



HAL
open science

État des lieux et perspectives de l'allaitement maternel en France et dans le monde

Bénédicte Foix

► **To cite this version:**

Bénédicte Foix. État des lieux et perspectives de l'allaitement maternel en France et dans le monde. Sciences pharmaceutiques. 2014. dumas-01128719

HAL Id: dumas-01128719

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01128719v1>

Submitted on 10 Mar 2015

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Année 2014

Thèse n°17

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée et soutenue publiquement

Le 17 Décembre 2014 à Bordeaux

Par **Bénédicte Foix**

Née le 23 Février 1988 à Pau

Etat des lieux et perspectives de l'allaitement maternel en France et dans le monde

Membres du Jury :

Mr TOUSSAINT Christian. Maître de conférence.....Président et Directeur de thèse
Mr MOREAU Stéphane. Maître de conférence.....Jury
Mme ARMBRUST Catherine. Docteur en pharmacie.....Jury
Mme LOBRY Bernadette. Infirmière diplômée d'Etat.....Jury

REMERCIEMENTS

Au Président du jury et Directeur de thèse,

Monsieur Christian Toussaint

Maître de conférence en pharmacologie à l'Université de Bordeaux II.

Pour l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de diriger ce travail.

Pour votre disponibilité, votre soutien et vos conseils précieux.

Aux jurys,

Monsieur Stéphane Moreau

Maître de conférence en chimie thérapeutique à l'Université de Bordeaux II.

Pour l'honneur que vous me faites en acceptant de prendre part à ce jury et d'évaluer mon travail.

Madame Catherine Armbrust

Docteur en pharmacie à Amou

Madame Bernadette Lobry

Infirmière diplômée d'Etat à Talence

Pour le plaisir et l'honneur que vous me faites en acceptant de juger ma thèse et de m'apporter votre soutien, en ce jour si particulier.

Je dédie ce travail

A mes parents,

Pour vos sacrifices, votre confiance, votre amour et votre soutien inconditionnels au cours de toutes ces années. Merci de m'avoir permis d'être allée jusqu'au bout et de concrétiser enfin mon travail aujourd'hui.

A mes sœurs,

Pour votre soutien, votre écoute, vos encouragements dans les bons comme les mauvais moments, et pour cette complicité si précieuse que nous partageons.

A toi mon chéri,

Pour ton amour, ta présence, et le bonheur que tu me procures. Merci d'être là quoi qu'il arrive.

A ma famille,

Le soutien d'une famille aussi soudée est rare et précieux, je vous suis reconnaissante de m'en faire profiter chaque jour.

A mes amis,

Ceux de longue date et ceux que j'ai rencontrés sