerner ce label : la maternité de la clinique Saint-Jean de Roubaix, dans le Nord, en mai 2002, et la maternité de Cognac, en octobre 2003.

Une consultante en lactation, par ses connaissances spécialisées en lactation et en allaitement maternel, ses compétences dans l'accompagnement à l'allaitement maternel, et dans l'apport des bases du savoir et du savoir-faire dans une équipe pluridisciplinaire, a la capacité d'aider un établissement volontaire à satisfaire aux évaluations afin de se voir attribuer ce prestigieux label.

#### 2.4. Le Plan National de Nutrition et de Santé<sup>1</sup> (annexe 6)

Le 31 janvier 2001, le Secrétariat d'Etat à la Santé et aux Handicapés présentait le Programme National Nutrition-Santé (PNNS) 2001-2005, faisant suite à un constat : l'alimentation et l'état nutritionnel participent de façon essentielle au développement et à l'expression clinique des maladies qui sont aujourd'hui les plus répandues en France, comme dans l'ensemble des pays industrialisés. A savoir les maladies cardiovasculaires, les tumeurs malignes, l'obésité, l'ostéoporose, le diabète, et l'hypercholestérolémie.

---

<sup>1</sup> Secrétariat d'Etat à la Santé et aux Handicapés,  
Programme National Nutrition-Santé PNNS 31 janvier 2001  
Discours, Communiqué de presse.

Ainsi, l'objectif général du PNNS est d'améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs qu'est la nutrition.

Parmi les neuf objectifs nutritionnels spécifiques du PNNS, se trouve la promotion de l'allaitement maternel.

Six axes stratégiques ont été mis en place dans le but d'informer, éduquer, et orienter, afin d'atteindre chacun des neuf objectifs nutritionnels spécifiques.

Le premier axe est l'information et l'orientation des consommateurs vers des choix alimentaires et un état nutritionnel satisfaisant. Ceci en diffusant une information simple, claire et exhaustive, qui doit viser la population générale, mais aussi les publics qui ont des besoins nutritionnels spécifiques, et notamment les femmes enceintes.

Le sixième axe est l'engagement de mesures et d'actions de santé publique destinées à des groupes spécifiques. Parmi les objectifs de cet axe, nous voyons que pour 2001, la priorité était donnée entre autre à la promotion de l'allaitement maternel. Cette priorité avait été fixée suite au constat du retard de la France par rapport aux autres pays européens dans la pratique de l'allaitement maternel, y compris sa durée. L'objectif était alors de combler ce retard en fournissant aux femmes et aux mères un contexte favorable à un choix en faveur de l'allaitement maternel et à la prolongation de sa durée. De 2001 à 2005, les actions prévues dans ce but sont :

- s'appuyer sur les recommandations pour la pratique clinique concernant la nutrition de la femme enceinte,
- rédiger et diffuser un document scientifique validé à destination des professionnels relais sur l'intérêt santé de l'allaitement maternel dans un pays comme la France,
- renforcer l'application des directives européennes sur la promotion des substituts du lait maternel (y compris dans les maternités),



- former les personnels des maternités à l'aide à l'initiation de l'allaitement à la naissance,
- favoriser durant les consultations prénatales une information satisfaisante des femmes sur l'allaitement,
- informer, à ce moment, les femmes sur l'introduction des aliments de compléments.

Là encore, notons que la mise en place des quatre dernières actions dans un établissement correspondent tout à fait à la compétence d'une consultante en lactation.

### 2.5. Les recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES)<sup>1,2</sup>

En mai 2002, l'ANAES a établi des recommandations sur la mise en œuvre et la poursuite de l'allaitement maternel dans les six premiers mois de vie de l'enfant.

La population concernée par ces recommandations est constituée des femmes ayant mis au monde un enfant sain né à terme. Elles s'adressent à tous les professionnels impliqués en périnatalité. Il est précisé que *pour appliquer ces recommandations, les professionnels doivent être formés à la pratique et au suivi de l'allaitement au cours de leurs études, et en formation continue.*

Dans le chapitre « modalités de mise en œuvre et d'accompagnement de l'allaitement lors de sa mise en route », on lit : *Toutes les interventions visant à changer les pratiques fondées sur tout ou partie des Dix conditions pour le*

---

<sup>1</sup> ANAES

Allaitement maternel – Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant recommandations mai 2002

<sup>2</sup> Page internet : <http://maternage.free.fr/allaitement.htm#allaitement6>

*succès de l'allaitement proposées par l'OMS et l'UNICEF dans le cadre de l'initiative « hôpitaux amis des bébés » améliorent le taux d'allaitement à la sortie de la maternité et entraînent une augmentation de la durée de l'allaitement exclusif. La mise en œuvre de ces conditions est recommandée mais rend nécessaire un profond changement des pratiques dans les maternités et la participation de l'ensemble des professionnels impliqués.*

Finalement, cette recommandation consacrée à l'allaitement maternel énonce les mêmes règles que celles délivrées depuis des décennies par les associations de soutien à l'allaitement maternel, qui sont en effet celles qui fonctionnent pour toutes les mamans comme l'allaitement à la demande, l'éviction des compléments, et bien d'autres encore.

L'ANAES est un organisme officiel français qui délivre ses recommandations dans tous les domaines de la santé et de la pratique clinique auprès de l'ensemble des professionnels de santé concernés.

Toutefois, les recommandations de l'ANAES n'ont pas un caractère obligatoire mais, constituant la synthèse la plus récente des publications médicales et scientifiques, elles sont à considérer comme la « bonne pratique » à observer, si l'on se veut un professionnel compétent à jour de ses connaissances.

### *3. La MRAP au regard des objectifs de santé publique*

En 1990, la déclaration d'Innocenti fixait pour objectif la mise en œuvre intégrale des principes et de l'objectif de tous les articles du Code International de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel. Nous avons vu que ce code est étudié par la consultante en lactation lors de sa formation. Or, cette connaissance des recommandations est nécessaire à leur application. En outre, cette professionnelle de l'allaitement est parfaitement à même de répondre à l'un des buts du Code, à savoir protéger et encourager l'allaitement au sein.

Autre objectif de la déclaration d'Innocenti, le respect des dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel. Est-il atteint dans notre établissement ?

La MRAP n'a manifestement pas de politique d'allaitement maternel formulée par écrit. En effet, le « support guide pour les soignants en présence d'un allaitement maternel » n'est pas la transcription d'une politique d'établissement concernant l'allaitement au sein, mais, comme son nom l'indique, n'est qu'un support à une pratique individuelle. En outre, si une réelle politique existait, les professionnels de santé interrogés ne constateraient pas de divergences dans les discours tenus auprès des mères.

La formulation par écrit d'une telle politique d'établissement pourrait être initiée et menée à bien par une consultante en lactation, qui a la compétence nécessaire à ce genre de travail. Notons qu'elle pourrait également réactualiser le « support guide ».

Pour ce qui est de donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique, la MRAP organise régulièrement des formations à l'allaitement maternel. Cependant, toutes les intervenantes auprès des mères en suites de couches ne les ont pas encore suivies. En outre, les sages-femmes du secteur mère / enfant devraient être plus sensibilisées à l'importance de l'allaitement au sein, puisqu'elles ne suivent apparemment pas toutes de manière volontaire les formations proposées.

Notons également que, certes moins officiel mais peut-être plus formateur qu'une intervention théorique, l'exposé et le traitement d'un cas concret par la consultante en lactation peut être intéressant pour réactualiser et unifier les connaissances.

Au sein de notre établissement, toutes les femmes enceintes ont la possibilité de participer à une réunion autour de l'allaitement maternel. Ainsi, les avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique peuvent être exposés à toutes les futures mères le souhaitant. La consultante en lactation a, là aussi, une place à occuper.

De manière générale, nous voyons qu'il n'est pas évident pour les mères séparées de leur enfant de l'allaiter et d'entretenir la lactation. Ces femmes dont le contexte psychologique n'est pas des plus favorables, se sentiraient sans doute rassurées, plus en confiance, si elles avaient la possibilité de s'entretenir avec une professionnelle de l'allaitement qui maîtrise parfaitement les situations particulières auxquelles elles sont confrontées. Et peut-être même plus qu'un simple entretien, dans ce contexte de pathologie (comme par exemple la prématurité ou une malformation telle une fente palatine), la patiente pourrait bénéficier d'un encadrement plus soutenu de son allaitement.

La sixième condition interdit tout aliment autre que le lait maternel, sauf indication médicale. Or, nous voyons que toutes les personnes ayant répondu au questionnaire, sage-femme ou auxiliaire de puériculture, ayant ou pas suivi une formation complémentaire, donnent régulièrement des compléments de lait

artificiel, sans pour cela qu'il y ait d'indication médicale. En outre, l'étude menée par le Dr Fontaine estime que le motif strictement médical des dons de compléments en secteur mère / enfant ne représente que 10% des cas.

Un effort est donc à faire à ce niveau-là. Et peut-être qu'un dialogue avec la consultante en lactation avant de donner à complément, pourrait permettre d'y trouver une alternative, et ainsi de diminuer cette fréquence.

La cohabitation mère / enfant 24 heures par jour exclut la pouponnière. Cependant, presque la moitié des nouveau-nés allaités au sein passent au moins une nuit en pouponnière, alors même que l'on sait que c'est pendant la nuit que le taux de prolactine est le plus élevé chez la mère allaitante. C'est également à ce moment-là que les enfants reçoivent des compléments. Le fait de ne pas téter fait alors courir outre un risque de diminution de la production lactée, un risque d'engorgement à la mère, source de complications ultérieures.

A la date de l'étude du Dr Fontaine, 32 bébés sur 100 avaient reçu une tétine pendant leur séjour à la maternité. Peut-être encore actuellement, ne la déconseillons-nous pas encore suffisamment, ou n'étayons-nous pas assez notre discours de « preuves scientifiques » (le but étant d'être censé, et non moralisateur). En outre, l'enquête nous montre que tous les enfants allaités au sein ne bénéficient pas du retour auprès de leur mère ou au moins de la tasse s'ils sont gardés en pouponnière pour la nuit.

Un effort est également encore à faire sur l'information des mères allaitantes au sujet de l'existence des associations de soutien à l'allaitement maternel.

Ainsi, nous voyons que les dix conditions fondamentales préconisées ne sont pas toutes réalisées au sein de la Maternité Régionale de Nancy, mais que la présence d'une professionnelle de l'allaitement maternel permettrait de progresser dans cet objectif.

## 4. En somme...

Les objectifs de santé publique élaborés par la France font écho à des recommandations internationales.

Nous avons vu que la MRAP ne répond pour le moment pas de manière satisfaisante à ces objectifs.

Les connaissances théoriques et pratiques des consultantes en lactation sont parfaitement adaptées pour que soient respectées, au sein d'un établissement tel la Maternité Régionale de Nancy, le décret du Code de la Consommation relatif aux préparations pour nourrissons, les Dix conditions fondamentales pour le succès de l'allaitement maternel. Ainsi, tout en suivant les recommandations de l'ANAES, en comptant parmi son personnel une consultante en lactation IBCLC, la MRAP répondrait aux objectifs fixés par la Déclaration d'Innocenti, et pourrait contribuer à améliorer les succès des allaitements maternels. Et en considérant les bénéfices des allaitements longs en matière de santé pour les enfants et les mères, cette amélioration aurait un impact non négligeable en matière de santé publique.

Des actions sont prévues par le Plan National Nutrition Santé, dans le but de promouvoir l'allaitement maternel. Nous voyons là encore aisément que la consultante IBCLC a les compétences requises pour participer à ces actions, et ainsi permettre à l'établissement dans lequel elle exerce, de répondre à l'un des objectifs du PNNS.

Ainsi, la mise en place d'un poste de consultante en lactation à la Maternité Régionale de Nancy, permettrait à l'établissement d'entrer dans des objectifs de santé publique. De ce fait, la Maternité accentuerait sa notoriété, et pourrait même se voir attribuer, d'ici quelques années, le prestigieux label Hôpital Ami des Bébés.

Depuis le 5 janvier 2004, le poste dont nous proposons la création et démontrons l'intérêt depuis le début de ce mémoire, est en place à la Maternité Régionale A. Pinard de Nancy. M<sup>me</sup> Catherine BARROYER a désormais le titre de sage-femme consultante en lactation.

Voyons concrètement, deux mois après la prise de ses fonctions, en quoi consiste exactement son activité.

Voyons également, alors que l'avis du personnel soignant du secteur mère/enfant était favorable avant sa mise en place, ce que pensent les sages-femmes et les auxiliaires de puériculture de ce nouveau service en place.

*Quatrième partie :*

*La consultante  
en lactation  
sur le terrain...*





## 1. Profil de poste

Madame BARROYER, initialement sage-femme de suites de couches à la Maternité Régionale A. Pinard, a eu l'opportunité de suivre la formation de consultante en lactation IBCLC, et d'en obtenir le titre.

Depuis le 5 janvier, elle occupe le poste de consultante en lactation IBCLC dans l'établissement.

Mais avant cela, il a fallu convaincre les autorités compétentes du bien fondé de la création de cette fonction. Pour ce faire, un projet de profil de poste avait été établi et soumis à la direction de la MRAP. Celui-ci déterminait les objectifs fixés. Il était le suivant :

### ➤ Informer les femmes enceintes :

- ✓ En préparation à la naissance, par des réunions d'information
- ✓ En consultation individuelle (destinée aux patientes venant de l'extérieur ou hospitalisées), ciblant les femmes présentant par exemple :
  - Des antécédents de difficultés d'allaitement,
  - Des antécédents de chirurgie mammaire,
  - Une grossesse multiple,
  - Une grossesse à risques...

➤ **Accompagner et conseiller les femmes ayant des problèmes concernant l'allaitement**

- ✓ Durant leur séjour à la maternité, mais aussi après leur retour à domicile
  - Des bébés de petit poids de naissance (prématurés, hypotrophes)
  - Bébés malades
  - Bébés porteurs de handicaps
  - Hypo- ou hypergalactie
  - Crevasses persistantes
  - Prise de poids lente
  - Stagnation staturo-pondérale
  - Problèmes de succion
  - Confusion sein-tétine
  - Entretien de la lactation en cas de séparation mère-enfant ou interruption temporaire
  - Accompagner les mamans au moment du sevrage
  
- ✓ Ceci, en assurant :
  - Des consultations individuelles durant leur séjour en maternité (en étroite collaboration avec le personnel du service)
  - Des consultations individuelles après leur retour à la maison (en leur proposant une écoute téléphonique et/ou un entretien au sein de la maternité pour une consultation ponctuelle et un suivi prolongé)
  - Des rencontres postnatales entre mamans allaitantes (leur permettant de partager leurs expériences vécues en matière d'allaitement et d'exprimer leurs problèmes)

➤ **Proposer des formations pour les professionnels de santé**

- Formation du personnel stagiaire (élèves : auxiliaires de puériculture, infirmières, médecins, puéricultrices, sages-femmes)
- Formation des nouveaux personnels permanents, afin de les former sur la politique d'allaitement de l'établissement
- Formation continue du personnel de la maternité (médical, paramédical, en contact direct avec les patientes). Tables rondes
- Formation continue pour les professionnels de santé d'autres établissements
- Intervention au sein des écoles de formation des personnels de santé (aides-soignantes, auxiliaires de puériculture, infirmières, puéricultrices, sages-femmes)

➤ **Travailler à l'élaboration d'une politique de soutien à l'allaitement au cœur de la maternité**

- Ecriture d'un consensus en collaboration avec tous les acteurs de santé pour un accompagnement optimal, avec réflexion sur nos pratiques
- Travailler en collaboration avec le service de médecine néonatale afin d'optimiser les relations inter-services et l'accompagnement mères-enfants
- A plus long terme, travailler à l'obtention du label « Hôpital Ami des Bébé »

## *2. Activité de la consultante en lactation*

*depuis 2 mois*

Mme BARROYER occupe son poste tous les jours de 14 à 18 heures, sauf le mercredi.

Son activité se partage entre :

- les réunions d'information sur l'allaitement dans le cadre de la préparation à la naissance,
- les réunions postnatales réservées aux jeunes mères allaitantes
- les cours dispensés dans
  - 1 école de puéricultrices
  - 2 écoles d'auxiliaires de puériculture
  - 1 Institut de Formation en Soins Infirmiers
  - 1 école de sages-femmes,
- la formation du personnel de la MRAP, exception faite du personnel du secteur de néonatalogie,
- les consultations sollicitées par des femmes venant de l'extérieur (non hospitalisées),
- les interventions auprès de patientes hospitalisées,
- les entretiens téléphoniques.

Notons également que l'exercice de la profession de consultante en lactation est soumis au respect d'un code de déontologie (annexe 7).

## 2.1. Les réunions d'information sur l'allaitement

Environ 2 réunions d'information sont organisées chaque mois à l'attention des femmes enceintes, qui peuvent s'y inscrire librement, quel que soit le mode de préparation à la naissance choisi, et même si elles ne suivent aucune préparation.

Animées par Mme AKPEMADO, Mme LARCHET et Mme BARROYER, ces informations permettent de répondre aux interrogations des futures mères quant aux avantages de l'allaitement au sein, et à sa pratique, ainsi que de rectifier les idées préconçues souvent erronées qu'elles peuvent avoir. Ainsi, c'est en disposant de données objectives que les femmes pourront choisir la manière dont elles nourriront leur enfant. En outre, les patientes choisissant d'allaiter leur enfant auront alors pu prendre connaissance de la présence d'une consultante en lactation dans les locaux de leur Maternité.

Pour les jeunes mères ayant accouché et allaitant leur bébé, l'occasion est donnée un mardi après-midi par mois, de venir partager leur expérience et leurs questions avec d'autres mamans. Ces rencontres se déroulent sous la direction de Mme BARROYER, ou de Mme MONVOISIN, sage-femme en secteur mère / enfant de la MRAP.

## 2.2. Les consultations de femmes venant de l'extérieur

Ces femmes ont eu connaissance de l'existence d'une professionnelle de l'allaitement maternel au sein de notre établissement par :

- la réunion d'information prénatale dont nous avons parlé précédemment,
- lors de leur séjour à la maternité,
- par l'intermédiaire d'Info Allaitement 54 (dont fait partie Mme BARROYER),
- par le point d'informations téléphoniques des sages-femmes de la MRAP,
- ou par le « bouche à oreille ».

Le temps consacré à ces consultations varie de 30 minutes à 1h30.

Les motifs de consultations évoqués jusqu'à présent ont été :

- la prise de poids lente ou faible
- la crainte de manque de lait
- les pleurs et tétées fréquentes
- la mycose mammaire
- la présence d'un nodule au sein
- la lymphangite uni- ou bilatérale
- le spasme du mamelon
- l'allaitement de jumeaux
- l'introduction d'un biberon de lait hypoallergénique
- la quantité trop importante de lait
- les bouts de seins douloureux
- les crevasses

Ainsi, nous voyons que la consultante en lactation a pu intervenir sur des sujets qui sont souvent prétextes à l'arrêt de l'allaitement. Sa compétence a alors permis à des allaitements de se poursuivre malgré la survenue de maux et difficultés.

Notons en outre que les patientes ayant consulté de la sorte, sont invitées à téléphoner à Mme BARROYER à la suite de leur rencontre, afin que cette dernière s'assure de la bonne efficacité des conseils et traitements préconisés.

### 2.3. Les entretiens téléphoniques

D'une durée de 5 à 45 minutes, ils ont essentiellement pour objectif de rassurer les mères et de donner des conseils au sujet de petits soucis ne nécessitant pas une consultation.

Lorsque le motif d'appel ne peut trouver de solution sans que la femme et son enfant ne soient vus, il leur est conseillé de se déplacer afin de s'entretenir avec la consultante en lactation à la Maternité.

Les motifs menant les femmes à contacter Mme BARROYER, outre à la suite d'une consultation dans l'enceinte de la Maternité, ont été jusqu'à présent :

- « un bébé de 10 jours ne tétant que 5 fois par jour, est-ce normal ? »
- des douleurs des mamelons au cours d'un allaitement d'un bébé de 3 semaines
- la hausse de température, associée à des courbatures et à un placard sur le sein ; « est-ce une lymphangite ? »
- les selles verdâtres d'un bébé de 5 semaines
- la douleur des mamelons irradiant dans les seins
- le réflexe d'éjection trop fort, avec un bébé de 2 mois qui pleure beaucoup
- la crainte de ne pas avoir assez de lait (bébé de 2 mois)
- « un bébé de 17 jours qui tète environ 1 heure au sein, est-ce normal ? »
- la perte de poids chez un bébé de 3 semaines
- l'hospitalisation d'un bébé pour bronchiolite, avec désir de poursuivre l'allaitement
- l'avis d'une professionnelle de l'allaitement quant à l'arrêt de l'allaitement lors du traitement d'une infection urinaire
- « mon bébé a 17 jours et pleure beaucoup, est-ce normal ? »



## 2.4. Les consultations et entretiens en chambre des patientes hospitalisées

Lorsque les patientes ont suivi l'information sur l'allaitement lors de leur préparation à la naissance, ou ont entendu parlé du nouveau poste en place par un autre intermédiaire, il arrive qu'elles sollicitent Mme BARROYER pour une confirmation de leur bonne pratique de l'allaitement, ou pour des questions qui leurs sont venues en ce début d'expérience. Néanmoins, son intervention auprès des patientes hospitalisées se fait majoritairement sur demande des sages-femmes des services concernés.

Ainsi, **en suites de couches**, Mme BARROYER est intervenue pour :

- un bébé de 5 jours qui tétait difficilement et une mère qui avait peu de lait
- un allaitement sur un antécédent de réduction mammaire
- la pratique des différentes positions d'allaitement, alors que les bouts de seins étaient très sensibles
- des conseils suite au retour à J5 d'un bébé né à 35 semaines d'aménorrhée de Médecine Néonatale, celui-ci ne tétant pas au sein
- des conseils et informations pour un bébé de 1 jour revenant du secteur de néonatalogie, et ne tétant pas
- des congestions mammaires importantes
- une maman ne désirant allaiter que sur un sein, ayant un bout de sein plat, et qui demandait des conseils pour y parvenir et un accompagnement au cours des tétées
- des bouts de seins volumineux par rapport à la petite bouche du bébé qui n'arrive pas bien à téter, à J2

- une maman qui, ne voyant rien couler, pensait ne pas être capable de nourrir correctement son enfant
- un bébé qui dormait beaucoup et ne tétait pas du tout au sein
- la crainte de ne pas avoir assez de lait
- la volonté de cesser l'allaitement en raison d'un ictère néonatal, la maman étant persuadée que la cause en était son lait
- l'aide aux tétées d'un enfant ayant une fente palatine postérieure
- de multiples questions.

Dans le **service de gynécologie** où sont accueillies les femmes présentant des complications de l'allaitement au sein, la consultante en lactation est intervenue pour :

- une lymphangite à 6 semaines de suites de couches (la patiente a été hospitalisée 2 jours avec son enfant)
- un abcès de sein ayant nécessité 7 jours d'hospitalisation pour la mère et son bébé de 5 semaines
- une lymphangite associée à une fatigue intense chez une mère souhaitant arrêter d'allaiter au sein.

**En Soins Polyvalents Continus**, elle est intervenue une fois pour une lymphangite.

**En anténatal**, Mme BARROYER a pu informer une patiente enceinte de 35 semaines d'aménorrhée et ayant précédemment vécu un allaitement qu'elle qualifiait de raté, sur la mise en route de l'allaitement au sein.

Nous voyons ainsi que les questions d'allaitement dépassent largement le cadre de la petite semaine d'hospitalisation en secteur mère / enfant, et que les connaissances requises pour traiter les différents cas rencontrés sont pointues.

## 2.5. Ce qu'en pensent les sages-femmes et auxiliaires de puériculture du secteur mère / enfant

Quelques sages-femmes du secteur mère / enfant, ainsi que des auxiliaires de puériculture ont bien voulu parler de la façon dont est ressentie la présence de la consultante en lactation au sein de la Maternité ; leur avis est partagé également par la plupart de leurs collègues, disent-elles.

L'opinion générale est globalement positive.

En effet, elles ont conscience de leurs limites par rapport à certaines situations, comme par exemple la prise en charge d'un allaitement dans un contexte de fente palatine.

En outre, elles sont d'accord avec le fait que l'allaitement maternel est une spécialité. Ainsi, pour elles, avoir la possibilité de passer la main à une telle spécialiste quand elles ne trouvent pas de solution à un problème, est une chance pour les patientes et leurs bébés, ainsi que pour le personnel soignant à qui est alors offert la possibilité d'enrichir ses compétences au travers d'un cas clinique.

Enfin, les patientes qui ont bénéficié d'une intervention de Mme BARROYER témoignent de leur satisfaction auprès des sages-femmes des services de suites de couches. Il faut effectivement bien se rendre compte que les patientes sont de plus en plus demandeuses de personnels qualifiés ; et ceci est d'autant plus appréciable pour eux que la consultante en lactation, qui se consacre uniquement à son domaine de spécialité, prend le temps d'écouter, d'observer, de discuter, et de conseiller. Ainsi, les patientes plus confiantes et mieux informées en fonction de leurs besoins, bénéficient d'un atout supplémentaire pour conduire un allaitement de longue durée.

## Conclusion

La société française entretient actuellement un rapport ambivalent avec l'allaitement au sein. En effet, à peine plus de la moitié des femmes ayant accouché en l'an 2000 ont allaité leur enfant à la naissance. Pourtant, cet aliment qui est l'objet de nombreuses recherches, prouve chaque jour son incroyable richesse tant pour la santé des enfants qui en jouissent, que pour la santé des mères qui l'offrent, ainsi que ses bénéfices au niveau affectif ou encore psychologique. L'allaitement maternel est donc un vaste champ d'études, ce qui en fait un véritable domaine de spécialité que maîtrisent les consultantes en lactation IBCLC.

Depuis une trentaine d'années maintenant, l'OMS et l'UNICEF ont fait de la promotion de l'allaitement maternel une priorité de santé publique au niveau international. En France, on la retrouve également depuis quelques années dans les objectifs de santé publique à plus ou moins long terme.

Ainsi, les maternités en particulier, se doivent désormais de mettre en œuvre des actions pour qu'augmentent le taux des enfants allaités à leur naissance et la durée des allaitements (certains bénéfices du lait maternel étant dose-dépendants). Pour ce faire, les connaissances théoriques et les compétences pratiques d'une consultante en lactation peuvent tout à fait être mises à profit.

Concernant plus précisément la Maternité Régionale de Nancy, la présence d'une consultante en lactation IBCLC au sein du secteur mère/enfant est non seulement bien acceptée par le personnel soignant qui est conscient de ses limites face à certaines situations pouvant se présenter dans le cadre d'un allaitement au sein, mais est également nécessaire pour que soient mises en

place des mesures permettant de tendre vers le respect des « dix conditions fondamentales pour le succès de l'allaitement maternel ».

Tant pour les patientes que pour le personnel soignant, l'établissement et l'amélioration de la santé générale, la création d'un poste de consultante en lactation est donc utile dans une structure telle la Maternité Régionale A. Pinard. Et dans quelques années, en soutenant ainsi ses efforts, peut-être ce centre de niveau III pourra-t-il commencer une auto-évaluation de ses pratiques, première étape vers l'obtention du prestigieux label « Hôpital Ami des Bébéés » ?

GILLOOLLY et al.

The relative effect of ascorbic acid on iron absorption from soy-based and milk-based formulas  
Am J Clin Nutr 40 : 522-27, 1984

DALLMAN P.

Upper limits of iron in infant formulas  
J Nutr 119 : 1852-55, 1989

DUFFY L.C., RIEPENHOFF-TALTY M., OGRA P. et al.

Modulation of Rotavirus enteritis during breast-feeding.  
Am J Dis Child 140 : 1164-68, 1986.

FACIONE N.

Otitis media : an overview of acute and chronic disease.  
Nurse Practit 15 : 11-22, 1990.

MERRETT T.G., BURR M.L., BUTLAND B.K. et al

Infant feeding and allergy  
Ann Allergy 61 (6 Pt 2) : 13-20, 1988

BRANGER B., et al.

Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes  
*Arch. Pédiatr.* ; 5: 489-496, 1998

### **TEXTES OFFICIELS**

J.O. Numéro 182 du 8 août 1998, page 12154

Secrétariat d'Etat à la Santé et aux Handicapés,  
Programme National Nutrition-Santé PNNS 31 janvier 2001  
Discours, Communiqué de presse.

ANAES

Allaitement maternel – Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant  
recommandations mai 2002

**PAGES INTERNET**

<http://maternage.free.fr/allaitement.htm#allaitement2>

<http://maternage.free.fr/allaitement.htm#allaitement5>

<http://maternage.free.fr/allaitement.htm#allaitement6>

<http://maternage.free.fr/allaitement.htm#allaitement11>

[http://maternage.free.fr/avantages\\_sante.htm](http://maternage.free.fr/avantages_sante.htm)

[http://maternage.free.fr/recommandations\\_int.htm](http://maternage.free.fr/recommandations_int.htm)

<http://maternage.free.fr/innocenti.htm>

<http://idees.parents.free.fr/panneaux.htm#comparatif>

<http://vivian.noel.free.fr/allait/home.htm>

<http://www.nutrition.be/SMAM%202002.htm>

<http://www.stillen.ch/present.htm>

[http://www.velb.org/ausb\\_fr.html](http://www.velb.org/ausb_fr.html)

<http://www.co-naitre.net/presen04.htm>

[http://perso.wanadoo.fr/ipa/CHIFFRES/france\\_chiffres.htm](http://perso.wanadoo.fr/ipa/CHIFFRES/france_chiffres.htm)

<http://www.ibfan.org/french/resources/who/fullcode-fr.html#top>

<http://perso.wanadoo.fr/ipa/international/IHAB.HTML>

**MEMOIRES, THESES ET ETUDES**

LANA C.

*Les femmes et l'allaitement maternel,*

mémoire pour obtention du diplôme de sage-femme, mars 2000

FLORION S.

*Allaiter, la mer à boire*

mémoire pour obtention du diplôme de sage-femme, mars 2002

MARCHAND-LUCAS L. et al,

*Le généraliste face aux déterminants de la conduite d'allaitement,*

thèse de doctorat de médecine, mars 1998

GABILLY F.

*Prise en charge des mères allaitantes*

thèse de doctorat de médecine, 2001

FONTAINE B.

*Mise en route de l'allaitement à la Maternité Régionale de Nancy, 2001*

SAARINEN U.M., KAJOSAARI M.

*L'allaitement en tant que prophylaxie à long terme de la maladie atopique : étude prospective ayant suivi des enfants jusqu'à l'âge de 17 ans.*

Laricet 1995

*Etude sur l'alimentation des nourrissons et l'allaitement maternel dans la Somme,*

Service de Protection Maternelle et Infantile, Conseil Général de la Somme, septembre 1996.

GOJARD S.

*L'allaitement : une pratique socialement différenciée*

Recherche et Prévision, CNAF, n°53, 1998



## Index des figures

- p. 34 :            Figure 1  
Données concernant l'allaitement dans les pays industrialisés.  
Source : Data base de l'OMS, 1996.
- p. 35 :            Figure 2  
Taux d'allaitement à la naissance de 1981 à 1998  
Source : INSERM
- p. 39 :            Figure 3  
Taux d'arrêt de l'allaitement en fonction du nombre de semaines  
S. FLORION, mars 2002
- p. 45 :            Figure 4  
Les sages-femmes de la MRAP par rapport aux formations sur l'allaitement
- p. 46 :            Figure 5  
Raisons évoquées par les sages-femmes pour justifier les compléments de lait artificiel
- p. 48 :            Figure 6  
Sages-femmes et mode d'allaitement en pouponnière
- p.49 :            Figure 7  
Les auxiliaires de puériculture et les formations concernant l'allaitement maternel
- p. 51 :            Figure 8  
Raisons évoquées par les auxiliaires de puériculture pour justifier les compléments de lait artificiel
- p. 52 :            Figure 9  
Auxiliaires des puériculture et mode d'allaitement en pouponnière

## Index des illustrations

### **COUVERTURE :**

Ma maman et moi-même.

### **1<sup>ère</sup> PARTIE :**

Laura, Silvain, et leur fille Elisa, avec leur aimable autorisation.

### **2<sup>ème</sup> PARTIE :**

Elisa

### **3<sup>ème</sup> PARTIE :**

Elisa

### **4<sup>ème</sup> PARTIE :**

Laura et Elisa, sa fille.

## Table des matières

Remerciements	1
Sommaire	2
Préface	4
Introduction	5
<u>Première partie : L'allaitement maternel, une spécialité ?</u>	7
<b>1. Historique de l'allaitement maternel</b>	8
<b>2. La richesse de l'allaitement maternel</b>	13
2.1. La richesse du lait maternel	13
2.2. Impact de l'allaitement sur la santé des enfants	17
2.3. Autres apports	18
2.4. En somme...	19
<b>3. Des spécialistes de l'allaitement maternel :</b>	
<b>Les consultantes en lactation</b>	21
<b>4. Une autre formation en la matière : Le Diplôme Universitaire</b>	
<b>« Lactation humaine et allaitement maternel »</b>	28
<b>5. En somme...</b>	30

<b>2. Les objectifs de santé publique au niveau national</b>	<b>69</b>
2.1. Code de la consommation relatif à la distribution gratuite des préparations pour nourrissons, à la documentation, et au matériel de présentation les concernant	69
2.2. Où en sommes-nous par rapport à la déclaration d'Innocenti ?	69
2.3. L'Initiative Hôpital Ami des Bébé	70
2.4. Le Plan National de Nutrition et de Santé	71
2.5. Les recommandations de l'ANAES	73
<b>3. La MRAP au regard des objectifs de santé publique</b>	<b>75</b>
<b>4. En somme...</b>	<b>78</b>
<u>Quatrième partie : La consultante en lactation sur le terrain...</u>	<b>80</b>
<b>1. Profil de poste</b>	<b>81</b>
<b>2. Activité de la consultante en lactation depuis 2 mois</b>	<b>84</b>
2.1. Les réunions d'information pour l'allaitement	85
2.2. Les consultations de femmes venant de l'extérieur	85
2.3. Les entretiens téléphoniques	87
2.4. Les consultations et entretiens en chambre des patientes hospitalisées	88
2.5. Ce qu'en pensent les sages-femmes et les auxiliaires de puériculture du secteur mère / enfant	90
Conclusion	91
Bibliographie	93
Index des illustrations	98
Table des matières	99
Annexes	102

## Annexes

- Annexe 1 : Questionnaire distribué à l'ensemble des sages-femmes et auxiliaires de puériculture du secteur mère/enfant de la MRAP
- Annexe 2 : 1981 : Le Code International de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel
- Annexe 3 : 1990 : La déclaration d'Innocenti sur la protection, l'encouragement, et le soutien de l'allaitement maternel
- Annexe 4 : Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement
- Annexe 5 : Code de la consommation relatif à la distribution gratuite des préparations pour nourrissons, à la documentation, et au matériel de présentation les concernant
- Annexe 6 : Le Plan National de Nutrition et de Santé
- Annexe 7 : Ethique professionnelle de la consultante en lactation

## Annexe 1

### Une sage-femme consultante en lactation

#### pour l'unité mère/enfant de la MRAP ?

Questionnaire proposé par Estelle KONDRATUK, ESF4.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études qui se préoccupe de l'intérêt de la mise en place d'un poste de sage-femme consultante en lactation au sein de l'unité mère/enfant, je me permets de vous adresser ce questionnaire comprenant 16 questions concernant votre activité.

Ce questionnaire n'est pas nominatif. Je vous suis d'avance reconnaissante d'y répondre le plus franchement possible, afin que les données recueillies soient réellement représentatives de l'activité et de l'opinion du personnel soignant de l'unité mère/enfant de la MRAP.

#### **1. Quelle est votre profession ?**

Sage-Femme

Auxiliaire de Puériculture

#### **2. Outre la formation qui vous a permis d'obtenir votre diplôme, avez-vous suivi d'autres formations concernant l'allaitement maternel ?**

Oui

Non

(Ne répondez aux questions 3 et 4 que si vous avez répondu affirmativement à la question 2.)

#### **3. Si oui, laquelle ?**

Formation dispensée au sein de la MRAP

Formation suivie au sein d'une autre maternité lors d'un précédent emploi

Autre ; précisez \_\_\_\_\_

#### **4. Cette (ces) formation(s) a-t-elle (ont-elle) été suivie(s) de votre propre chef ?**

Oui

Non

**Ou avez-vous été obligée à la suivre par votre chef de service ou votre employeur ?**

Oui

Non

**5. Vous arrive-t-il de donner des compléments de lait artificiel à des enfants nourris au sein sans qu'il y ait pour cela de prescription médicale ?**

Oui

Non

**6. Si oui, pour quelle(s) raison(s) ?**

La mère le demande

En attendant la « montée de lait »

L'enfant a faim et ne tète pas bien

Les seins sont trop tendus et l'enfant n'arrive pas à téter correctement

L'enfant pleure encore après avoir été mis au sein

L'enfant tète trop souvent

La mère n'est « pas sûre d'avoir du lait et voudrais un complément, au cas où »

L'enfant a un petit poids et il faut compléter tous les petits poids.

Autre ; précisez .....

**7. Vous est-il déjà arrivé de voir échouer un allaitement maternel faute de temps pour le prendre en charge tétée après tétée, alors que la mère avait manifestement besoin d'être très entourée ?**

Oui

Non

**8. Vous arrive-t-il parfois de constater qu'une patiente dont vous avez la charge a reçu des informations contredisant votre propre discours de la part d'une de vos collègues ?**

Oui

Non

**9. Trouvez-vous qu'il soit facile (contexte psychologique mis à part) pour une mère en suites de couches, d'allaiter son enfant hospitalisé en néonatalogie ?**

Oui

Non

Développez : .....

**10. Proposez-vous parfois aux patientes de garder leur enfant en pouponnière pour la nuit, même si le mode d'allaitement choisi est l'allaitement au sein ?**

Oui

Non

**11. Si oui, dans quel(s) cas ?**

La nuit suivant une césarienne

Lorsque la patiente le demande

Lorsque je remarque que la patiente est fatiguée

Autre ; précisez .....

**12. Vous utilisez, le cas échéant :**

Le biberon ?

La tasse ?

Vous reconduisez l'enfant auprès de sa mère pour les tétées.

**13. Informez-vous systématiquement les patientes allaitant leur enfant, et dont vous avez la charge, de l'existence d'associations de soutien à l'allaitement maternel, avant leur retour à domicile ?**

Oui

Non

**14. Pensez-vous qu'unifier les connaissances, et ainsi le discours des différents intervenants auprès des patientes, dans le contexte de l'allaitement au sein, soit une nécessité ?**

Oui

Non

**Ou pensez-vous que la formation initiale de chaque personnel de santé et son expérience soient suffisantes ?**

Oui

Non



**15. Pensez-vous que la création d'un poste de sage-femme consultante en lactation serait intéressant et utile au sein de l'unité mère/enfant de la MRAP ? Son but étant alors d'aider ou être une « personne ressource » pour le suivi des allaitements maternels difficiles, voire pathologiques.**

Oui

Non

**16. Le cas échéant, serait-il concevable pour vous, alors que cette consultante en lactation, qui actualise régulièrement ses connaissances par une formation continue obligatoire, assure une sorte de formation et uniformisation des connaissances du personnel, au fil des cas cliniques rencontrés ?**

Oui

Non

**Si vous avez des remarques à formuler sur le sujet de la prise en charge des allaitements maternels à la MRAP, ces quelques lignes sont pour vous !**

---

---

---

---

---

Je vous remercie d'avoir bien voulu prendre le temps de répondre à ce questionnaire.

## Annexe 2a

### **Code International de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel**

Les Etats Membres de l'Organisation Mondiale de la Santé :

Affirmant le droit de tout enfant, de toute femme enceinte et de toute femme allaitante à une nourriture adéquate en tant que moyen d'acquérir et de conserver la santé;

Reconnaissant que la malnutrition infantile est une partie des problèmes plus vastes dus au manque d'éducation, à la pauvreté et à l'injustice sociale;

Reconnaissant que la santé des nourrissons et des jeunes enfants ne peut pas être isolée de la santé et de la nutrition des femmes, de leur condition socio-économique et des rôles qu'elles jouent en tant que mères;

Consicents du fait que l'allaitement au sein est un moyen inégalé de donner aux nourrissons la nourriture idéale pour une croissance et un développement sains, qu'il assure une base biologique et affective unique pour la santé tant de la mère que de l'enfant; que les propriétés anti-infectieuses du lait maternel contribuent à protéger les nourrissons contre la maladie, et qu'il existe une relation importante entre l'allaitement au sein et l'espacement des naissances;

Reconnaissant qu'encourager et protéger l'allaitement au sein tient une place importante parmi les mesures sanitaires, nutritionnelles et autres mesures sociales nécessaires pour favoriser la croissance et le développement sains du nourrisson et du jeune enfant; et que l'allaitement au sein constitue un aspect important des soins de santé primaires;

Considérant que lorsque les mères n'allaitent pas, ou n'allaitent que partiellement, il existe un marché légitime pour les préparations pour nourrissons et pour les ingrédients appropriés entrant dans la confection de ces préparations; que, par conséquent, tous ces produits devraient être mis à la portée de ceux qui en ont besoin au moyen des systèmes de distribution commerciaux ou non commerciaux; et qu'ils ne devraient pas être commercialisés ou distribués par des méthodes susceptibles de nuire à la protection et à la promotion de l'allaitement au sein;

Reconnaissant en outre que des pratiques d'alimentation inadéquates sont cause de malnutrition, de morbidité et de mortalité des nourrissons dans tous les pays, et que des pratiques incorrectes dans la commercialisation de substituts du lait maternel et de produits apparentés peuvent aggraver ces importants problèmes de santé publique;

Convaincus qu'il est important pour le nourrisson de recevoir des aliments de complément appropriés, généralement à partir de l'âge de quatre à six mois, et que rien ne devrait être négligé pour utiliser à cet effet des aliments disponibles sur le plan local; et convaincus, néanmoins, que ces aliments de complément ne devraient pas être utilisés comme substituts du lait maternel;

Se rendant compte qu'il existe divers facteurs sociaux et économiques affectant l'allaitement au sein et que, par conséquent, les gouvernements devraient élaborer des systèmes de soutien social pour le protéger, le faciliter et l'encourager, et créer à cet effet un environnement qui favorise l'allaitement au sein, fournit un appui familial et communautaire approprié et protège les mères contre les facteurs qui entravent

l'allaitement au sein;

Affirmant que les systèmes de soins de santé et les professionnels de la santé et autres agents de santé qui y travaillent ont un rôle essentiel à jouer en orientant les pratiques en matière d'alimentation des nourrissons, en encourageant et en facilitant l'allaitement au sein, et en fournissant aux mères et aux familles des avis objectifs et cohérents au sujet de la valeur supérieure de l'allaitement au sein ou, en cas de nécessité, au sujet d'une utilisation correcte des préparations pour nourrissons, qu'elles soient de fabrication industrielle ou confectionnées à la maison ;

Affirmant en outre que les systèmes éducationnels et les autres services sociaux devraient intervenir tant dans la protection et la promotion de l'allaitement au sein qu'en ce qui concerne l'utilisation appropriée des aliments de complément;

Sachant que les familles, les collectivités, les organisations féminines et autres organisations non gouvernementales ont un rôle particulier à jouer pour protéger et promouvoir l'allaitement au sein et assurer aux femmes enceintes et aux mères de nourrissons et de jeunes enfants, qu'elles allaitent ou non, le soutien dont elles ont besoin;

Affirmant que les gouvernements, les organisations du système des Nations Unies, les organisations non gouvernementales, les experts de diverses disciplines concernées, les associations de consommateurs et l'industrie doivent collaborer à des activités visant à améliorer la santé et la nutrition des mères, des nourrissons et des jeunes enfants;

Reconnaissant que les gouvernements devraient prendre toute une gamme de mesures sanitaires et nutritionnelles et d'autres mesures sociales pour promouvoir la croissance et le développement sains du nourrisson et du jeune enfant, et que le présent Code ne porte que sur un seul aspect de ces mesures;

Considérant que les fabricants et les distributeurs de substituts du lait maternel ont un rôle important et constructif à jouer en ce qui concerne l'alimentation du nourrisson et la promotion du but du présent Code ainsi que sa bonne mise en oeuvre ;

Affirmant que les gouvernements se doivent d'agir, eu égard à leurs structures sociales et législatives et à leurs objectifs de développement général, pour donner effet aux principes et au but du présent Code, y compris par des mesures législatives ou réglementaires ou par d'autres mesures appropriées ;

Estimant, à la lumière des considérations qui précèdent et compte tenu de la vulnérabilité des nourrissons au cours des premiers mois de leur vie ainsi que des risques entraînés par des pratiques d'alimentation inadéquates, parmi lesquelles l'utilisation non nécessaire et incorrecte des substituts du lait maternel, que la commercialisation des substituts du lait maternel exige un régime spécial, les pratiques commerciales usuelles ne convenant pas pour ces produits ;

## **EN CONSEQUENCE:**

Les Etats Membres s'accordent par les présentes sur les articles ci-après, qui sont recommandés en tant que base d'action.

### **Article 1. But du Code**

Le but du présent Code est de contribuer à procurer aux nourrissons une nutrition sûre et adéquate en protégeant et en encourageant l'allaitement au sein et en assurant une utilisation correcte des substituts du lait maternel, quand ceux-ci sont nécessaires, sur la base d'une information adéquate et au moyen d'une commercialisation et d'une

distribution appropriées.

## **Article 2. Champ d'application du Code**

Le présent Code s'applique à la commercialisation et aux pratiques y relatives des produits suivants : substituts du lait maternel, y compris les préparations pour nourrissons, autres produits lactés, aliments et boissons, y compris les aliments de complément donnés au biberon, quand ils sont commercialisés ou présentés de toute autre manière comme appropriés, avec ou sans modification, pour remplacer partiellement ou totalement le lait maternel ; biberons et tétines. Il s'applique aussi à la qualité et à la disponibilité de ces produits et à l'information concernant leur utilisation .

## **Article 3. Définitions**

### **Aux fins du présent Code:**

**"Substitut du lait maternel"** : tout aliment commercialisé ou présenté de toute autre manière comme produit de remplacement partiel ou total du lait maternel, qu'il convienne ou non à cet usage.

**"Aliment de complément"** : tout aliment, fabriqué industriellement ou confectionné sur le plan local, pouvant convenir comme complément du lait maternel ou des préparations pour nourrissons, quand le lait maternel ou les préparations ne suffisent plus pour satisfaire les besoins nutritionnels du nourrisson. De tels aliments sont aussi communément appelés "aliments de sevrage" ou "compléments du lait maternel".

**"Emballage"** : toute forme de conditionnement des produits pour leur vente au détail, en tant qu'unités normales, y compris le papier d'emballage.

**"Distributeurs"** : une personne, une société ou toute autre entité du secteur public ou privé se livrant (directement ou indirectement) à la commercialisation d'un produit visé par le présent Code au niveau de la vente en gros ou au détail. Le "distributeur en gros" est l'agent de vente d'un fabricant, son représentant, son distributeur national ou son courtier.

**"Système de soins de santé"** les institutions ou organisations gouvernementales, non gouvernementales ou privées destinées à assurer, directement ou indirectement, des soins de santé aux mères, aux nourrissons et aux femmes enceintes, ainsi que les crèches ou autres institutions de soins aux enfants. Le système de soins de santé comprend aussi les agents de santé exerçant à titre privé. Il n'englobe pas, aux fins du présent Code, les pharmacies ou autres points de vente réguliers.

**"Agent de santé"** : une personne travaillant dans un service relevant d'un système de soins de santé, au niveau professionnel ou non professionnel, y compris à titre bénévole, sans rémunération.

**"Préparation pour nourrissons"** : un substitut du lait maternel formulé industriellement, conformément aux normes applicables du Codex Alimentarius, pour satisfaire les besoins nutritionnels normaux du nourrisson jusqu'à l'âge de quatre à six mois et adapté à ses caractéristiques physiologiques. Ces aliments peuvent aussi être confectionnés à domicile, auquel cas on les dit "préparés à la maison".

**"Etiquette"** : outre l'étiquette proprement dite, tout label, marque, signe figurant ou autrement descriptif, écrit, imprimé, stencillé, marqué, estampé ou empreint, ou fixé sur l'emballage (voir ci-dessus) de tout produit visé par le présent Code.

**"Fabricant"** : une société ou une autre entité du secteur public ou privé ayant (soit directement, soit par l'intermédiaire d'un agent ou d'une entité qu'elle contrôle ou à laquelle elle est liée par contrat) pour activité ou pour fonction de fabriquer un produit

visé par le présent Code.

**"Marketing"** : promotion, distribution, vente, publicité d'un produit, relations avec le public et service d'information le concernant.

**"Personnel de commercialisation"** : toute personne dont les fonctions comportent la commercialisation d'un ou de plusieurs produits visés par le présent Code.

**"Echantillons"** : des exemplaires uniques ou de petites quantités d'un produit, fournis gratuitement.

**"stocks"** : quantités d'un produit fournies pour être utilisées pendant une période prolongée, gratuitement ou à bas prix, à des fins sociales, y compris celles fournies aux familles nécessiteuses.

#### **Article 4. Information et éducation**

4.1 Les gouvernements devraient assumer la responsabilité de veiller à ce qu'une information objective et cohérente sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant soit fournie aux familles et à tous ceux qui jouent un rôle dans le domaine de la nutrition du nourrisson et du jeune enfant. Cette responsabilité devrait s'appliquer soit à la planification, à la distribution, à la conception et à la diffusion de l'information, soit au contrôle de ces activités.

4.2 Les matériels à but d'information et d'éducation, qu'il s'agisse de documentation écrite ou de matériel audiovisuel, établis à l'intention des femmes enceintes et des mères de nourrissons et portant sur l'alimentation des nourrissons, devraient comporter des renseignements clairs sur tout ce qui suit :

1. les avantages et la supériorité de l'allaitement au sein ;
2. la nutrition maternelle et la façon de se préparer à l'allaitement au sein et de le poursuivre;
3. l'effet négatif d'une alimentation partielle au biberon sur l'allaitement au sein
4. la difficulté de revenir sur la décision de ne pas nourrir son enfant au sein et,
5. en cas de besoin, l'utilisation correcte des préparations pour nourrissons, qu'elles soient industrielles ou confectionnées à la maison..

Lorsqu'ils contiennent des renseignements sur l'utilisation des préparations pour nourrissons, ces matériels devraient faire état des incidences sociales et financières de cette utilisation et signaler les dangers pour la santé de l'utilisation d'aliments ou de méthodes d'alimentation inadéquats et, en particulier, de l'utilisation non nécessaire ou incorrecte des préparations pour nourrissons et autres substituts du lait maternel. Ces matériels ne devraient employer aucune image ou texte de nature à idéaliser l'utilisation de substituts du lait maternel.

4.3 Les fabricants ou les distributeurs ne devraient faire de dons d'équipement ou de matériels à but d'information ou d'éducation qu'à la demande et avec l'approbation écrite de l'autorité publique compétente ou dans le cadre des directives énoncées à cet effet par les pouvoirs publics. De tels équipements ou matériels pourront porter le nom ou l'emblème de la firme donatrice, mais ne devraient pas faire spécifiquement référence à un produit commercial visé par le présent Code, et ne devraient être distribués que par l'entremise du système de soins de santé.

## **Article 5. Le grand public et les mères**

5.1 Il ne devrait y avoir ni publicité, ni aucune autre forme de promotion auprès du grand public de produits visés par le présent Code.

5.2 Les fabricants et les distributeurs ne devraient fournir ni directement ni indirectement aux femmes enceintes, aux mères ou aux membres de leurs familles des échantillons de produits visés par le présent Code.

5.3 Conformément aux paragraphes 5.1 et 5.2, il ne devrait y avoir pour les produits visés par le présent Code ni publicité aux points de vente, ni distribution d'échantillons, ni aucune autre pratique du commerce de détail, telle qu'étalages spéciaux, bons de réduction, primes, ventes spéciales, ventes à perte et ventes couplées. Cette disposition ne devrait pas restreindre l'élaboration de politiques et de pratiques en matière de prix visant, à long terme, à fournir des produits à meilleur marché.

5.4 Les fabricants et distributeurs ne devraient pas distribuer en cadeau aux femmes enceintes ni aux mères de nourrissons et de jeunes enfants des articles ou ustensiles de nature à promouvoir l'utilisation de substituts du lait maternel ou l'alimentation au biberon.

5.5 Le personnel de commercialisation ne devrait pas chercher à avoir, à titre professionnel, des contacts directs ou indirects d'aucune sorte avec les femmes enceintes ou les mères de nourrissons et de jeunes enfants.

## **Article 6. Systèmes de soins de santé**

6.1 Les autorités sanitaires des Etats Membres devraient prendre des mesures appropriées pour encourager et protéger l'allaitement et promouvoir les principes du présent Code ; elles devraient fournir aux agents de santé des renseignements et des conseils appropriés concernant leurs responsabilités, y compris les renseignements énumérés à l' [Article 4.2.](#)

6.2 Aucune installation d'un système de soins de santé ne devrait être utilisée pour la promotion de préparations pour nourrissons ou d'autres produits visés par le présent Code. Celui-ci n'exclut cependant pas la diffusion d'information aux professionnels de la santé, comme prévu à l' [Article 7.2.](#)

6.3 Les installations des systèmes de soins de santé ne devraient pas être utilisées pour l'exposition de produits visés par le présent Code, ni pour la distribution de matériels fournis par un fabricant ou par un distributeur, à l'exception de ceux qui sont énumérés à l' [Article 4.3.](#)

6.4 Il ne devrait pas être permis aux systèmes de soins de santé d'employer des "représentants de services professionnels", des "puéricultrices" ou des personnels similaires fournis ou rémunérés par les fabricants ou les distributeurs.

6.5 Seuls les agents de santé, ou d'autres agents communautaires en cas de nécessité, devraient pouvoir faire des démonstrations d'alimentation au moyen de préparations pour nourrissons, soit fabriquées industriellement, soit confectionnées à la maison, et les démonstrations ne devraient être faites qu'aux mères ou aux membres des familles en ayant besoin ; les renseignements fournis devraient comprendre une explication claire des risques d'une utilisation incorrecte.

6.6 Le don ou la vente à bas prix à des institutions ou organisations de stocks de préparations pour nourrissons ou d'autres produits visés par le présent Code, que ce soit en vue d'une utilisation à l'institution même ou en vue d'une distribution à l'extérieur, est autorisé. De tels stocks ne devraient être utilisés ou distribués qu'en

faveur des nourrissons qu'on est obligé d'alimenter au moyen de substituts du lait maternel. Si la distribution est faite pour utilisation en dehors des institutions, elle ne devrait l'être que par les institutions ou organisations concernés. De tels dons ou ventes à bas prix ne devraient pas être faits par des fabricants ou distributeurs pour promouvoir les ventes.

6.7 Quand des stocks de préparations pour nourrissons ou d'autres produits visés par le présent Code qui proviennent de dons sont distribués à l'extérieur d'une institution, l'institution ou organisation devrait prendre des mesures pour garantir que les stocks pourront être entretenus aussi longtemps que les nourrissons concernés en auront besoin. Les donateurs ainsi que les institutions ou organisations concernées ne devraient pas perdre de vue cette responsabilité.

6.8 Outre ceux qui sont mentionnés à l'article 4.3, l'équipement et les matériels donnés à un système de soins de santé pourraient porter le nom ou l'emblème du donateur, mais ne devraient faire mention d'aucun produit commercial visé par le présent Code.

## **Article 7. Agents de santé**

7.1 Les agents de santé devraient encourager et protéger l'allaitement, et ceux qui s'occupent spécialement de la nutrition des mères et des nourrissons devraient se familiariser avec les responsabilités qui leur incombent en vertu du présent Code, y compris en ce qui concerne les renseignements énumérés à l' Article 4.2.

7.2 Les informations fournies aux professionnels de la santé par les fabricants et les distributeurs au sujet de produits visés par le présent Code devraient se borner aux données scientifiques et aux faits ; ces informations ne devraient ni impliquer ni donner l'impression que l'alimentation au biberon est équivalente ou supérieure à l'allaitement. Parmi ces informations devraient aussi figurer les renseignements énumérés à l' Article 4.2.

7.3 Les fabricants ou distributeurs ne devraient pas offrir d'avantages en espèces ou en nature aux agents de santé ou aux membres de leurs familles pour promouvoir des produits visés par le présent Code, et de tels avantages ne devraient être acceptés ni par les agents de santé, ni par les membres de leurs familles.

7.4 Il ne devrait être fourni aux agents de santé ni échantillons de préparations pour nourrissons ou autres produits visés par le présent Code, ni matériel ou ustensiles servant à leur préparation ou à leur utilisation, sauf s'il en est besoin à des fins d'évaluation professionnelle ou de recherche au niveau institutionnel. Les agents de santé ne devraient pas donner d'échantillons de préparations pour nourrissons aux femmes enceintes, aux mères de nourrissons et de jeunes enfants ni aux membres de leurs familles.

7.5 Les fabricants et distributeurs de produits visés par le présent Code devraient porter à la connaissance de l'institution à laquelle appartient un agent de santé bénéficiant de ce qui suit toute contribution faite à cet agent ou en faveur en vue d'une bourse d'étude, d'un voyage d'étude, d'une bourse de recherche, de la participation à des conférences professionnelles, ou d'activités analogues. Le bénéficiaire devrait également faire pareille déclaration.

## **Article 8. Personnel des fabricants et distributeurs**

8.1 Dans les systèmes où le personnel de commercialisation reçoit des primes à la vente, le volume des ventes de produits visés par le présent Code ne devrait pas entrer en ligne de compte pour le calcul des primes, et il ne devrait pas être fixé de quota de vente pour ces produits. Cette disposition ne devrait pas être interprétée comme empêchant le versement de primes sur la base des ventes des autres produits

commercialisés par les sociétés concernées .

8.2 Le personnel employé à la commercialisation de produits visés par le présent Code ne devrait pas, dans le cadre de son travail, remplir de fonctions éducationnelles en relation avec des femmes enceintes ou des mères de nourrissons et de jeunes enfants. Cette disposition ne devrait pas être interprétée comme empêchant que ce personnel soit utilisé pour d'autres fonctions par le système de soins de santé, à la demande et avec l'approbation écrite de l'autorité compétente du gouvernement concerné.

### **Article 9. Etiquetage**

9.1 Les étiquettes devraient être conçues de manière à fournir les renseignements nécessaires pour une utilisation appropriée du produit, et à ne pas décourager l'allaitement.

9.2 Les fabricants et distributeurs de préparations pour nourrissons devraient veiller à ce que soit imprimée sur chaque emballage, ou sur une étiquette qui ne puisse pas en être détachée facilement, une inscription claire, bien visible et facile à lire et à comprendre, en une langue appropriée, comprenant tout ce qui suit :

1. les mots "Avis important" ou leur équivalent ;
2. une mention de la supériorité de l'allaitement ;
3. la mention du fait que le produit ne doit être utilisé que sur l'avis d'un agent de santé qui en aura indiqué la nécessité et expliqué le mode d'emploi correct
4. des instructions concernant la préparation appropriée du produit, avec mise en garde contre les risques, pour la santé résultant d'une préparation inadéquate.

Ni l'emballage, ni l'étiquette ne devraient comporter de représentation de nourrissons ni d'autres représentations graphiques de nature à idéaliser l'utilisation des préparations pour nourrissons. Ils pourront toutefois comporter des présentations graphiques facilitant l'identification du produit en tant que substitut du lait maternel et en illustrant les méthodes de préparation. Il ne devrait pas y figurer de termes tels que "humanisé" ou "maternisé" ni de termes similaires. Sous réserve des conditions ci-dessus, des renseignements complémentaires sur le produit et son utilisation correcte pourront être joints à l'emballage ou à l'unité de produit vendue au détail. Cette disposition devrait s'appliquer au cas où les étiquettes comportent des instructions concernant la manière de modifier un produit pour en faire une préparation pour nourrissons.

9.3 Les produits alimentaires visés par le présent Code, commercialisés en vue de l'alimentation des nourrissons, qui ne répondent pas à toutes les conditions auxquelles doivent satisfaire les préparations pour nourrissons mais qui peuvent être modifiés en vue d'y répondre, devraient porter sur l'étiquette une mise en garde prévenant que le produit non modifié ne doit pas être l'unique aliment du nourrisson. Etant donné que le lait condensé sucré ne convient ni pour l'alimentation des nourrissons, ni pour une utilisation comme principal ingrédient d'une préparation pour nourrissons, l'étiquette de ce produit ne devrait pas comporter d'indications faisant figure d'instructions sur la manière de le modifier à cet effet.

9.4 L'étiquette des produits alimentaires visés par le présent Code devrait préciser également tout ce qui suit:



1. les ingrédients utilisés ;
2. l'analyse (composition) du produit ;
2. les conditions de stockage requises ; et
3. le numéro de lot et la date limite de consommation, en fonction des conditions climatiques et de stockage du pays concerné.

#### **Article 10. Qualité**

10.1 Comme la qualité des produits est un élément essentiel de la protection de la santé des nourrissons, cette qualité devrait être d'un haut niveau reconnu.

10.2 Les produits alimentaires visés par le présent Code devraient répondre, quand ils seront vendus ou distribués de toute autre manière, aux normes applicables en la matière recommandées par la Commission du Codex Alimentarius ainsi qu'aux dispositions du Code d'usages du Codex en matière d'hygiène pour les aliments destinés aux nourrissons et enfants en bas âge.

#### **Article 11. Mise en oeuvre et contrôle**

11.1 Les gouvernements devraient prendre des mesures pour donner effet aux principes et au but du présent Code, eu égard à leurs structures sociales et législatives, y compris par l'adoption d'une législation, d'une réglementation ou d'autres mesures nationales appropriées. Ils devraient rechercher à cette fin, quand ce serait nécessaire, la collaboration de l'OMS, du FISE et d'autres institutions du système des Nations Unies. Les politiques adoptées et les mesures prises au plan national, y compris les lois et les règlements, pour donner effet aux principes et au but du présent Code devraient être rendues publiques, et appliquées sur la même base à tous ceux qui participent à la fabrication et à la commercialisation des produits visés par le présent Code.

11.2 Le contrôle de l'application du présent Code est du ressort des gouvernements agissant individuellement, et collectivement par l'entremise de l'Organisation Mondiale de la Santé, comme prévu aux articles 11.6 et 11.7. Les fabricants et distributeurs des produits visés par le présent Code ainsi que les organisations non gouvernementales, les groupements professionnels et les organisations de consommateurs appropriés devraient collaborer avec les gouvernements à cette fin.

11.3 Indépendamment de toute autre mesure prise en vue de la mise en oeuvre du présent Code, les fabricants et distributeurs de produits visés par le présent Code devraient se considérer comme tenus de surveiller leurs pratiques de commercialisation conformément aux principes et au but du présent Code, et de faire en sorte que leur conduite à tous les niveaux soit conforme à ces principes et à ce but.

11.4 Les organisations non gouvernementales, les groupements professionnels, les institutions et les individus concernés devraient assumer la responsabilité d'attirer l'attention des fabricants ou distributeurs sur les activités qui seraient incompatibles avec les principes et le but du présent Code, pour que des mesures appropriées puissent être prises. L'autorité gouvernementale compétente devrait être également informée.

11.5 Les fabricants et les distributeurs en gros des produits visés par le présent Code devraient porter à la connaissance de tous les membres de leur personnel de commercialisation tant le Code que les responsabilités qui en découlent pour eux.

11.6 Conformément à l'article 62 de la Constitution de l'Organisation Mondiale de la

Santé, les Etats Membres informeront annuellement le Directeur Général des mesures prises pour donner effet aux principes et au but du présent Code.

11.7 Le Directeur Général fera rapport à l'Assemblée Mondiale de la Santé, les années paires, sur la situation en ce qui concerne la mise en oeuvre du Code ; sur demande, il fournira un appui technique aux Etats Membres préparant une législation ou une réglementation nationales, ou prenant d'autres mesures appropriées pour la mise en oeuvre et la promotion des principes et du but du présent Code.

## ETUDES EXPERIMENTALES - RESULTATS COMPARATIFS

### ECHANTILLONS OFFERTS AUX MERES A LA SORTIE DE LA MATERNITE -- META-ANALYSE

Etude <small>[Limitations méthodologiques]</small>	Participants  Critères	Echantillons offerts (EO)/ Pas d'échantillons offerts (PEO)	Importance du panel  N :	Résultats		Conclusion
				EO	PEO	
Bergevin, 83 (Canada)	Femmes primipares et multipares de race blanche, vivant en milieu urbain, possédant un certain niveau d'éducation.	EO : 1 biberon, lait artificiel prêt à l'emploi, 1 boîte de préparation pour nourrissons en poudre, 1 tétine, 3 brochures publicitaires concernant des préparations pour nourrissons.  PEO : Aucun échantillon de préparation pour nourrissons offert.	EO : 212 PEO : 194  N : 406	Un mois après leur naissance, 165 nourrissons (78 %) toujours allaités.	Un mois après leur naissance, 163 nourrissons (84 %) toujours allaités (P = 0,07).	Se référer à Perez-Escamilla, 94
Guthrie, 85 (Philippines)	Femmes vivant en milieu urbain, possédant de faibles revenus. Nombre moyen d'enfants : 2,5 - 3,0. Hôpitaux A et B.	EO A et B : 1 boîte de préparation en poudre pour nourrissons offerte.  PEO A et B : Aucun échantillon de préparation pour nourrissons offert.	EO A : 78 PEO A : 56  EO B : 23 PEO B : 56  N : 213	EO A : Un mois après leur naissance, 53 nourrissons (69 %) toujours allaités.  Allaitement moins probable (données similaires)*.	PEO A : Un mois après leur naissance, 45 nourrissons (80 %) toujours allaités.  Allaitement plus probable durant les 8 premiers mois (données similaires)*.	Se référer à Perez-Escamilla, 94
Evans, 96 (Etats-Unis d'Amérique)	Femmes primipares et multipares vivant en milieu urbain, dans leur majeure partie de race blanche, qui présentaient des risques élevés de problèmes obstétricaux. Nouveau-nés normaux.	EO : Colis-cadeau offert contenant 1 bouteille de lait artificiel prêt à l'emploi, 1 boîte de lait artificiel concentré et 1 boîte de préparation pour nourrissons en poudre.  PEO : Colis-cadeau offert mais ne contenant pas d'échantillons de préparation pour nourrissons.	EO : 55 PEO : 40  N : 95	36 nourrissons (65 %) partiellement allaités à 1 mois.  30 nourrissons (55 %) toujours allaités à 1 mois (1 biberon de lait artificiel absorbé par jour).	30 nourrissons (75 %) partiellement allaités à 1 mois.  23 nourrissons (58 %) toujours allaités à 1 mois (1 biberon de lait artificiel absorbé par jour).	Se référer à Perez-Escamilla, 94
Feinstein, 86 (Etats-Unis d'Amérique)	Femmes primipares et multipares vivant en milieu urbain, de race noire dans leur majorité. Allaitement souhaité.	EO : lait artificiel prêt à l'emploi, 2 bouteilles d'eau et 3 brochures didactiques.  PEO : 2 bouteilles d'eau et 3 brochures didactiques.  Fréquents apports liquidiens sous forme d'eau durant le séjour en maternité.	EO : 76 PEO : 90  N : 166	Un mois après leur naissance, 64 nourrissons (84 %) toujours allaités.	Un mois après leur naissance, 79 nourrissons (88 %) toujours allaités.	Se référer à Perez-Escamilla, 94

\*P < 0,05; \*\*P < 0,01; \*\*\*P < 0,001.

\* : Données émanant de l'hôpital A réévaluées en 1994 par Perez-Escamilla, à partir des analyses conservées.

Annexe 26

## ETUDES EXPERIMENTALES - RESULTATS COMPARATIFS

### ECHANTILLONS OFFERTS AUX MERES A LA SORTIE DE LA MATERNITE – META-ANALYSE

Etude [Limitations méthodologiques]	Participants Critères	Echantillons offerts (EO)/ Pas d'échantillons offerts (PEO)	Importance du panel N :	Résultats		Conclusion
				EO	PEO	
Frank, 87 (Etats-Unis d'Amérique)	Appartenances multi-ethniques. Femmes primipares et multipares vivant en milieu urbain et possédant de faibles revenus.	EO : 2 bouteilles d'eau stérile, 2 tétines, accompagnées de brochures publicitaires.  PEO : coussinets d'allaitement et brochures didactiques sur l'allaitement offerts.	EO : 167 PEO : 157  N : 324	Allaitement total pratiqué durant 42 jours en moyenne**.  4 mois après leur naissance, 92 nourrissons (55 %) toujours allaités.	Allaitement total pratiqué durant 60 jours en moyenne**.  4 mois après leur naissance, 101 nourrissons (65 %) toujours allaités.	Se référer à Perez-Escamilla, 94
Dungy, 92 (Etats-Unis d'Amérique)	Femmes de race blanche pour la plupart, vivant en ville ou à la campagne, appartenant à un milieu moyennement aisé et possédant un niveau d'éducation correct. Nouveau-nés en bonne santé.	EO : échantillons de lait artificiel accompagnés d'autres articles non spécifiés.  PEO : 1 tire-lait manuel, des coussinets d'allaitement et un tube de pommade.	EO : 44 PEO : 43  N : 87	Allaitement total pratiqué durant 2,78 semaines en moyenne*.	Allaitement total pratiqué durant 4,18 semaines en moyenne*.	Se référer à Perez-Escamilla, 94
Perez-Escamilla, 94	Méta-analyse des études citées précédemment.				Un mois après leur naissance, probabilité plus grande d'un allaitement total*.  4 mois après leur naissance, pratique plus probable de l'allaitement, dans l'une de ses diverses formes.	Offrir des échantillons aux mères contribue à la diminution du taux d'allaitement total à 1 mois et à celle des taux d'allaitement en général, à 4 mois.

\*P < 0,05 ; \*\*P < 0,01 ; \*\*\*P < 0,001.

## ETUDES EXPERIMENTALES - RESULTATS COMPARATIFS

### ECHANTILLONS OFFERTS AUX MERES A LA SORTIE DE LA MATERNITE

Etude [Limitations méthodologiques]	Participants Critères	Echantillons offerts (EO)/ Pas d'échantillons offerts (PEO)	Importance du panel	Résultats		Conclusion
				EO	PEO	
Snell, 92 (Etats-Unis d'Amérique)	Femmes hispano-américaines, possédant de faibles revenus. Présence d'un poste de téléphone au domicile. Nourrissons nés à terme, en bonne santé, allaités.	EO : Echantillons de lait artificiel accompagnés de divers autres articles non spécifiés. PEO : Aucun échantillon offert.	EO : 33 PEO : 47 N : 80	3 semaines après leur naissance, 24 nourrissons (72 %) toujours allaités, dont 11 (33 %) totalement**.  33 nourrissons (100 %) nourris dans le même temps au biberon**.	3 semaines après leur naissance, 41 nourrissons (87 %) toujours allaités, dont 32 (68 %) totalement**.  35 nourrissons (75 %) nourris dans le même temps au biberon**.	En l'absence d'échantillons offerts, probabilité moindre d'un recours à l'alimentation au biberon et plus élevée d'une poursuite de l'allaitement 3 semaines après la naissance.
Bliss, 97 (Etats-Unis d'Amérique)	Mères de langue anglaise, allaitant. Aucun problème post-partum ne subsistant au moment de quitter la maternité. Accès à un poste de téléphone.	EO 1 : 1 boîte de préparation pour nourrissons en poudre. EO 2 : Lait artificiel et 1 tire-lait.  PEO 1 : Ni lait artificiel ni tire-lait offerts. PEO 2 : 1 tire-lait + manuel concernant son utilisation.  Brochures sur l'allaitement rédigées par le personnel de l'hôpital offertes à toutes les mères.	EO 1 : 192 EO 2 : 184  PEO 1 : 145 PEO 2 : 167  N : 688	6 semaines après la naissance de leur enfant, probabilité moindre d'un allaitement total dans le cas des mères qui avaient reçu des échantillons gratuits de lait artificiel accompagnés (64 %) ou non (64 %) d'un tire-lait à leur sortie de la maternité**.	6 semaines après la naissance de leur enfant, les mères qui n'avaient reçu qu'un tire-lait (78 %), voire rien du tout (72 %) à leur sortie de la maternité, étaient plus susceptibles de pratiquer un allaitement total**.	La distribution d'échantillons de lait artificiel accompagnés ou non d'un tire-lait a rendu moins probable la pratique d'un allaitement total 6 semaines après la naissance (limitations méthodologiques majeures).
Dungy, 97 (Etats-Unis d'Amérique)	Femmes de race blanche pour la plupart, possédant des revenus moyens et souhaitant allaiter. Nourrissons nés à terme et en bonne santé.	EO 1 : Lait artificiel. EO 2 : Lait artificiel + tire-lait  PEO : Tire-lait manuel.	EO 1 : 240 EO 2 : 245  PEO : 240  N : 725	18 % des mères appartenant au groupe EO 1 (lait artificiel uniquement) et 16 % de celles appartenant au groupe EO 2 (lait artificiel + tire-lait) ont pratiqué un allaitement total durant les 16 semaines de suivi.	16,7 % des mères appartenant au groupe PEO (tire-lait) ont pratiqué un allaitement total durant les 16 semaines de suivi.	Taux d'allaitement total identiques durant les 16 semaines de suivi, dans le cas des mères qui avaient reçu soit des échantillons de lait artificiel, soit un tire-lait, soit les deux.

\*P < 0,05 ; \*\*P < 0,01 ; \*\*\*P < 0,001.

## Annexe 3

### Déclaration d'Innocenti

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

1er août 1990  
Florence (Italie)

#### **RECONNAISSANT que :**

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

- \* assure aux nourrissons une alimentation idéale qui favorise leur croissance et leur bon développement;
- \* réduit l'incidence et la gravité des maladies infectieuses, faisant ainsi baisser la morbidité et la mortalité infantiles;
- \* contribue à la santé des femmes en réduisant le risque de cancer du sein et de l'ovaire, et en augmentant l'intervalle entre les grossesses;
- \* apporte des avantages sociaux et économiques à la famille et à la nation;
- \* donne un profond sentiment de satisfaction à la plupart des femmes pour qui l'expérience est réussie;

et que de récentes recherches ont prouvé que :

- \* ces avantages augmentent si les nourrissons sont exclusivement nourris au sein(1) pendant les six premiers mois de la vie, et si, par la suite, la mère continue de les allaiter tout en leur donnant une alimentation de complément; et que
- \*certaines interventions peuvent modifier de façon positive les attitudes vis-à-vis de l'allaitement maternel;

#### **NOUS DÉCLARONS PAR CONSÉQUENT que :**

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

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

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

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

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

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

### **OBJECTIFS OPÉRATIONNELS:**

Il faudrait que d'ici 1995 chaque gouvernement ait :

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

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

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

---

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

**GOUVERNEMENTS  
PARTICIPANTS:**

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

**UNICEF**

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

**US A.I.D.**

Dr. Nancy Pielemeier  
Dr. Mary Ann Anderson  
Dr. Nina Schlossman  
Dr. James Shelton  
Dr. Janet Tognetti  
Dr. Miriam Labbok

**UNFPA**

Dr. Nafis Sadik

**PNUD**

M. Aldo Ajello

**COMITÉS NATIONAUX UNICEF**

Dr. Arnoldo Farina

**OMS**

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

**SIDA**

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

**UK ODA**

Mlle Margaret Pollock

**FAO**

M. Paul Lunven

**PAM**

Mlle Judit Katona-Apte

**BANQUE MONDIALE**

M. Alan Berg



**ETUDES EXPERIMENTALES - RESULTATS COMPARATIFS**  
**PREPARATION PRENATALE - EDUCATION**

Etude [Limitations méthodologiques]	Participants Critères	Groupe témoin/ Groupe soumis à une intervention	Importance du panel	Résultats		Conclusion
				Témoin	Intervention	
Kaplowitz, 83 (Etats-Unis d'Amérique)	Femmes possédant de faibles revenus, enceintes de 4 à 6 mois, n'ayant jamais réussi à allaiter jusque-là.	Groupe témoin : Aucun prospectus distribué. Intervention : Envois consécutifs au domicile des personnes participant de 5 prospectus procurant des informations sur l'allaitement et l'alimentation au biberon.	Témoin : 22 Interv. : 18 N : 40	Evaluation des connaissances : 4,3*** Attitude inchangée.	Evaluation des connaissances : 6,3*** Pas d'amélioration dans les attitudes à l'égard de l'allaitement.	Procurer des informations par le biais de prospectus améliore les connais- sances mais n'engendre pas de modification d'attitude à l'égard de l'allaitement.
Wiles, 84 (Etats-Unis d'Amérique)	Femmes primipares (32ème semaine de grossesse), désirant allaiter et suivant un cours pendant la période prénatale. Nourrissons nés à terme, en bonne santé.	Groupe témoin : Cours de préparation à l'accouchement. Intervention : Cours de préparation prénatale à l'allaitement.	Témoin : 20 Interv. : 20 N : 40	Au sein du groupe témoin, 6 femmes (30 %) poursuivant l'allaitement un mois après la naissance***.	Au sein du groupe soumis à une intervention, 18 femmes (90 %) poursuivant l'allaitement un mois après la naissance***.	La poursuite de l'allaitement un mois après la naissance est associée au cours de préparation prénatale.
Kistin, 90 (Etats-Unis d'Amérique)	Femmes de race noire, enceintes de plus de 24 semaines, désirant allaiter ou nourrir leur enfant au biberon, ou n'ayant pas encore déterminé leur choix. Milieu de vie urbain, faibles revenus.	Groupe témoin : soins habituels. Intervention I : Cours de préparation prénatale à l'allaitement (une séance de 50-80 minutes au moins). Intervention II : Séances de préparation individuelle d'une durée de 15-30 minutes. Sujets abordés similaires à ceux du groupe soumis à l'intervention I.	Témoin : 56 Interv. I : 38 Interv. II : 36 N : 130	Recours à l'allaitement pendant leur séjour en maternité pour 13 femmes (22 %) appartenant au groupe témoin.	Interv. 1 : Recours à l'allaitement pendant leur séjour en maternité pour 17 femmes (45 %)* appartenant à ce groupe. Interv. 2 : Recours à l'allaitement pendant leur séjour en maternité pour 18 femmes (50 %)* appartenant à ce groupe.	Engager l'allaitement de manière plus fréquente est associé à la préparation prénatale.
Pugin, 96 (Chili)	Femmes primipares et multipares appartenant à un milieu plus ou moins aisé et désirant allaiter. Période : Dernier trimestre de la grossesse.	Groupe témoin : Constitué préalablement à l'intervention. Interv. I : (PPHA) Soins prénataux et postnataux (Conditions 1-3 + 5-10). Interv. II : (CCPTA) Idem Interv. I + 3-5 séances collectives de préparation prénatale à l'allaitement.	Témoin : 313 Interv. I : 363 Interv. II : 59 N : 735	6 mois après la naissance, 99 femmes (32 %) pratiquaient un allaitement total.	Interv. 1 : 6 mois après la naissance, pratique d'un allaitement total par 235 femmes appartenant à ce groupe (65 %). Interv. I + II combinées : 6 mois après la naissance, pratique d'un allaitement total par 282 femmes (67 %)** Interv. II : 6 mois après la naissance, pratique d'un allaitement total par 47 femmes (80 %) appartenant à ce groupe**.	Qu'il s'agisse de femmes primipares ou multipares, augmentation du taux d'allaitement total grâce aux cours de préparation prénatale. Taux d'allaitement supérieur encore pour les femmes ayant suivi la préparation prénatale axée sur l'allaitement.

\*P < 0,05 ; \*\*P < 0,01 ; \*\*\*P < 0,001.

\* : Motifs d'abandon analysés séparément

PPHA : Programme hospitalier de promotion de l'allaitement.

**ETUDES EXPERIMENTALES - RESULTATS COMPARATIFS**  
**TETEE OU CONTACT PRECOCE**

Etude <small>[Limitations méthodologiques]</small>	Participants Critères	Groupe témoin/ Groupe soumis à une intervention	Importance du panel	Résultats		Conclusion
				Témoin	Intervention	
Righard, 90 (Suède)	Mères et nouveau-nés en bonne santé ; pas de complications durant la grossesse.	Groupe témoin : Contact immédiat pendant 20 minutes, séparation de 20 minutes et reprise du contact pour 20 minutes. Intervention : Contact immédiat et ininterrompu pour 1 heure au moins.	Témoin : 34 Interv. : 38 N : 72	Première tétée correcte pour 7 (20 %) d'entre eux***.	Première tétée correcte pour 24 (63%) d'entre eux***.	Un contact ininterrompu pendant la première heure de vie semble avoir un effet bénéfique sur la tétée.
Sosa, 76 (Guatemala)	Femmes primipares de condition modeste vivant en milieu urbain. Accouchement par voie vaginale.	Groupe témoin : Premier contact 24 heures après l'accouchement. Intervention : Contact tactile établi dès la naissance, d'une durée de 45 minutes.	Témoin : 20 Interv. : 20 N : 40	3 mois après la naissance, poursuite de l'allaitement pour 8 (42 %) d'entre elles. Durée moyenne : 104 jours*.	3 mois après la naissance, poursuite de l'allaitement pour 14 (72 %) d'entre elles.	Peu d'amélioration dans les taux d'allaitement 3 mois après la naissance (P = 0,057) ; augmentation de la durée de l'allaitement.
De Chateau, 77 (Suède)	Femmes primipares en bonne santé, vivant en milieu urbain. Nourrissons nés à terme et en bonne santé.	Groupe témoin : Contact d'une durée limitée avec le nourrisson enveloppé d'un vêtement, 30 minutes après la naissance. Intervention I : Tétée de 15-20 minutes et établissement d'un contact tactile durant la première heure suivant la naissance.	Témoin : 19 Interv. I : 21 N : 40	3 mois après la naissance, poursuite de l'allaitement pour 26 % d'entre elles*.	3 mois après la naissance, poursuite de l'allaitement pour 58 % d'entre elles*.	3 mois après la naissance, amélioration significative du taux d'allaitement dans le cas du groupe ayant pratiqué un contact précoce.
Salariya, 78 (Ecosse)	Femmes primipares désirant allaiter. Nourrissons nés à terme et en bonne santé.	Groupe témoin I : Contact tardif + 1 tétée toutes les deux heures Groupe témoin II : Contact tardif + 1 tétée toutes les quatre heures. Intervention I : Contact établi dans les dix minutes suivant l'accouchement (contact précoce) + 1 tétée toutes les 2 heures. Intervention II : Contact précoce + 1 tétée toutes les 4 heures.	Tém. I : 27 Tém. II : 26 Interv. I : 29 Interv. II : 27 N : 109	6 semaines après la naissance, poursuite de l'allaitement pour 19 femmes (70 %) du groupe témoin I, pour 14 (54 %) du groupe témoin II, pour 33 (62 %) des deux groupes réunis.	6 semaines après la naissance, poursuite de l'allaitement pour 20 femmes (69 %) du groupe d'intervention I, pour 20 femmes du groupe d'intervention II, pour 40 (71 %) des deux groupes réunis.	Pas d'amélioration significative des taux d'allaitement 6 semaines après la naissance.
Thomson, 79 (Canada)	Femmes primipares mariées, et désirant allaiter. Nourrissons en bonne santé.	Groupe témoin : Nourrissons enveloppés d'une couverture et placés pendant moins de 5 minutes auprès de leur mère. Réunis à nouveau 12 à 24 heures plus tard. Intervention : Contact tactile (+ tétée) établi dans les 15 à 30 minutes suivant l'accouchement, d'une durée de 15 à 20 minutes.	Témoin : 15 Interv. : 15 N : 30	2 mois après la naissance, pratique d'un allaitement total par 3 mères (20 %).	2 mois après la naissance, pratique d'un allaitement total par 9 mères (60 %).	Probabilité plus grande d'un allaitement total 2 mois après la naissance dans le cas du groupe ayant pratiqué le contact précoce.

## ETUDES EXPERIMENTALES - RESULTATS COMPARATIFS

### TETEE OU CONTACT PRECOCE

Etude [Limitations méthodologiques]	Participants Critères	Groupe témoin/ Groupe soumis à une intervention	Importance du panel	Résultats		Conclusion
				Témoin	Intervention	
Ali, 81 (Jamaïque)	Femmes primipares et multipares vivant en milieu urbain modeste.	Groupe témoin : Bébé entrevu un bref instant à l'issue de l'accouchement + contact établi 9 heures plus tard.  Intervention : Contact établi immédiatement après la naissance, d'une durée de 45 minutes. Répété 9 heures plus tard.	Témoin : 37 Interv. : 37  N : 74	6 semaines après la naissance, pratique d'un allaitement total par 18 mères (49 %)*.  12 semaines après la naissance, pratique d'un allaitement total par 10 mères (27 %)*.	6 semaines après la naissance, pratique d'un allaitement total par 28 mères (76 %)*.  12 semaines après la naissance, pratique d'un allaitement total par 20 mères (57 %)*.	Probabilité plus importante d'un allaitement total 12 semaines après la naissance dans le cas d'un contact établi précocement.
Taylor, 85 (Etats-Unis d'Amérique) [1, 4, 7]	Femmes primipares de race blanche, mariées, vivant en ville et appartenant à une classe moyenne.  Nourissons nés à terme et en bonne santé.	Groupe témoin : 2-3 minutes passées dans les bras de leur mère, 25 minutes après la naissance.  Intervention I : Ainsi que décrit ci-dessus + contact tactile établi 30 minutes après la naissance, d'une durée de 46 minutes + tétée.  Intervention II : Contact établi de manière identique, pas de tétée.	Témoin : 39 Interv. I : 15 Interv. II : 24  N : 78	22 enfants (56 %) allaités durant leur séjour à la maternité*.	31 enfants (79 %) allaités durant leur séjour à la maternité dans les groupes d'intervention I et II réunis*.  Interv. I : 2 mois après la naissance, 14/15 enfants (93 %) toujours allaités.  Interv. II : 2 mois après la naissance, 8/16 enfants (50 %) toujours allaités.	Probabilité plus importante de mettre en route l'allaitement dans le cas du groupe ayant praticqué le contact précoce.  2 mois après la naissance, poursuite de l'allaitement plus probable si contact précoce et tétée établis de paire.
Strachan- Lindenberg, 90 (Nicaragua) [8]	Femmes primipares de condition modeste vivant en milieu urbain. Accouchement normal par voie vaginale.	Groupe témoin I : Séparation totale + type de promotion de l'allaitement habituel.  Groupe témoin II : Placement de l'enfant dans la chambre de sa mère + informations particulières dispensées au sujet de l'allaitement (moment de la première tétée non spécifié)  Intervention : Contact établi entre la mère et l'enfant immédiatement après la naissance, d'une durée de 45 minutes ; suivi d'une séparation + informations spécifiques concernant l'allaitement.	Tém.I : 123 Tém.II : 116 Interv. : 136  N : 375	1 semaine après la naissance, 39 mères (32 %) pratiquant un allaitement total dans le groupe témoin I*** ; 73 (63 %) dans le groupe témoin II.  4 mois après la naissance, 12 mères (10 %) pratiquant un allaitement total dans le groupe témoin I ; 8 (7 %) dans le groupe témoin II.	1 semaine après la naissance, 72 mères (53 %) pratiquant un allaitement total*** (en comparaison du groupe témoin I uniquement).  4 mois après la naissance, 16 mères (12 %) pratiquant un allaitement total.	L'amélioration notable du taux d'allaitement total 1 semaine après la naissance est à prendre en considération uniquement dans la comparaison du groupe ayant pratiqué le contact précoce avec le groupe témoin I.

\*P < 0,05 ; \*\*P < 0,01 ; \*\*\*P < 0,001.

## ETUDES EXPERIMENTALES - RESULTATS COMPARATIFS

### CONTACT PRECOCE - DIVERS AUTRES RESULTATS

Etude [Limitations méthodologiques]	Participants Critères	Groupe témoin/ Groupe soumis à une intervention	Importance du panel	Résultats		Conclusion
				Témoin	Intervention	
Widström, 90 (Suède)	Accouchement par voie vaginale d'un premier enfant; grossesse normale. Nourrissons nés à terme, en bonne santé.	Groupe témoin : Contact tactile immédiat pendant 45 minutes.  Intervention : Ainsi que décrit ci-dessus + préhension tactile de l'aréole rapidement après la naissance ou tétée dans les 30 minutes suivant l'accouchement.	Témoin : 25 Interv. : 32  N : 57	Durée totale du placement des nouveau-nés en pouponnière : 1212 minutes (580-2070).	Durée totale du placement des nouveau-nés en pouponnière : 990 minutes (370-1350)**	La relation précoce établie entre la mère et l'enfant semble avoir été favorisée par la préhension tactile de l'aréole rapidement après l'accouchement.
Christensson, 92 (Espagne)	Nourrissons nés à terme, en bonne santé. Accouchement par voie vaginale.	Groupe témoin : Nourrissons placés dans un berceau.  Intervention : Etablissement d'un contact tactile dans les 10 minutes suivant l'accouchement, et d'une durée de 80 minutes.	Témoin : 25 Interv. : 25  N : 50	Température axillaire moyenne à 90 minutes : 36,8°C**.  En 90 minutes, observation de 41 épisodes de pleurs espacés de 15 minutes.	Température axillaire moyenne à 90 minutes : 37,1°C**.  En 90 minutes, observation de 4 épisodes de pleurs espacés de 15 minutes.	Les nourrissons bénéficiant d'un contact précoce avec leur mère présentaient une température axillaire plus élevée et pleuraient moins que ceux placés en pouponnière.
Christensson, 95 (Espagne)	Nourrissons nés à terme, en bonne santé. Grossesse sans complication. Accouchement par voie vaginale.	Groupe témoin : Nourrissons placés dans un berceau pendant toute la durée des 90 minutes.  Intervention I : Contact tactile établi 10 minutes après l'accouchement pour toute la durée des 90 minutes.  Intervention II : Nourrissons placés dans un berceau durant 45 minutes puis mis au contact tactile de leur mère pendant les 45 minutes suivantes.  Caractéristique commune à tous : Nouveau-nés enveloppés d'un vêtement dès leur naissance et placés sur l'abdomen de leur mère pendant 30 secondes.	Témoin : 10 Interv. I : 12 Int. II : 11  N : 33	20 % des nourrissons appartenant au groupe témoin ont pleuré plus de 840 secondes et moins de 1200 secondes durant les 90 minutes de l'expérience.	Interv. I : Durée des pleurs inférieure à 420 secondes pour 100 % d'entre eux, inférieure à 60 secondes pour 80 %***.  Interv. II : Durée des pleurs supérieure à 540 secondes et inférieure à 840 secondes pour 20 % d'entre eux* (I vs II :**)	Placés au contact tactile de leur mère, les nouveau-nés pleuraient moins.  Interruption des pleurs dès que mère et enfant étaient réunis à nouveau.

\*P < 0,05 ; \*\*P < 0,01 ; \*\*\*P < 0,001.

**ETUDES EXPERIMENTALES - RESULTATS COMPARATIFS**  
**ASSISTANCE**

Etude [Limitations méthodologiques]	Participants Critères	Groupe témoin/ Groupe soumis à une intervention	Importance du panel	Résultats		Conclusion
				Témoin	Intervention	
De Chateau, 77b (Suède)	Femmes primipares. Grossesse sans complication, accouchement normal. Enfants nés à terme et en bonne santé.	Groupe témoin : Conseils habituels.  Intervention : Organisation d'un cours (participation de 65 % des pères) + 3 visites à l'hôpital + 4 contacts téléphoniques espacés sur 2 semaines.	Témoin : 23 Interv. : 20  N : 43	1 mois après la naissance, 16 mères (70 %) continuaient à allaiter ; données recalculées.	1 mois après la naissance, 18 mères (90 %) continuaient à allaiter ; données recalculées.	1 mois après la naissance, pas d'amélioration significative de l'allaitement.
Hall, 78 (Etats-Unis d'Amérique)	Femmes primipares de condition moyenne, mariées, allaitant.	Groupe témoin : Soins hospitaliers habituels.  Intervention I : Ainsi que décrit ci-dessus + présentation audiovisuelle + distribution d'une brochure.  Intervention II : Ainsi que décrit pour Intervention I + visites à la maternité + contacts maintenus de retour au domicile (Dixième Condition).	Témoin : 12 Interv. I : 13 Interv. II : 15  N : 40	6 semaines après la naissance, 6 mères (50 %) continuaient à allaiter.	Interv. I : 6 semaines après la naissance, 6 mères (50 %) continuaient à allaiter.  Interv. II : 6 semaines après la naissance, 12 mères (80 %) continuaient à allaiter.	6 semaines après la naissance, pas d'amélioration significative de l'allaitement lorsqu'un contact personnel est établi.
Jones, 86 (Royaume-Uni)	Femmes primipares et multipares qui désiraient allaiter.	Groupe témoin : Soins hospitaliers habituels.  Intervention : Conseils prodigués en maternité + visites à domicile effectuées par une infirmière aidant la mère à maintenir sa production lactée (Dixième Condition).	Témoin : 355 Interv. : 228  N : 583	4 semaines après la naissance, 256 mères (72 %) continuaient à allaiter **.	4 semaines après la naissance, 191 mères (84 %) continuaient à allaiter**.	4 mois après la naissance, on a constaté que la présence d'une infirmière aidant la mère à maintenir sa production lactée a permis une amélioration du taux d'allaitement, quel qu'il soit.
Bathija, 87 (Inde) [5, 7, 8]	Femmes primipares et multipares bénéficiant d'un certain niveau d'instruction.	Groupe témoin : Pas de motivation particulière pour l'allaitement.  Intervention : 1 visite prénatale (82 %) + visites à la maternité + visites postnatales (7 visites programmées).	Témoin : 100 Interv. : 100  N : 200	3 mois après la naissance, 40 % des mères continuaient à pratiquer un allaitement total.	3 mois après la naissance, 96 % des mères continuaient à pratiquer un allaitement total.	Probabilité plus grande d'un allaitement total 3 mois après la naissance pour les mères les plus motivées.
Avca, 90 (Zaïre) [8]	Femmes primipares et multipares aux diverses origines ethniques.	Groupe témoin : Soins hospitaliers habituels.  Intervention : Conseils prodigués aux mères en 1 à 2 minutes immédiatement après la naissance.	Témoin : 162 Interv. : 142  N : 304	En moyenne, perte de 6,2 % du poids de naissance chez les nouveau-nés durant leur séjour en maternité (régression multiple)***.	En moyenne, perte de 3,8 % du poids de naissance chez les nouveau-nés durant leur séjour en maternité***.	Durant le séjour en maternité, l'assistance prodiguée est jugée bénéfique pour le poids des nouveau-nés.

\*P < 0,05 ; \*\*P < 0,01 ; \*\*\*P < 0,001.

**ETUDES EXPERIMENTALES - RESULTATS COMPARATIFS**  
**ASSISTANCE**

Etude [Limitations méthodologiques]	Participants Critères	Groupe témoin/ Groupe soumis à une intervention	Importance du panel	Résultats		Conclusion
				Témoin	Intervention	
Strachan- Lindenberg, 90 (Nicaragua) [8]	Femmes primipares de condition modeste, vivant en milieu urbain. Accouchement normal.	Groupe témoin : Promotion habituelle de l'allaitement + séparation totale. Intervention I : Messages standard de promotion de l'allaitement + contact précoce (Quatrième Condition). Intervention II : Promotion standard de l'allaitement + placement de l'enfant dans la chambre de sa mère.	Tém. : 123 Int. I : 136 Int. II : 116  N : 375	1 semaine après la naissance, 39 mères (32 %) pratiquaient un allaitement total***.  4 mois après la naissance, 63 mères (51 %) continuaient à allaiter.	1 semaine après la naissance, 72 mères (53 %) pratiquaient un allaitement total dans le groupe d'intervention I, 73 (63 %) dans le groupe d'intervention II.  4 mois après la naissance, 68 mères (50 %) continuaient à allaiter dans le groupe d'intervention I, 71 (61 %) dans le groupe d'intervention II.	On a constaté que la formulation de messages sur l'allaitement accompagnés d'autres modes d'interventions favorisait cette pratique 1 semaine après la naissance.
Altobelli, 91 (Pérou)	Femmes primipares et multipares en bonne santé, de condition modeste, vivant en milieu urbain. Hôpital public avec conditions 2, 6, 7, 8 et 9 partiellement établies.	Groupe témoin : Non exposé à des messages didactiques sur l'allaitement exclusif. Intervention I : Ainsi que décrit ci-dessus + présentation audiovisuelle + distribution d'une brochure. Intervention II : Ainsi que décrit pour Intervention I + visites à la maternité + contacts maintenus de retour au domicile (Dixième Condition).	Tém. : 12 Int. I : 13 Int. II : 15  N : 40	6 semaines après la naissance, 6 mères (50 %) continuaient à allaiter.	Interv. I : 6 semaines après la naissance, 6 mères (50 %) continuaient à allaiter.  Interv. II : 6 semaines après la naissance, 12 mères (80 %) continuaient à allaiter.	L'établissement d'un contact personnel n'a pas eu d'incidence significative sur l'allaitement 6 semaines après la naissance.
Righard, 92 (Suède) [8]	Mères en bonne santé pratiquant un allaitement exclusif à la sortie de la maternité. Nourrissons nés à terme et en bonne santé.	Groupe témoin : Techniques incorrectes non corrigées au moment de la sortie de la maternité. Intervention I : Prise du sein spontanément correcte au moment de téter. Intervention II : Rectification de la prise du sein si elle est incorrecte au moment de la sortie de la maternité.	Tém. : 25 Int. I : 28 Int. II : 29  N : 82	1 mois après la naissance, 16/25 mères (64 %) continuaient à allaiter***.  4 mois après la naissance, 10/25 mères (40 %) continuaient à allaiter**.	1 mois après la naissance, 55/57 mères (96 %) continuaient à allaiter***.  4 mois après la naissance, 42/57 (74 %) continuaient à allaiter**.	Rectifier la prise du sein a permis d'améliorer les taux d'allaitement exclusif et partiel 4 mois après la naissance.
Perez- Escamilla, 92 (Mexique)	Femmes primipares et multipares de condition modeste vivant en milieu urbain. Intention d'allaiter. Nourrissons nés à terme et en bonne santé.	Groupe témoin : Placement de l'enfant dans la chambre de sa mère (RI - « rooming-in »). Intervention : Placement de l'enfant dans la chambre de sa mère + assistance dans la pratique de l'allaitement (conseils pratiques prodigués individuellement + brochure + affiche).	Tém. : 50 Interv. : 53  N : 103	Premier accouchement : 135 jours après la naissance, 3/18 mères (19 %) <sup>a</sup> continuaient à allaiter*.  Multipare : 135 jours après la naissance, 13/32 (41 %) <sup>a</sup> mères continuaient à allaiter.	Premier accouchement : 135 jours après la naissance, 11/24 mères (47 %) <sup>a</sup> continuaient à allaiter*.  Multipare : 135 jours après la naissance, 13/29 mères (44 %) <sup>a</sup> continuaient à allaiter.	Dans le cas des mères primipares, prodiguer une assistance dans la pratique de l'allaitement a permis d'accroître le taux d'allaitement, 135 jours après la naissance.
Hofmeyr, 91 (Afrique du Sud) [8]	Femmes primipares vivant en milieu urbain, instruites, possédant de faibles revenus. Accouchement sans complications dans un hôpital communautaire de petite taille.	Groupe témoin : Soins habituels dispensés au moment de l'accouchement. Intervention : Soutien d'une personne volontaire s'employant à réconforter, rassurer et féliciter la mère durant la phase de travail (dans la plupart des cas jusqu'au moment de la naissance).	Tém. : 75 Interv. : 74  N : 149	6 semaines après la naissance, 22 mères (29 %) pratiquaient un allaitement total**.  24 mères (32 %) recouraient au biberon « faute d'avoir assez de lait »**.	6 semaines après la naissance, 38 mères (51 %) pratiquaient un allaitement total**.  10 mères (14 %) recouraient au biberon « faute d'avoir assez de lait »**.	Le soutien apporté a contribué à améliorer le taux d'allaitement total 6 semaines après la naissance.

\*P < 0,05 ; \*\*P < 0,01 ; \*\*\*P < 0,001.

<sup>a</sup> : Données recalculées.

Tém. : Témoin

**ETUDES EXPERIMENTALES - RESULTATS COMPARATIFS**  
**UTILISATION DE SUPPLEMENTS EN MATERNITE**

Etude [Limitations méthodologiques]	Participants Critères	Groupe témoin/ Groupe soumis à une intervention	Importance du panel	Résultats		Conclusion
				Témoin	Intervention	
De Chateau, 77b (Suède)	Femmes primipares et multipares vivant en milieu urbain. Nourrissons nés à terme et en bonne santé.	Groupe témoin : Procédures suivies de manière habituelle préalablement à l'intervention.  Intervention : Poids des nourrissons non contrôlé avant et après les tétées ; aucun substitut du lait maternel donné. Cas évalués un an après la mise en place de ces changements.	Tém. : 119 Interv. : 68  N : 187	Durée moyenne de tout type d'allaitement : 42 jours (test de moyennes)***.	Durée moyenne de tout type d'allaitement : 95 jours (test de moyennes)***.	Durée de l'allaitement plus longue après interruption du contrôle de poids et de l'utilisation des suppléments.
Gray-Donald, 85 (Canada)	Pouponnières privilégiant le bien-être de l'enfant. Populations issues de divers milieux socio-économiques et culturels. Nourrissons nés à terme et en bonne santé.	Groupe témoin : Nourrissons nourris toutes les quatre heures. Lait artificiel donné sans restriction.  Intervention : Personnel infirmier formé à de nouvelles directives limitant l'utilisation des laits artificiels.  Dans les deux cas : • Eau glucosée donnée sans restriction. • Cas évalués deux semaines après la formation.	Tém. : 393 Interv. : 388  N : 781	Lait artificiel non utilisé en maternité dans le cas de 59 nourrissons (15 %)***.  A 4 semaines, pratique d'un allaitement total pour 278 nourrissons (71 %).  A 9 semaines, pratique d'un allaitement total pour 215 nourrissons (55 %).	Lait artificiel non utilisé en maternité dans le cas de 244 nourrissons (63 %)***.  A 4 semaines, pratique d'un allaitement total pour 263 nourrissons (68 %).  A 9 semaines, pratique d'un allaitement total pour 210 nourrissons (54 %).	Moindre recours au lait artificiel, contrairement à l'eau glucosée. Taux d'allaitement total inchangé à 4 et 9 semaines.
Nylander, 91 (Norvège)	Nourrissons nés à terme et en bonne santé. Poids de naissance situé entre 2500 et 4500 grammes.	Groupe témoin : Soins dispensés de la manière habituelle préalablement à l'intervention.  Intervention : Formation dispensée au personnel visant à éviter un recours systématique aux laits artificiels et à l'eau glucosée + pratique du contact précoce (Quatrième Condition) + allaitement à la demande (Huitième Condition).	Suivi :  Tém. : 106 Interv. : 126  N : 232	Durée moyenne de l'allaitement total : 3,5 ± 2,1 mois***.  13 nourrissons (12 %) allaités totalement à 6 mois** ; poursuite de l'allaitement pour 50 (47 %) d'entre eux à 9 mois**.	Durée moyenne de l'allaitement total : 4,5 ± 1,8 mois***.  28 nourrissons (22 %) allaités totalement à 6 mois** ; poursuite de l'allaitement pour 78 (62 %) d'entre eux à 9 mois**.	Augmentation de la durée moyenne de l'allaitement total, de 3,5 à 4,5 mois, lorsque l'utilisation de suppléments est interrompue (+ Conditions 4 et 8).
Martin-Calama, 97 (Espagne)	Mères en bonne santé ayant émis le souhait d'allaiter ≥ 3 mois. Nourrissons en bonne santé pour qui l'utilisation d'eau glucosée n'est pas médicalement préconisée.	Groupe témoin : Durant les 3 premiers jours de vie, consommation <i>ad libitum</i> d'eau glucosée au biberon, après les tétées.  Intervention : Allaitement exclusif durant les 3 premiers jours de vie.	Tém. : 83 Interv. : 87  N : 170	4 semaines après la naissance, recours au lait artificiel pour 34 % <sup>b</sup> des nourrissons*.  16 semaines après la naissance, 36 nourrissons (43 %) toujours allaités**.	4 semaines après la naissance, recours au lait artificiel pour 18 % <sup>b</sup> des nourrissons*.  16 semaines après la naissance, 58 nourrissons (67 %) toujours allaités**.	La probabilité d'une poursuite de l'allaitement 16 semaines après la naissance était moindre dans le cas des enfants qui avaient absorbé de l'eau glucosée en maternité.

\*P < 0,05 ; \*\*P < 0,01 ; \*\*\*P < 0,001.

<sup>a</sup> : Motifs d'abandon analysés séparément

<sup>b</sup> : Données recalculées

Annexe 4d

## ETUDES LONGITUDINALES - RESULTATS COMPARATIFS

### UTILISATION DE SUPPLEMENTS

Etude (Limitations méthodologiques)	Participants Critères	Importance du panel	Pratique expérimentée	Résultats		Analyses statistiques	Conclusion
				Exposé	Non exposé		
Kurini, 84 (Etats-Unis d'Amérique)	Femmes primipares vivant en milieu urbain. Poids normal considéré > 2000g. Mères et enfants suivis durant 6 ou 7 mois.	109	Eau donnée aux nourrissons durant leur séjour en maternité.	23/40 (58 %) <sup>a</sup> nourrissons allaités à > 4 mois.	51/69 (74 %) <sup>a</sup> nourrissons allaités à > 4 mois.	Analyse à variable unique : NS. Régression logistique multiple*.	L'eau donnée au nourrisson en maternité contribue à une durée plus courte de l'allaitement.
			Lait artificiel utilisé régulièrement dès le retour au domicile et pendant un mois.	8/28 (29 %) <sup>a</sup> nourrissons allaités à > 4 mois. OR = 3,9 (95 % CI : 2,3-6,5)	66/81 (81 %) <sup>a</sup> nourrissons allaités à > 4 mois.		
Blomquist, 94 (Suède)	Nourrissons nés avant terme ou à terme. Suivi assuré durant 4 mois.	521	Nourrissons alimentés avec un lait artificiel ou du lait maternel exprimé autre que celui de la mère.	102/156 (65 %) nourrissons toujours allaités à 3 mois. OR = 3,51 (95 % CI : 2,26-5,47)	292/336 (87 %) nourrissons toujours allaités à 3 mois.	Analyse à variable aléatoire unique. Régression logistique multiple.	L'utilisation de lait artificiel ou de lait maternel autre que celui de la mère a accru le risque d'interruption de l'allaitement.
				OR corrigé = 3,9 (95 % CI : 2,1-7,2)			
Martines, 89 (Brésil)	Familles vivant en milieu urbain dans des conditions modestes. Nouveau-nés en bonne santé. Pas de jumeau. Poids de naissance > 1500 g. Suivi assuré durant 6 mois.	538	Utilisation d'un lait artificiel 1 semaine après la naissance.	Risque relatif (RR) d'une interruption de l'allaitement à 1 mois : 3,7 (95 % CI : 1,04-13,15)	RR = 1,00	Régression logistique*.	L'utilisation d'un lait artificiel à 1 semaine et à 3 mois a participé à accroître le risque d'interruption de l'allaitement.
			Utilisation d'un lait artificiel 3 mois après la naissance.	RR d'une interruption de l'allaitement à 6 mois : 3,85 (95 % CI : 2,34-6,32)	RR = 1,00		

\*P < 0,05 ; \*\*P < 0,01 ; \*\*\*P < 0,001.

<sup>a</sup> : Données recalculées

RR: Risque relatif

OR = Rapport de probabilité (« odds ratio »)



**ETUDES EXPERIMENTALES - RESULTATS COMPARATIFS**  
**PLACEMENT DE L'ENFANT AUPRES DE SA MERE**

Etude [Limitations méthodologiques]	Participants Critères	Groupe témoin/Groupe soumis à une intervention	Importance du panel	Résultats		Conclusion
				Témoin	Intervention	
Procianny, 83 (Brésil)	Femmes vivant en milieu urbain, possédant de faibles revenus, n'ayant reçu aucune information sur l'allaitement durant leur grossesse. Nourrissons nés à terme et en bonne santé ; allaités de retour au domicile.	Similitudes dans les deux groupes : Contact tactile à la naissance, suivi d'une séparation de 6 à 8 heures. Groupe témoin : Mère et enfant placés au contact l'un de l'autre durant une heure toutes les 4 heures. Intervention : Mère et enfant réunis de manière permanente ; allaitement toutes les 4 heures.	Tém. : 75 Interv. : 81 N : 156	32 mères (43 %) avaient l'intention de continuer à allaiter en quittant la maternité***.	59 mères (73 %) avaient l'intention de continuer à allaiter en quittant la maternité***.	Le fait de réunir la mère et son enfant dans une même chambre augmente la probabilité d'une poursuite de l'allaitement.
Elander, 86 (Suède)	Nourrissons en bonne santé présentant une hyperbilirubinémie et traités par photothérapie.	Groupe témoin : Séparation totale. Intervention : Mère et enfant réunis de manière permanente + mère assistée pendant 1 à 2 heures dans les soins prodigués à son enfant.	Tém. : 14 Interv. : 15 N : 29	4 semaines après la naissance, 7 mères (50 %)* continuaient à allaiter <sup>a</sup> . 12 semaines après la naissance, 3 mères (21 %) continuaient à allaiter <sup>a</sup> .	4 semaines après la naissance, 13 mères (87 %)* continuaient à allaiter <sup>a</sup> . 12 semaines après la naissance, 8 mères (53 %) continuaient à allaiter <sup>a</sup> .	Le placement de l'enfant aux côtés de sa mère était considéré comme ayant favorisé tout type d'allaitement à 4 semaines.
Mapata, 88 (Indonésie)	Nourrissons nés à terme et en bonne santé. Grossesse et accouchement n'ayant pas présenté de complications.	Groupe témoin : Contact toutes les 3 heures, au moment d'allaiter. Intervention : Mère et enfant réunis de manière permanente, allaitement à la demande, contact tactile établi en salle d'accouchement.	Tém. : 161 Interv. : 253 N : 414	Montée de lait au bout de 3,07 jours***.	Montée de lait au bout de 1,85 jours***.	Montée de lait survenue plus tôt chez les mères laissées au contact de leur enfant.
Yamauchi, 90 (Japon)	Nourrissons nés à terme et en bonne santé.	Groupe témoin : Soins prodigués avant que l'intervention ne soit menée, mère et enfant placés au contact l'un de l'autre toutes les 3 à 4 heures. Intervention : Mère et enfant réunis de manière permanente + allaitement à la demande (Huitième Condition).	Tém. : 112 Interv. : 92 N : 204	Nombre de tétées au sixième jour : 7,85 (en moyenne)***. Prise de poids (du minimum jusqu'au septième jour) : $31 \pm 15$ g/jour**.	Nombre de tétées au sixième jour : 9,72 (en moyenne)***. Prise de poids (du minimum jusqu'au septième jour) : $39 \pm 21$ g/jour**.	Fréquence des tétées et prise de poids accrues grâce au placement de l'enfant dans la chambre de sa mère.
Strachan-Lindenberg, 90 (Nicaragua)	Femmes primipares en bonne santé, vivant en milieu urbain, possédant de faibles revenus. Intention d'allaiter.	Groupe témoin I (préalablement à l'intervention) : messages habituels au sujet de l'allaitement + séparation. Groupe témoin II (préalablement à l'intervention) : information plus spécifique sur l'allaitement + contact précoce. Intervention : Mère et enfant réunis de manière permanente + information plus spécifique sur l'allaitement.	Tém. (I + II) : 259 Interv. : 116 N : 375	1 semaine après la naissance, 111 mères (43 %) allaitaient totalement***. 4 mois après la naissance, 131 mères (51 %) continuaient à allaiter*.	1 semaine après la naissance, 73 mères (63 %) allaitaient totalement***. 4 mois après la naissance, 71 mères (61 %) continuaient à allaiter*.	Le placement de l'enfant auprès de sa mère et des messages spécifiques délivrés sur l'allaitement étaient considérés comme ayant favorisé tout type d'allaitement à 4 mois.
Perez-Escamilla, 92 (Mexique)	Femmes primipares de condition modeste vivant en milieu urbain. Intention d'allaiter. Nourrissons nés à terme et en bonne santé.	Groupe témoin : Séparation totale + aucune assistance dans la pratique de l'allaitement. Intervention I : Mère et enfant réunis de manière permanente. Intervention II : Mère et enfant réunis de manière permanente + assistance dans la pratique de l'allaitement.	Tém. : 17 Interv. I : 15 Interv. II : 22 N : 54	30 jours après la naissance, 2 mères (12 %) <sup>a</sup> allaitaient totalement*. 90 jours après la naissance, aucune mère (0 %) <sup>a</sup> ne continuait à allaiter totalement*.	30 jours après la naissance (II vs Tém.), 6 mères (40 %) <sup>a</sup> dans Interv. I et 11 (50 %) <sup>a</sup> dans Interv. II allaitaient totalement*. 90 jours après la naissance (II vs Tém.), 1 mère (8 %) <sup>a</sup> dans Interv. I et 6 (27 %) <sup>a</sup> dans Interv. I allaitaient totalement*.	Augmentation du taux d'allaitement jusqu'à 90 jours lorsque mère et enfant étaient placés dans la même chambre et qu'une assistance dans la pratique de l'allaitement était prodiguée aux mères qui avaient accouché pour la première fois.

\*P < 0,05 ; \*\*P < 0,01 ; \*\*\*P < 0,001.

<sup>a</sup> : Données recalculées

Annexe 40

**ETUDES EXPERIMENTALES - RESULTATS COMPARATIFS**  
**PLACEMENT DE L'ENFANT AUPRES DE SA MERE - INCIDENCES DIVERSES**

Etude [Limitations méthodologiques]	Participants Critères	Groupe témoin/ Groupe soumis à une intervention	Importance du panel	Résultats		Conclusion
				Témoin	Intervention	
O'Connor, 80 (Etats-Unis d'Amérique)	Femmes primipares de condition modeste. Nouveau-nés en bonne santé.	Groupe témoin : Mère placée au contact de son enfant au bout de 12 heures, au moment de le nourrir. Intervention : Mère et enfant placés au contact l'un de l'autre au bout de 7 à 21 heures ; réunis 11,4 heures durant les 48 premières heures (en moyenne).	Tém. : 158 Interv. : 143  N : 301	9 cas de mauvais traitements graves ou de négligences à l'égard de l'enfant constatés en 17 mois*.	1 cas de mauvais traitements graves ou de négligences à l'égard de l'enfant constatés en 17 mois*.	Moins de risques de mauvais traitements ou de négligences à l'égard de l'enfant si celui-ci est placé aux côtés de sa mère (partiellement).
Norr, 89 (Etats-Unis d'Amérique)	Femmes primipares médicalement indigentes. Accouchement normal ; nourrissons nés à terme et en bonne santé, pour la plupart nourris au biberon.	Groupe témoin I : Mère et enfant placés au contact l'un de l'autre 4 fois par jour durant 45 minutes, avant que ne soit menée l'intervention. Groupe témoin II : Ainsi que décrit ci-dessus, malgré le souhait exprimé par la mère de garder son enfant auprès d'elle. Intervention : Mère et enfant réunis durant la journée.	Tém. I : 72 Tém. II : 35 Interv. : 77  N : 184	Résultats inhérents au développement du lien mère-enfant au bout de 2 à 3 jours : Tém. I : $82,2 \pm 21$ (moyenne $\pm$ SD)*. Tém. II : $80,2 \pm 19,9$ .	Résultats inhérents au développement du lien mère-enfant au bout de 2 à 3 jours : $88,9 \pm 21$ (moyenne $\pm$ SD)*.	Mères plus attachées à leur enfant lorsqu'ils sont réunis dans une chambre identique.
Keefe, 87 et 88 (Etats-Unis d'Amérique)	Femmes multipares. Accouchement normal. Nourrissons nés à terme, sans complications, allaités.	Groupe témoin : Mère et enfant réunis entre 7:00 et 23:00 h. Intervention : Ainsi que décrit ci-dessus + enfant placé aux côtés de sa mère durant la nuit aussi.	Tém. : 10 Interv. : 11  N : 21	Sur 8 heures, nombre d'heures de sommeil pour la mère durant la première et la deuxième nuit : 5,35 h. Portion de la nuit durant laquelle l'enfant a dormi paisiblement dans son berceau : 25 %*. Durée moyenne des pleurs de l'enfant couché dans son berceau, durant la nuit : 20,8 minutes***.	Sur 8 heures, nombre d'heures de sommeil pour la mère durant la première et la deuxième nuit : 5,55 h. Portion de la nuit durant laquelle l'enfant a dormi paisiblement dans son berceau : 33 %*. Durée moyenne des pleurs de l'enfant couché dans son berceau durant la nuit : 1,4 minutes***.	Placer l'enfant aux côtés de sa mère durant la nuit n'entraîne pas une diminution du nombre d'heures de sommeil pour celle-ci. Le sommeil de l'enfant s'en trouve apaisé et les pleurs sont moins fréquents.
Waldenstrom, 91 (Suède)	Nourrissons en bonne santé, nés lors d'un accouchement sans complications.	Groupe témoin (constitué préalablement à l'intervention menée) : Mère et enfant réunis entre 6:00 et 22:00 h. Intervention : Ainsi que décrit ci-dessus + mères encouragées à garder leur enfant à leurs côtés durant la nuit (formation du personnel, information dispensée durant la période anténatale).	Tém. : 104 Interv. : 111  N : 215	Nombre de tétées au cours de la troisième nuit : 1,5 (en moyenne)*. Nombre d'heures de sommeil au cours de la troisième nuit pour la mère : 5,7 (en moyenne).	Nombre de tétées au cours de la troisième nuit : 1,8 (en moyenne)*. Nombre d'heures de sommeil au cours de la troisième nuit pour la mère : 5,6 (en moyenne).	Placer l'enfant aux côtés de sa mère durant la nuit n'entraîne pas une diminution du nombre d'heures de sommeil pour celle-ci. Tétées plus nombreuses durant la troisième nuit.

**ETUDES EXPERIMENTALES - RESULTATS COMPARATIFS**  
**ALLAITEMENT A LA DEMANDE**

Annexe 41

Etude [Limitations méthodologiques]	Participants Critères	Groupe témoin/ Groupe soumis à une intervention	Importance du panel	Résultats		Conclusion
				Témoin	Intervention	
Illingworth, 52 (Royaume-Uni)	Nourissons nés à terme et en bonne santé.	Groupe témoin : Allaitement toutes les 4 heures. Intervention : Allaitement à la demande pratiqué dès le troisième jour. Dans les deux cas : Placement de l'enfant aux côtés de sa mère 24 heures sur 24.	Tém. : 96 Interv. : 122 N : 218	A 1 mois, allaitement total pour 62 enfants (64,5 %)**.	A 1 mois, allaitement total pour 98 enfants (80,3 %)**.	Allaiter à la demande de l'enfant semble avoir bénéficié au taux d'allaitement total à 1 mois.
Salariya, 78 (Ecosse)	Femmes primipares désirant allaiter. Nourissons nés à terme et en bonne santé.	Groupe témoin I : Allaitement toutes les 4 heures + contact précoce. Groupe témoin II : Allaitement toutes les 4 heures + contact entre l'enfant et sa mère retardé. Intervention I : Allaitement toutes les 2 heures + contact précoce. Intervention II : Allaitement toutes les 2 heures + contact entre l'enfant et sa mère retardé.	Tém. I : 27 Tém. II : 26 Int. : 29 Int. II : 27 N : 109	Poursuite de l'allaitement à 6 semaines : 20 (74 %) dans le Gr. Tém. I. 14 (54 %) dans le Gr. Tém. II. 34 (64 %) dans les Gr. Tém. I + II.	Poursuite de l'allaitement à 6 semaines : 20 (69 %) dans le Gr. Interv. I. 19 (70 %) dans le Gr. Interv. II. 39 (70 %) dans les Gr. Interv. I + II.	L'augmentation du taux d'allaitement à 6 semaines lorsque l'enfant est nourri toutes les 2 heures ne possède pas un caractère significatif.
Slaven, 81 (Royaume-Uni)	Femmes primipares et multipares. Intention d'allaiter. Présence d'un poste de téléphone au domicile.	Groupe témoin : Limitation de la durée des tétées (3, 5, 7 et 10 minutes du premier au quatrième jour, 10 minutes par la suite). Intervention : Aucune restriction dans la durée des tétées. Dans les deux cas : Aucune restriction dans la fréquence des tétées.	Tém. : 100 Interv. : 100 N : 200	Poursuite de l'allaitement à 6 semaines dans 57 % des cas***. 37 % des mères ont fait part de problèmes d'engorgement des seins et 33 % d'une inflammation des mamelons.	Poursuite de l'allaitement à 6 semaines dans 80 % des cas***. 27 % des mères ont fait part de problèmes d'engorgement des seins et 38 % d'une inflammation des mamelons.	La probabilité d'une poursuite de l'allaitement était plus grande dans le cas des mères qui pratiquaient l'allaitement à la demande. Proportions similaires d'engorgement des seins et d'inflammation des mamelons.
De Carvalho, 83 (Etats-Unis d'Amérique)	Femmes vivant en milieu urbain, ayant émis le souhait d'allaiter. Accouchement sans complications. Nourissons nés à terme.	Groupe témoin (constitué préalablement à l'intervention menée) : Allaitement toutes les 3 à 4 heures. Intervention : Instruction donnée aux mères de nourrir leur enfant dès qu'il paraissait avoir faim. Dans les deux cas : Enseignement à l'hôpital des premières techniques de soins pour les seins.	Tém. : 24 Interv. : 20 N : 44	Nombre moyen des tétées en 24 heures (jour 1 à 14) : $7,3 \pm 1,4$ . Prise de poids au 15ème jour : 347 grammes*. Quantité de lait prise le 15ème jour : 502 ml/24 heures***.	Nombre moyen des tétées en 24 heures (jour 1 à 14) : $9,9 \pm 1,9$ ***. Prise de poids au 15ème jour : 561 grammes*. Quantité de lait prise le 15ème jour : 725 ml/24 heures***.	Au quinzième jour, on a constaté que l'allaitement à la demande avait favorisé une fréquence accrue des tétées, une prise de poids plus importante et contribué à la prise d'une quantité de lait supérieure.
De Carvalho, 84 (Etats-Unis d'Amérique)	Grossesse d'une durée normale, n'ayant pas présenté de complications. Accouchement normal. Pratique d'un allaitement total.	Groupe témoin (constitué préalablement à l'intervention menée) : Allaitement toutes les 3 à 4 heures. Intervention : Nourrisson allaité dès qu'il manifestait des signes d'agitation, tétait ses doigts ou effectuait des mouvements de succion avec sa bouche. Dans les deux cas : Enseignement dispensé sur l'allaitement ; ni eau ni lait artificiel donnés au nourrisson.	Tém. : 17 Interv. : 15 N : 32	Nombre des tétées en 24 heures (jour 6 à 10) : $7,7 \pm 1,4$ ***. Inflammation des mamelons - résultats : $0,75 \pm 0,73$ points (jour 6 à 10).	Nombre des tétées en 24 heures (jour 6 à 10) : $10 \pm 2,3$ ***. Inflammation des mamelons - résultats : $0,44 \pm 0,5$ points (jour 6 à 10).	On a constaté une fréquence accrue des tétées dans le cas des mères qui allaitaient à la demande mais aucune différence à l'égard des problèmes d'inflammation des mamelons n'a été relevée.

## ETUDES EXPERIMENTALES - RESULTATS UTILISATION DU BIBERON

Etude [Limitations méthodologiques]	Participants Critères	Groupe témoin/ Groupe soumis à une intervention	Importance du panel	Résultats		Conclusion
				Témoin	Intervention	
Cronenwett, 92 (Etats-Unis d'Amérique)	Femmes primipares de race blanche, mariées, ayant suivi une préparation prénatale et désirant allaiter. Soutien apporté par une personne qualifiée dans le domaine de l'allaitement et suivi assuré par téléphone.	Groupe témoin : Autant que possible, un biberon de lait maternel ou artificiel donné tous les jours pendant 5 jours au moins.  Intervention : Dans la mesure du possible, pas plus de 2 biberons donnés par semaine.  Dans les deux cas : Pas de limitation dans la fréquence des biberons donnés durant les deux premières semaines.	Tém. : 63 Interv. : 58  N : 121	9,4 biberons <sup>a</sup> donnés la sixième semaine.  52 enfants (83 %) toujours allaités 12 semaines après leur naissance.	2 biberons <sup>a</sup> donnés la sixième semaine.  54 enfants (93 %) toujours allaités 12 semaines après leur naissance.	12 semaines après la naissance, la probabilité d'une interruption de l'allaitement était moindre dans le cas des enfants à qui l'on n'avait donné que 2 biberons en comparaison de ceux à qui l'on en avait donné 9. (Résultat non significatif.)
Schubiger, 97 (Suisse)	Séjour de 5 jours en maternité. Mères envisageant d'allaiter ≥ 3 mois dont les enfants étaient nés à terme et en bonne santé. Participation de 10 établissements hospitaliers possédant un programme sur l'allaitement et ayant établi des directives tendant à limiter l'utilisation de lait artificiel.	Groupe témoin : Biberons et sucettes proposés à tous les enfants sans aucune restriction.  Intervention : Dans le cas d'une prescription médicale, solution de dextrine-maltose (DM) donnée à la tasse ou à la cuillère. Utilisation de tétines artificielles interdite (Conditions 6 + 9). 114 mères ne se sont pas prêtées totalement à l'intervention : 70 ont utilisé une sucette, 19 le biberon, 9 n'ont pas réussi à se servir d'une tasse ou d'une cuillère et 16 n'en ont pas observé les consignes pour diverses autres raisons.	Tém. : 291 Interv. : 180  N : 471	Administration de solution de dextrine-maltose 7,3 fois (0-24) durant les 5 premiers jours*.  55 % des enfants toujours allaités à l'âge de 6 mois.  Utilisation de la sucette dans 69-76 % des cas au 2ème et au 4ème mois.	Administration de solution de dextrine-maltose 6,1 fois (0-18) durant les 5 premiers jours*.  57 % des enfants toujours allaités à l'âge de 6 mois.  Utilisation de la sucette dans 69-76 % des cas au 2ème et au 4ème mois.	L'utilisation de tétines artificielles durant le séjour en maternité n'a pas accru la probabilité d'une interruption de l'allaitement à l'âge de 6 mois.

\*P < 0,05 ; \*\*P < 0,01 ; \*\*\*P < 0,001.

<sup>a</sup> : Données obtenues à partir de graphiques

## ETUDE LONGITUDINALE SUR L'ALIMENTATION A LA TASSE

Etude [Limitations méthodologiques]	Participants Critères	Importance du panel	Pratique expérimentée	Résultats		Conclusion
				Exposé	Non exposé	
Lang, 94 (Royaume-Uni)	Enfants prématurés ou nés à terme (< 28 à 36 semaines) dont les mères, malgré leur intention d'allaiter, se trouvaient dans l'impossibilité de le faire.	Exp. : 76 Non exp. : 372  N : 448	Utilisation d'une tasse afin d'alimenter l'enfant (les autres enfants étaient nourris au biberon).	Allaitement exclusif pour 62 enfants (81 %) de retour au domicile.	Allaitement exclusif pour 231 enfants (63 %) de retour au domicile.	L'utilisation de la tasse accroît la probabilité d'une pratique de l'allaitement exclusif de retour au domicile.

Annexe 49

**ETUDES LONGITUDINALES ET TRANSVERSALES - RESULTATS COMPARATIFS**  
**UTILISATION DE SUCETTES OU DE TETERELLES**

Etude [Limitations méthodologiques]	Participants Critères	Importance du panel	Pratique expérimentée	Résultats		Conclusion
				Exposé	Non exposé	
Victoria, 93 (Brésil)	Mères dont les enfants avaient moins de 2 ans, domiciliées dans des zones populaires périurbaines. Enfants toujours allaités à l'âge de un mois. Accès à l'information.	Exp. : 119 Non exp. : 67 N : 186	Utilisation de sucettes à l'âge de un mois.	Au sixième mois, 77 enfants (65 %) n'étaient plus allaités***.  Risque relatif corrigé : 3,0 (95 % CI = 1,9 - 4,6)	Au sixième mois, 16 enfants (24 %) n'étaient plus allaités***.  RR corrigé : 1,0	L'utilisation de sucettes est associée à un risque accru d'interruption de l'allaitement au sixième mois.
Barros, 95 (Brésil)	Nouveau-nés en bonne santé, placés aux côtés de leur mère (femmes de condition modeste domiciliées en ville) toujours allaités à l'âge de un mois. Suivi assuré durant 6 mois pour 85,5 % des personnes sollicitées au départ (n = 605) sous forme de visites à domicile.	Exp. I : 104 Exp. II : 159 Non exp. : 242 N : 505	Utilisation de sucettes à l'âge de un mois :  Exp. I : Jour et nuit.  Exp. II : Utilisation occasionnelle.	Poursuite d'un allaitement exclusif à l'âge de 4 mois : Exp. I : 18 (17 %)*** Exp. II : 42 (26 %)***  Risque relatif non corrigé (RR) d'une interruption de l'allaitement entre l'âge de 1 et 6 mois : 3,84*** (95 % CI = 2,68 - 5,50). RR = 2,87*** (Régression de Cox)	Poursuite d'un allaitement exclusif à l'âge de 4 mois : 108 (45 %)  RR = 1,00***	L'utilisation de sucettes est associée à un risque accru d'interruption de l'allaitement entre l'âge de 1 et 6 mois.
Victoria, 97 (Brésil)	Femmes de condition modeste résidant dans une ville de taille moyenne au sud du Brésil, n'ayant fait état d'aucune difficulté à l'égard de l'allaitement et continuant à allaiter un mois après la naissance de leur enfant.	Exp. I : 46 Exp. II : 323 Non exp. : 81 N : 450	Utilisation de sucettes à l'âge de un mois :  Exp. I : Jour et nuit.  Exp. II : Utilisation occasionnelle.	Exp. I : 16 % des enfants toujours allaités à l'âge de 6 mois***. (OR d'une interruption de l'allaitement dans les 6 mois = 2,37, 95 % CI = 1,4 - 4,01).  Exp. II : 40 % des enfants toujours allaités à l'âge de 6 mois*** (OR = 1,74, 95 % CI = 1,15 - 2,63).	65 % des enfants toujours allaités à l'âge de 6 mois*** (OR = 1,00).	L'utilisation de sucettes est associée à un risque plus élevé d'interruption de l'allaitement à l'âge de 3 et 6 mois. Les mères manquant de confiance en elles sont les plus disposées à cesser d'allaiter.
Righard, 97 (Suède)	Mères allaitant totalement leur enfant né à terme et en bonne santé. Suivi assuré par téléphone durant une période de 4 mois après l'accouchement.	Exp. I : 48 Exp. II : 34 N : 82	Utilisation fréquente de sucettes : plus de 2 heures par jour de retour au domicile.  Utilisation limitée de sucettes : moins de 2 heures par jour (n = 24).	20/24 mères (83 %) recourant fréquemment à l'usage de la sucette pour leur enfant ont fait part de difficultés liées à l'allaitement*.  21/48 (44 %) continuaient à allaiter 4 mois après la naissance de leur enfant** : 59 % dans le cas d'une technique de prise du sein correcte, 7 % dans le cas contraire*.	31/58 mères (53 %) recourant occasionnellement à l'usage de la sucette ou ne l'utilisant pas du tout ont fait part de difficultés liées à l'allaitement*.  31/34 (91 %) continuaient à allaiter 4 mois après la naissance de leur enfant** : 96 % dans le cas d'une technique de prise du sein correcte, 82 % dans le cas contraire.	Probabilité d'une interruption de l'allaitement dans les 4 mois suivant la naissance plus grande dans le cas d'enfants utilisant une sucette, amplifiée lorsque la technique de prise du sein était incorrecte au moment de quitter la maternité.

\*P < 0,05 ; \*\*P < 0,01 ; \*\*\*P < 0,001.

OR : Rapport de probabilité (« odds ratio »).

**ETUDES EXPERIMENTALES - RESULTATS COMPARATIFS**  
**PROLONGER LE SOUTIEN - CONSEILLERES COMMUNAUTAIRES**

Etude [Limitations méthodologiques]	Participants Critères	Groupe témoin/ Groupe soumis à une intervention	Importance du panel	Résultats		Conclusion
				Témoin	Intervention	
Burkhalter, 91 (Chili)	Enregistrement de toutes les naissances dans un établissement de soins suburbain. Enfants issus de milieux socio-économiques divers.	Groupe témoin (préalablement à l'intervention) : Soins habituels durant la période prénatale ; enfants suivis dans une « consultation de l'enfant sain ».  Intervention I : Organisation de 4 cours de préparation prénatale + contrôles effectués tous les mois + 6 visites au domicile réparties sur une période de 6 mois + Soutien de la part d'associations de mères allaitantes.  Intervention II : Ainsi que décrit ci-dessus, introduction de changements au bout d'une année.	Tém. : 137 Interv. I : 115 Interv. II : 117  N : 369	46 enfants (34 %) allaités totalement à l'âge de 6 mois.	Int. I : 74 enfants (64 %) allaités totalement à l'âge de 6 mois***.  Int. II : 64 enfants (55 %) allaités totalement à l'âge de 6 mois***.	Le soutien apporté durant les périodes prénatale et postnatale a favorisé la pratique d'un allaitement total 6 mois après la naissance.
Lundgren, 92 (Honduras)	Population rurale vivant dans des villages, ne possédant que peu de ressources en eau, un petit nombre de latrines et ayant un accès limité aux services de santé.	Groupe témoin : Activités de promotion de l'allaitement (réunions mensuelles, distribution de matériels didactiques) organisées par des Comités de Santé ruraux dans 20 villages.  Intervention : Activités de promotion de l'allaitement similaires organisées dans 20 villages par des volontaires ayant été formés au conseil en allaitement.  Groupes cibles (dans les deux cas) : Femmes enceintes et mères d'enfants âgés de < 1 an.	Tém. (pre): 209 Tém. (post): 226 Interv. (pre): 207 Interv. (post): 221  N : 863	Durée moyenne de l'allaitement exclusif : (enquête pre/post) : 1,3/1,2 mois.  Allaitement exclusif 2 mois après la naissance (pre/post) : 20 %/18 %** (Tém. vs Int.).	Durée moyenne de l'allaitement exclusif : (enquête pre/post) : 1,2/3 mois.  Allaitement exclusif 2 mois après la naissance (pre/post) : 20 %/50 %**.	On a constaté un accroissement de la pratique de l'allaitement exclusif dans les villages qui bénéficiaient de la présence de personnes qualifiées dont le rôle était de soutenir les mères.
Kistin, 94 (Etats-Unis d'Amérique)	Femmes de condition modeste vivant en milieu urbain, souhaitant allaiter et bénéficier du soutien de leurs semblables.	Groupe témoin : Absence de conseillère.  Intervention : Contacts téléphoniques avec un groupe de mères allaitantes (≥ 2 fois/semaine jusqu'à ce que l'allaitement ait été engagé puis toutes les semaines voire toutes les 2 semaines.	Tém. : 43 Interv. : 59  N : 102	Durée moyenne de tout type d'allaitement : 8 semaines*.  Durée moyenne de l'allaitement total : 4 semaines*.	Durée moyenne de tout type d'allaitement : 15 semaines*.  Durée moyenne de l'allaitement total : 8 semaines*.	Le soutien apporté par les groupes de mères allaitantes a contribué à allonger la durée de l'allaitement.
Mongeon, 95 (Canada)	Femmes enceintes n'ayant pas eu d'expérience préalable de l'allaitement et souhaitant allaiter.	Groupe témoin : Aucune aide supplémentaire.  Intervention : 1 visite au domicile (avant la naissance) + 1 fois par semaine (pendant 6 semaines) et suivi assuré par un volontaire sous la forme d'entretiens téléphoniques deux fois par semaine.  Dans les deux cas : 1 visite au domicile assurée par une infirmière communautaire, divers contacts établis par la mère.	Tém. : 100 Interv. : 100  N : 200	Evocation d'une production lactée insuffisante : 45 %.  (Manque de précision pour les autres données.)	Evocation d'une production lactée insuffisante : 37 %.	Le soutien procuré par un volontaire n'a pas contribué à favoriser l'allaitement.
Long et al, 95 (Etats-Unis d'Amérique)	Femmes indiennes d'Amérique, enceintes, possédant de faibles revenus.	Groupe témoin (préalablement à l'intervention) : Soins habituels durant la période prénatale.  Intervention : Durant les périodes prénatale et postnatales, contacts téléphoniques (la 1ère, 2ème, 4ème, 5ème et 6ème semaine après l'accouchement) avec un groupe de mères allaitantes, visites au domicile et/ou visites à l'hôpital.	Tém. : 67 Int. I : 41  N : 108	Parmi les mères auprès de qui un suivi avait été assuré durant les 3 premiers mois, 70 % avaient choisi d'allaiter et 36 % continuaient à allaiter 3 mois après la naissance.	Parmi les mères auprès de qui un suivi avait été assuré durant les 3 premiers mois, 84 % avaient choisi d'allaiter (P = 0,05) et 49 % continuaient à allaiter 3 mois après la naissance.	3 mois après la naissance, on constatait que l'aide des groupes de mères allaitantes avait favorisé tout type d'allaitement.

\*P < 0,05 ; \*\*P < 0,01 ; \*\*\*P < 0,001.

Annexe 4b

**ETUDES EXPERIMENTALES - RESULTATS COMPARATIFS**  
**PROLONGER LE SOUTIEN - CONSEILLERES COMMUNAUTAIRES**

Etude [Limitations méthodologiques]	Participants Critères	Groupe témoin/ Groupe soumis à une intervention	Importance du panel	Résultats		Conclusion
				Témoin	Intervention	
Alvarado, 96 (Chili)	Femmes de condition modeste vivant en zone périurbaine dans des conditions d'hygiène précaires.	Groupe témoin : Traitement des affections graves par un médecin et surveillance assurée (1er, 2ème, 4ème et 6ème mois) par le personnel infirmier d'un établissement de santé.  Intervention : Visites au domicile effectuées par des agents sanitaires locaux, organisation de cours collectifs (avant la naissance et une fois par mois par la suite) + Médecin et sage-femme consultés au sein d'un établissement de soins à huit reprises, jusqu'au sixième mois suivant la naissance.	Tém. : 66 Interv. : 62  N : 128	8 % des enfants allaités totalement à l'âge de 4 mois**.  0 % allaités totalement à l'âge de 6 mois**.	90 % des enfants allaités totalement à l'âge de 4 mois**.  42 % allaités totalement à l'âge de 6 mois**.	La vraisemblance d'un prolongement de l'allaitement total jusqu'à l'âge de 6 mois est plus grande avec le concours d'agents sanitaires locaux.
Davies-Adetugbo, 96 (Nigeria)	Femmes enceintes, (troisième trimestre avancé de la grossesse) appartenant pour la plupart à 6 communautés rurales Yoruba.	Groupe témoin : Prise en charge habituelle dans le service de consultation prénatale d'un établissement de soins de santé primaires, visites au domicile (afin d'évoquer des difficultés liées à l'allaitement). Défections : 21 (abandon, mort à la naissance ou mort infantile).  Intervention : Organisation préalablement à l'accouchement de ≥ 3 séances au cours desquelles des conseils étaient prodigués aux mères + visites mensuelles au domicile après la naissance (messages réitérés, majorité des difficultés liées à l'allaitement résolues) Défections : 28 (abandon, mort à la naissance ou mort infantile).	Tém. : 130 Interv. : 126  N : 256	6/108 nouveau-nés (6 %) avaient commencé à téter dans les 30 minutes suivant la naissance.  15/108 enfants (14 %) étaient allaités totalement à l'âge de 4 mois.	31/98 nouveau-nés (32 %) avaient commencé à téter dans les 30 minutes suivant la naissance.  39/98 enfants (40 %) étaient allaités totalement à l'âge de 4 mois.	Le soutien apporté durant les périodes prénatale et postnatale a favorisé la pratique d'un allaitement total 4 mois après la naissance.
Morrow, 96 (Mexique)	Femmes de condition modeste pour la plupart, domiciliées dans une zone périurbaine de Mexico.	Groupe témoin parallèle (TP) : Soins courants donnés à l'hôpital.  Cohorte historique (CH) : Préalablement à l'intervention menée.  Intervention I : 1 visite au domicile au terme de la grossesse + 1 visite peu après la naissance + 1 visite au terme de la 2ème semaine de vie, effectuées par des <i>promotoras</i> formés au sein de la La Leche League (Mexique).  Intervention II : 2 visites au domicile durant la grossesse + 1 visite peu après la naissance + visite la 2ème, 4ème et 8ème semaine effectuées par les mêmes <i>promotoras</i> .	[CH : 316] TP : 15 Int. I : 40 Int. II : 25  N : 80	35 % des enfants appartenant au groupe témoin parallèle (TP) étaient allaités exclusivement après 2 semaines de vie, et 7 % après 12 semaines*** (TP vs CH, TP vs Int. I et Int. II réunis).  3 à 6 % des enfants du groupe CH étaient allaités la semaine précédant l'entretien***.	70 % des enfants appartenant au groupe I étaient allaités exclusivement après 2 semaines de vie, et 50% après 12 semaines*** (Int. I vs Int. II).  79 % des enfants appartenant au groupe II étaient allaités exclusivement après 2 semaines de vie, et 72% après 12 semaines***.	Les visites au domicile effectuées par des <i>promotoras</i> ont démontré leur efficacité sur l'allaitement durant les trois premiers mois au minimum.
Leite, 98 (Brésil)	Mères et enfants, nouveau-nés en bonne santé ayant vu le jour dans 8 maternités différentes, d'un poids à la naissance < 3000 g.	Groupe témoin : Soins courants donnés dans des services de santé.  Intervention : 3 visites au domicile (le 5ème, 15ème et 30ème jour après la naissance) effectuées par des conseillères non professionnelles.	Tém. : 455 Interv. : 385  N : 840	A l'âge de 1 mois, 51 % des enfants étaient allaités principalement.	A l'âge de 1 mois, 65 % des enfants étaient allaités principalement, (RR = 0,58, 95 % CI = 0,42-0,75).	Les 3 visites effectuées par une conseillère non professionnelle ont participé à un accroissement du taux d'allaitement principal à l'âge de 1 mois.

\*P < 0,05 ; \*\*P < 0,01 ; \*\*\*P < 0,001.

## Annexe 5

J.O. Numéro 182 du 8 Août 1998, page 12154

Textes généraux  
Ministère de l'économie, des finances et de l'industrie

Décret no 98-688 du 30 juillet 1998 pris en application de l'article L. 121-53 du code de la consommation relatif à la distribution gratuite des préparations pour nourrissons, à la documentation et au matériel de présentation les concernant

NOR : ECOC9800053D

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité, du garde des sceaux, ministre de la justice, du ministre de l'économie, des finances et de l'industrie et du ministre de l'agriculture et de la pêche,

Vu la directive 91/321/CEE du 14 mai 1991 de la Commission des Communautés européennes concernant les préparations pour nourrissons et les préparations de suite ;

Vu le code de la consommation, et notamment ses articles L. 121-51, L. 121-52, L. 121-53, L. 214-1 et L. 214-2 ;

Vu le code pénal, et notamment ses articles L. 121-2, L. 131-40 et R. 610-1 ;

Le Conseil d'Etat (section des finances) entendu,

Décète :

Art. 1er. - Toute documentation à but d'information ou d'éducation, tant écrite qu'audiovisuelle, portant sur l'alimentation des nourrissons et établie à l'intention des femmes enceintes ou des mères de nourrissons ou de jeunes enfants ou à l'attention des personnes s'occupant des problèmes nutritionnels des nourrissons et des jeunes enfants doit comporter des informations sur :

- a) Les avantages et la supériorité de l'allaitement au sein ;
- b) La nutrition de la mère et la façon de se préparer à l'allaitement au sein et de le poursuivre ;
- c) L'éventuel effet négatif sur l'allaitement au sein d'une alimentation partielle au biberon
- d) La difficulté de substituer un allaitement au sein à une alimentation utilisant des préparations pour nourrissons ;
- e) En cas de besoin, l'utilisation correcte des préparations pour nourrissons, qu'elles soient industrielles ou confectionnées à domicile. Dans ce cas, cette documentation doit également faire état des incidences, notamment financières, de cette utilisation, signaler les dangers pour la santé de l'emploi d'aliments ou de méthodes d'alimentation inadéquates et, en particulier, de l'utilisation incorrecte de ces préparations. Cette documentation ne doit contenir aucune image de nature à présenter l'utilisation de préparations pour nourrissons comme la solution idéale.

Art. 2. - Les dons de matériel ou de documentation, à but d'information ou d'éducation, par des fabricants ou des distributeurs de préparations pour nourrissons ne peuvent être faits que sur demande des établissements de soins et des oeuvres ou organismes d'intérêt général ayant un caractère philanthropique, social ou humanitaire. Ils sont soumis aux conditions suivantes :

a) Le fabricant ou le distributeur qui souhaite bénéficier des dispositions du présent article doit en faire la déclaration préalable écrite à la direction régionale des affaires sanitaires et sociales d'implantation de l'organisme concerné ;

b) Le matériel ou la documentation peuvent porter le nom ou le sigle de l'entreprise donatrice, mais toute référence à une marque spécifique de préparation pour nourrissons est interdite ;



c) La distribution de la documentation aux mères doit être effectuée par l'intermédiaire des personnels de santé.

Art. 3. - Les fabricants et les distributeurs peuvent exceptionnellement fournir au public à titre gratuit des préparations pour nourrissons dans les conditions suivantes :

a) Peuvent seuls procéder à de telles distributions les oeuvres ou organismes d'intérêt général ayant un caractère philanthropique, social ou humanitaire ;

b) Les préparations pour nourrissons distribuées dans les conditions précitées ne peuvent être destinées qu'à l'alimentation de nourrissons devant être alimentés au moyen de telles préparations et exclusivement dans la quantité requise ;

c) Les oeuvres et organismes bénéficiaires doivent tenir à jour un registre indiquant les quantités reçues, le nom des donateurs et les quantités données ;

d) Pendant une période de six mois à compter de la publication du présent décret, l'étiquetage des préparations pour nourrissons ainsi distribuées doit être complété par la mention : " (Ce produit) doit être utilisé à l'intérieur des établissements d'accouchement ou selon les indications fournies par l'organisme habilité donateur. - Revente ou redistribution gratuite interdite. " ;

A l'issue de la période de six mois, l'étiquetage de ces préparations pour nourrissons devra comporter la mention : "(Ce produit) doit être utilisé selon les indications fournies par l'organisme habilité donateur. - Revente ou redistribution gratuite interdite. " ;

Art. 4. - Pendant une période de six mois à compter de la publication du présent décret, les fabricants et les distributeurs peuvent continuer à fournir à titre gratuit des préparations pour nourrissons aux établissements de santé publics ou privés disposant de services de maternité, de néonatalogie ou de pédiatrie dans les conditions suivantes :

a) Les préparations pour nourrissons distribuées dans les conditions précitées ne peuvent être destinées qu'à l'alimentation de nourrissons devant être alimentés au moyen de telles préparations et exclusivement dans la quantité requise. La distribution gratuite de préparations pour nourrissons ne peut se poursuivre au-delà du séjour en maternité ;

b) Les établissements de santé précités doivent tenir à jour un registre indiquant les quantités reçues, le nom des donateurs et les quantités données ;

c) L'étiquetage des préparations pour nourrissons ainsi distribuées doit être complété par la mention : "(Ce produit) doit être utilisé à l'intérieur des établissements d'accouchement ou selon les indications fournies par l'organisme habilité donateur. - Revente ou redistribution gratuite interdite." ;

Art. 5. - Est puni des peines d'amende prévues pour les contraventions de la 5e classe :

a) Le fait de diffuser ou de faire diffuser des publicités en faveur de préparations pour nourrissons dans des supports autres que la presse écrite destinée aux professionnels de santé

b) Le fait, dans le commerce de détail, de distribuer ou de permettre la distribution à titre gratuit des échantillons de préparations pour nourrissons et de se livrer à toute autre pratique promotionnelle en faveur de la vente directe de ces préparations ;

c) Le fait pour tout fabricant ou distributeur de fournir au public à titre gratuit, que ce soit directement ou indirectement par l'intermédiaire des services de santé ou de leurs agents, des préparations pour nourrissons, des échantillons de ces produits ou tout autre cadeau promotionnel, dans des conditions autres que celles qui sont prévues aux articles 3 et 4 du présent décret ;

d) Le fait pour tout fabricant ou distributeur de distribuer à titre gratuit du matériel et de la documentation portant sur les préparations pour nourrissons dans des conditions autres que celles qui sont prévues à l'article 1er du présent décret. En cas de récidive, la peine d'amende prévue pour la récidive des contraventions de la 5e classe sera applicable. Les personnes morales peuvent être déclarées responsables pénalement des infractions aux obligations définies par le présent décret.

Art. 6. - La ministre de l'emploi et de la solidarité, le garde des sceaux, ministre de la justice, le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre de l'agriculture et de la pêche, le secrétaire d'Etat à la santé et la secrétaire d'Etat aux petites et moyennes entreprises, au commerce et à l'artisanat sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 30 juillet 1998.

Par le Premier ministre :Lionel Jospin

Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, Dominique Strauss-Kahn  
La ministre de l'emploi et de la solidarité, Martine Aubry  
Le garde des sceaux, ministre de la justice, Elisabeth Guigou  
Le ministre de l'agriculture et de la pêche, Louis Le Pen  
Le secrétaire d'Etat à la santé, Bernard Kouchner  
La secrétaire d'Etat aux petites et moyennes entreprises, au commerce et à l'artisanat, Marylise Lebranchu

## Annexe 6

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ  
Secrétariat d'Etat à la Santé et aux Handicapés  
**Programme National Nutrition-Santé PNNS 31 janvier 2001**

Discours  
Communiqué de presse

### **SOMMAIRE**

- Programme National Nutrition Santé - 2001 - 2005

Contexte  
Objectif général  
Neuf objectifs nutritionnels prioritaires en terme de Santé Publique  
Neuf objectifs nutritionnels spécifiques  
Principes généraux  
Six axes stratégiques  
1. Pour des choix alimentaires et un état nutritionnel satisfaisant

Informer  
Eduquer  
Orienter

2. Prévenir, dépister, prendre en charge les troubles nutritionnels dans le système de soins
3. Favoriser l'implication des consommateurs, et des professionnels de la filière agro-alimentaire dans le cadre du PNNS
4. Mettre en place un système de surveillance de la consommation alimentaire et de la situation nutritionnelle de la population
5. Développer la recherche en nutrition humaine : recherche épidémiologique, comportementale, clinique
6. Engager des mesures et des actions de santé publique destinées à des groupes spécifiques

Glossaire

### **Contexte**

Il est aujourd'hui parfaitement établi que l'alimentation et l'état nutritionnel participent de façon essentielle au développement et à l'expression clinique des maladies qui sont aujourd'hui les plus répandues en France, comme dans l'ensemble des pays industrialisés :

Les maladies cardiovasculaires sont aujourd'hui la première cause de mortalité en France (32 % des décès), à l'origine de près de 170 000 décès chaque année.  
Les tumeurs malignes représentent 29 % de l'ensemble des décès chez l'homme et 23 % chez la femme.  
Le nombre de nouveaux cas est estimé à 240 000 par an.  
L'obésité concerne 7 à 10 % des adultes et 10 à 12,5 % des enfants de 5 à 12 ans. Sa prévalence

augmente, chez les enfants, de façon dramatique depuis quelques années.

L'ostéoporose, à l'origine d'une fragilité osseuse exposant les patients à un risque de fractures concernerait 10 % des femmes à 50 ans, 20 % à 60 ans et 40 % à 75 ans.

La prévalence du diabète, tous âges confondus, est estimée à 2-2,5 %.

Près d'un adulte sur 5 présente une cholestérolémie supérieure à 2,50 g/l.

En dehors de leurs conséquences sur le plan humain, ces pathologies ont un coût économique considérable: les coûts directs et indirects des cardiopathies ischémiques ont été estimés à 30 milliards de francs/an ; ceux attribuables à l'obésité atteindraient près de 12 milliards de francs/an.

A contrario, l'équilibre nutritionnel, une consommation variée, avec une répartition satisfaisante des quantités ingérées permettent, par la consommation régulière d'aliments et de plats largement disponibles en France, de préserver un bon état de santé et la qualité de vie.

Conscients de ces enjeux, la France a fait de la nutrition l'une des priorités de sa présidence de l'Union Européenne . Une résolution sur ce thème a été votée lors du conseil des ministres européens le 14 décembre 2000.

En 1999, la Direction Générale de la Santé avait sollicité l'avis de différents experts nationaux.

En mai 1999, la Ministre de l'Emploi et de la Solidarité et le Secrétaire d'Etat à la Santé et à l'Action Sociale demandaient au Haut Comité de la Santé Publique (HCSP) une étude globale de la situation.

Le rapport " Pour une politique nutritionnelle de Santé Publique en France " contenant diverses recommandations a été remis à la Secrétaire d'Etat à la Santé et aux Handicapés en juin 2000 .

Le Premier Ministre, dans son discours de clôture des Etats Généraux de l'Alimentation du 13 décembre 2000, a annoncé le lancement en janvier 2001 d'un Programme National Nutrition Santé (PNNS), coordonné par la Secrétaire d'Etat à la Santé et aux Handicapés, en lien avec les membres du gouvernement chargés de l'Education nationale, de l'Agriculture et de la Pêche, de la Recherche, de la Jeunesse et des Sports et de la Consommation. Il en a fixé les grandes orientations.

Le présent plan s'appuie sur les travaux du Haut Comité de Santé Publique, du Conseil National de l'Alimentation et des Directions techniques des différents ministères impliqués, en concertation avec l'Assemblée des Départements de France, l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments, l'Institut de Veille Sanitaire, la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, la Fédération Nationale de la Mutualité Française, des personnalités scientifiques, des représentants de consommateurs.

Le PNNS associe l'ensemble des acteurs publics et privés impliqués dans les champs d'intervention retenus :

recherche, formation, et surveillance,  
actions de terrain, de promotion, de prévention et de soins,  
offre alimentaire, distribution et contrôle.

Un comité d'appui stratégique, composé de représentants des différents partenaires impliqués, d'experts scientifiques, de spécialistes en santé publique, d'usagers-consommateurs et d'acteurs économiques contribuera, sous l'égide de la Direction Générale de la Santé, à l'orientation du PNNS, à la concrétisation des actions et à son évaluation.

### **Objectif général**

Le Programme National Nutrition-Santé (PNNS) a comme objectif général d'améliorer l'état de santé de l'ensemble de la population en agissant sur l'un de ses déterminants majeurs qu'est la nutrition.

Neuf objectifs nutritionnels prioritaires en terme de Santé Publique

Augmenter la consommation de fruits et légumes.

Réduire de 25% le nombre de petits consommateurs de fruits et légumes.

Augmenter la consommation de calcium .

Réduire de 25% le nombre des personnes ayant des apports calciques en dessous des Apports Nutritionnels Conseillés , tout en réduisant de 25% de la prévalence des déficiences en vitamine D.

Réduire les apports lipidiques à moins de 35% de l'apport énergétique journalier.

Augmenter l'apport glucidique à plus de 50% de l'apport énergétique journalier, en particulier l'apport en fibres de 50%

Réduire de 50% l'apport en sucres simples

Réduire la consommation d'alcool à moins de 20g par jour dans la population générale.

Cet objectif se situe dans le contexte nutritionnel (contribution excessive à l'apport énergétique); il n'est pas orienté sur la population des sujets présentant un problème d'alcoolisme chronique, redevable d'une prise en charge spécifique.

Réduire de 5 % la cholestérolémie moyenne des adultes

Réduire de 10 mm de Hg la pression artérielle systolique des adultes

Réduire de 20 % la prévalence du surpoids et de l'obésité (Indice de Masse Corporelle (IMC) > 25 kg/m<sup>2</sup>) chez les adultes.

Interrompre l'augmentation de la prévalence de l'obésité chez les enfants

Augmenter l'activité physique journalière de l'équivalent d'une demi-heure de marche rapide supplémentaire par jour.

La sédentarité étant un facteur de risque de maladies chroniques, doit être combattue chez l'enfant.

### **Neuf objectifs nutritionnels spécifiques**

- . réduire la carence en fer pendant la grossesse,
- . améliorer le statut en folates des femmes en âge de procréer, notamment en cas de désir de grossesse,
- . promouvoir l'allaitement maternel,
- . améliorer le statut en fer, en calcium et en vitamine D des enfants et des adolescents
- . améliorer le statut en calcium et en vitamine D des personnes âgées,
- . prévenir la dénutrition des personnes âgées,
- . lutter contre les déficiences vitaminiques et minérales et les dénutritions chez les personnes en situation de précarité,
- . lutter contre les déficiences vitaminiques et minérales chez les personnes suivant des régimes restrictifs, et les problèmes nutritionnels des sujets présentant des troubles du comportement alimentaire
- . prendre en compte les problèmes d'allergies alimentaires.

### **Principes généraux**

La population doit pouvoir bénéficier d'actions concrètes et visibles permettant, en améliorant l'état nutritionnel, de réduire le risque de maladies et d'optimiser l'état de santé et la qualité de vie, à tous les âges de la vie.

Les mesures et actions développées dans le cadre du PNNS s'appuient sur certaines règles :

Le choix alimentaire individuel est un acte libre.

Outre sa vocation biologique, l'acte alimentaire a une forte charge culturelle, sociale, affective ; c'est, en France, un moment de plaisir revendiqué. Le PNNS, prend en compte la triple dimension biologique, symbolique et sociale de l'acte alimentaire.

Le choix d'aliments et de plats comme le comportement alimentaire global doivent être éclairés par une information scientifiquement valide, compréhensible, et indépendante.

Les actions mises en œuvre par le PNNS ont comme finalité de promouvoir, dans l'alimentation, les facteurs de protection et de réduire l'exposition aux facteurs de risque vis-à-vis des maladies chroniques et, aux niveaux des groupes à risque, de diminuer l'exposition aux problèmes spécifiques.

Le PNNS prend en compte tant la composante apports nutritionnels que la composante dépenses, en

particulier la dépense énergétique liée à l'activité physique, afin de maintenir un équilibre entre les deux. Globalement toute action visant la consommation alimentaire humaine en général est orientée par les objectifs nutritionnels prioritaires. Chacune des actions prévue et mise en place, si elle vise un objectif particulier parmi les objectifs prioritaires, ne doit pas aller à l'encontre d'un autre de ces objectifs. Les stratégies et actions doivent être cohérentes, sans contradiction, ni explicite ni par omission.

### **Six axes stratégiques**

1. Informer et orienter les consommateurs vers des choix alimentaires et un état nutritionnel satisfaisant  
  
Eduquer les jeunes et créer un environnement favorable à une consommation alimentaire et un état nutritionnel satisfaisant
2. Prévenir, dépister et prendre en charge les troubles nutritionnels dans le système de soins
3. Impliquer les industriels de l'agro-alimentaire et la restauration collective ainsi que les consommateurs au travers des associations de consommateurs et de leurs structures techniques
4. Mettre en place des systèmes de surveillance alimentaire et nutritionnelle de la population
5. Développer la recherche en nutrition humaine : recherches épidémiologiques, comportementales et clinique
6. Engager des mesures et actions de santé publique complémentaires destinées à des groupes spécifiques de population

### 1. POUR DES CHOIX ALIMENTAIRES ET UN ETAT NUTRITIONNEL SATISFAISANT

#### Informers

L'un des axes principaux du plan nutrition est de diffuser une information simple, claire et exhaustive autour des 9 objectifs nutritionnels prioritaires définis par le Haut comité de santé publique. Cette information doit viser la population générale mais aussi les publics qui ont des besoins nutritionnels spécifiques : les femmes enceintes, les enfants, les adolescents et les personnes âgées. Elle prendra la forme d'actions média et hors média et sera articulée au plan national et local. L'information précise, adaptée à chaque cas particulier, répondant à une demande individuelle, ou nécessitée par une pathologie avérée ou débutante est du ressort du personnel de santé à différents niveaux (cf. actions vis à vis des professionnels de santé).

#### Objectifs

Vulgarisation d'un logo de communication  
Diffusion d'un guide alimentaire national  
Diffusion de guides spécifiques par public  
Lancement d'une campagne média tous publics pour la promotion de des fruits et légumes  
Création d'un site internet  
Développement des réseaux de proximité  
Eduquer

Si l'information est une condition nécessaire pour favoriser le choix d'une alimentation équilibrée, elle n'est pas toujours satisfaisante.

Il est important de mener un travail éducatif avec les plus jeunes afin de leur donner très tôt le goût du " bien manger " et de créer un environnement favorable à leur liberté de choix.

## Objectifs

Publication de la circulaire relative à la composition des repas servis en restauration scolaire et à la sécurité alimentaire  
Intégration de la dimension nutrition dans les programmes scolaires  
Production et diffusion d'outils pédagogiques  
Analyse de la conformité au PNNS du matériel pédagogique produit par les firmes agroalimentaires  
Orienter

Enfin il est également nécessaire d'agir sur l'offre des produits. En effet, la consommation quotidienne est aussi liée aux possibilités qu'offre l'environnement. Améliorer l'accès aux produits reconnus comme bons pour la santé sera aussi le moyen de faire évoluer positivement la consommation.

## Objectif

Fournir aux jeunes, dans le cadre d'activités scolaires ou extra scolaires un environnement cohérent avec les objectifs nationaux  
Informer

### *1.1 Un logo de communication*

#### Constat

L'opinion publique manque aujourd'hui, sur le thème de la nutrition, de messages et de repères fiables et validés en terme de santé publique.

#### Objectif

Trois objectifs prioritaires :

- Authentifier toute action conçue et menée en conformité avec les objectifs nutritionnels du PNNS.
- Assurer une cohérence à la communication du programme
- Rétablir la confiance dans les messages de la communication santé-nutrition

#### Action

Un logo sera créé en 2001. Toute action, publique ou privée, identifiée conforme au PNNS pourra en bénéficier après une demande volontaire.

#### Calendrier

Création et diffusion du logo : 2001

### *1.2 Un guide alimentaire national*

#### Constat

Les connaissances de l'opinion publique en matière de nutrition sont aujourd'hui trop souvent approximatives. Certaines idées fausses perdurent. De plus, les priorités et les recommandations de santé publique ne sont pas toujours claires.

## Objectif

Mettre à la disposition du grand public un document de référence qui permette de disposer d'une information complète et validée sur les principes de base d'une alimentation équilibrée.

## Actions

Un guide alimentaire national sera réalisé et diffusé à 4 millions d'exemplaires auprès de la population. Ce document donnera les éléments pour choisir son alimentation quotidienne, sur la base des objectifs du PNNS. Il sera vendu en kiosque et donné gratuitement à certains publics. Une édition pour les professionnels relais, en particulier de la santé, plus complète sera conçue pour une diffusion d'environ 300 000 exemplaires.

## Calendrier

Réalisation : 2001

Diffusion : 2001-2004

### *1.3 Des guides spécifiques par public*

#### Constat

Les jeunes enfants, les femmes, les femmes enceintes, les adolescents et personnes âgées ont des besoins nutritionnels spécifiques. Par exemple, la personne âgée a besoin d'une alimentation particulièrement riche en calcium pour prévenir l'ostéoporose tandis que la femme enceinte doit spécifiquement veiller aux carences en fer et en folates.

#### Objectif

Permettre à chacun de ces publics de disposer d'une information adaptée à leurs besoins

#### Actions

Des versions adaptées du guide national seront élaborées pour les jeunes enfants, les femmes, les femmes enceintes, les adolescents et personnes âgées. L'édition d'environ 500 000 exemplaires de chacun de ces documents est prévue. Des éditions professionnelles relais seront réalisées (santé, éducation, restauration collective...).

#### Calendrier

Edition/diffusion en 2002

(.....)

### 6. Engager des mesures et des actions de santé publique destinées à des groupes spécifiques

L'ensemble des activités destinées à des groupes spécifiques nécessite des actions visant information des professionnels et information - éducation du groupe cible.

La répartition des actions selon les thématiques particulières sera décidée annuellement. Pour 2001, une priorité sera donnée à la prévention de la carence en folates pour les femmes en désir de grossesse ainsi qu'à la promotion de l'allaitement maternel et à la carence en calcium et vitamine D chez les personnes âgées en institution.



## Objectifs

Réduire la carence en fer pendant la grossesse

Améliorer le statut en folates des femmes en âge de procréer, notamment en cas de désir de grossesse

Promouvoir l'allaitement maternel

Améliorer le statut en fer, en calcium et en vitamine D des enfants et des adolescents

Améliorer le statut en calcium et en vitamine D des personnes âgées

Prévenir la dénutrition des personnes âgées

Lutter contre les déficiences vitaminiques et minérales chez les personnes suivant des régimes restrictifs

et les problèmes nutritionnels des personnes présentant des troubles du comportement alimentaire

Lutter contre les déficiences vitaminiques et minérales chez les personnes en situation de précarité

### *6.1. Réduire la carence en fer pendant la grossesse*

#### Constat

La fréquence de la carence en fer durant la grossesse demeure particulièrement élevée en France.

#### Objectif

Réduire les conséquences délétères de la carence en fer et de l'anémie chez la femme enceinte.

#### Actions

- mettre en œuvre une combinaison des deux stratégies majeures d'intervention, en accord avec les recommandations pour la pratique clinique :
- supplémenter en fer les femmes enceintes
- donner des conseils nutritionnels spécifiques, intégrés dans une information globale sur l'alimentation et l'exercice physique durant la grossesse.(Guide spécifique pour les femmes enceintes)

Pour cela,

- Diffuser auprès du corps médical et des sages femmes les recommandations
- Diffuser le guide alimentaire spécifique aux femmes enceintes .

calendrier

2002 - 2005 : supplémentation à partir de 2002

### *6.2. Amélioration du statut en folates des femmes en âge de procréer, notamment en cas de désir de grossesse*

#### Constat

Des anomalies de fermeture du tube neural liées à un déficit en folates chez la femme en début de grossesse sont observées.

#### Objectif

Réduire l'incidence de ces anomalies.

## Actions

- poursuivre et développer la sensibilisation des personnels de santé, des enseignants (essentiellement de biologie, Science et Vie de la Terre) et des femmes en âge de procréer, en particulier les jeunes. Cette information sera transmise au travers des centres de planning familial, des PMI, des pharmacies, de la presse féminine, jeune et familiale

Conseils nutritionnels adaptés (cf brochure " Bien se nourrir au féminin " éditée par le CFES avec les ministères de la Santé , de l'Agriculture et de la Pêche), guide alimentaire spécifique .  
Préconiser une supplémentation systématique en folates en cas de projet de grossesse.  
Supplémenter à dose suffisante les femmes particulièrement à risque.  
calendrier

2001-2005 : éducation, information ; 2002 et années suivantes supplémentation

### *6.3. Promotion de l'allaitement maternel*

#### Constat

On constate le retard de la France par rapport aux autres pays européens dans la pratique de l'allaitement maternel, y compris sa durée.

#### Objectif

Comblent ce retard en fournissant aux femmes et aux mères un contexte favorable à un choix en faveur de l'allaitement maternel et à la prolongation de sa durée.

#### Actions

- s'appuyer sur les recommandations pour la pratique clinique concernant la nutrition de la femme enceinte .
- rédiger et diffuser un document scientifique validé à destination des professionnels relais sur l'intérêt santé de l'allaitement maternel dans un pays comme la France ;
- renforcer l'application des directives européennes sur la promotion des substituts du lait maternel (y compris dans les maternités);
- former les personnels des maternités à l'aide à l'initiation de l'allaitement à la naissance,
- favoriser durant les consultations prénatales une information satisfaisante des femmes sur l'allaitement
- informer, à ce moment, les femmes sur l'introduction des aliments de compléments

#### Calendrier

2001-2005: éducation, information

(...)

### *6.9. Personnes allergiques*

#### Objectif

Limiter le risque de développement de phénomènes d'allergies alimentaires.

#### Actions

- élaborer des recommandations notamment sur la prévention, le dépistage et le traitement de l'allergie alimentaire. Diffuser ces recommandations aux personnels de santé. (cf point 2.5)
- informer les femmes enceintes et allaitantes ayant des antécédents familiaux atopiques en vue d'éviter de consommer les aliments les plus sensibilisants (œufs, arachides, poissons...). (guide spécifique femme

enceinte)

- promouvoir l'allaitement maternel
- étudier la mise en place d'un étiquetage exhaustif et précis. Cette action est en cours, sous l'impulsion de la France au niveau européen.
- étudier les moyens permettant aux consommateurs souffrant d'allergie alimentaire à faire des choix, notamment en restauration collective. (guide spécifique)
- développer le réseau d'allergo vigilance InVS-AFSSA
- intégrer ce sujet à la formation de différents professionnels : métiers de Bouche, restauration, professeurs de biologie, élèves des écoles d'ingénieurs agronomes et des écoles vétérinaires...

La circulaire relative à l'accueil des enfants et des adolescents atteints de maladies chroniques évoluant sur une longue période a été publiée en novembre 1999. Elle prévoit notamment la prise en compte des élèves atteints d'allergie ou d'intolérance alimentaire.

## Annexe 7

### ETHIQUE PROFESSIONNELLE DE LA CONSULTANTE EN LACTATION

24 points du Code de Déontologie cadrent l'activité de la consultante en lactation.

Le comportement de la consultante en lactation IBCLC se doit de protéger les intérêts des clientes et d'informer le grand public et la société des prestations fournies et des compétences spécifiques de cette nouvelle profession.

Elle est personnellement responsable de la bonne conduite de son cabinet et doit respecter dans l'exercice de sa profession les règles suivantes :

1. Offrir son soutien avec objectivité et respect pour les besoins individuels, les circonstances et les opinions des clientes.
2. Eviter de discriminer quelqu'un à cause de son milieu d'origine, sa religion, son penchant sexuel, son âge ou sa nationalité.
3. Remplir ses responsabilités professionnelles honnêtement.
4. Exercer la profession d'une façon honorable et empreinte de solidarité envers les collègues.
5. Veiller à éviter les conflits d'intérêt et mettre en jeu la bonne réputation de la profession.
6. Respecter le secret professionnel.
7. Conduire le cabinet en mettant en pratique les découvertes et les informations les plus récentes.
8. Assumer la responsabilité pour sa compétence personnelle dans l'exercice de la profession.
9. Prendre des décisions dans le cadre de ses fonctions et les respecter, ce qui inclut la consultation de collègues et le renvoi des clientes à d'autres spécialistes si besoin il y a.

10. Informer le public et les collègues en se fondant sur des faits concernant les prestations offertes.
11. Informer suffisamment les clientes pour leur permettre de faire leur choix et de prendre les décisions de leur propre gré.
12. Offrir une information adéquate sur les produits et prestations, d'une façon qui n'induit pas en erreur.
13. Veiller à ce que votre nom ne figure envers des tiers que si les prestations notées ont vraiment été accomplies par vous-même.
14. Porter titres et qualifications que s'ils sont reconnus officiellement. C'est-à-dire le titre IBCLC seulement dans le laps de temps reconnu par les statuts de IBCLC. Les consultantes en lactation qui aident d'autres personnes à contourner ces règles ou à porter le titre IBCLC sans justification, seront poursuivies judiciairement par IBCLC.
15. S'adresser aux instances ou responsables s'il vous arrive d'observer que la santé ou l'innocuité d'une collègue est menacée, car de telles situations mettent en péril la réputation de la profession et l'accompagnement des clientes.
16. Refuser tout cadeau ou service d'une cliente ou patiente qui pourrait être interprétée comme un essai de favoritisme.
17. Exclure tout conflit d'intérêts financiers ou autres dans les rapports avec les firmes ou organisations travaillant à la propagation d'aides à l'allaitement. Les consultantes IBCLC s'assurent que leurs décisions ne sont pas influencées par des réflexions d'ordre financier et qu'aucune publicité ne soit faite en mentionnant le titre IBCLC pour des prestations ou des produits commerciaux.
18. Offrir l'essentiel de l'information, interpréter et admettre une opinion contraire sans préjugés personnels en sachant qu'il est légitime d'avoir des opinions divergentes.
19. Renoncer de son propre gré à l'exercice de la profession, lors d'abus de médicaments ou de drogues qui pourraient entraver la bonne pratique, lors de mise sous tutelle judiciaire ou en cas de maladie psychique influant l'exercice de la profession ou mettant en péril la santé de la patiente.
20. Quérir l'accord de la mère avant d'utiliser à des fins d'enseignement professionnel des photos, des vidéos, ou des cassettes.

21. Se plier aux procédures disciplinaires IBCLE dans les situations suivantes : lors de jugement à cause d'un délit commis en pleine connaissance de cause, ou d'un comportement punissable dans la jurisprudence du canton dans lequel elle pratique en qualité de consultante en lactation, en vigueur à l'époque du délit.
22. Accepter la tâche de protéger le statut des consultantes en lactation en faisant part à IBCLE si elle constate que quelqu'un ne respecte pas le code de déontologie et d'en avertir le comité de IBCLE.
23. Quérir et d'obtenir l'accord de la patiente pour informer le médecin traitant ou d'autres personnes de ses considérations cliniques avant de procéder à une consultation.
24. Respecter les points du Code International de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel qui concernent le personnel médical.



Mémoire de fin d'études présenté par **Estelle KONDRATUK**

**Promotion 2000-2004**

Ecole de Sages-Femmes A. FRUHINSHOLZ

10 rue du Dr HEIDENREICH

54000 NANCY



*Une consultante en lactation  
dans l'intérêt des femmes et d'une maternité*

*Thème*

La **consultante en lactation** et les **suites de couches** d'une maternité de niveau III.

*Résumé*

Suite à un long cheminement alors qu'il est malmené depuis l'Antiquité, l'allaitement maternel, actuellement véritable objet de recherches, est devenu dans notre société un domaine de spécialité.

La présence d'une spécialiste en la matière serait-elle alors utile dans un secteur mère/enfant, tel celui de la Maternité Régionale de Nancy ?

C'est par le biais d'un état des lieux des pratiques d'allaitement maternel en France, puis plus précisément à la Maternité Régionale de Nancy, que nous nous proposons de répondre à cette question. Nous démontrerons ainsi son intérêt tant pour les patientes que pour le personnel soignant du secteur mère/enfant et l'établissement, alors même qu'elle constituerait une réponse à des priorités de santé publique.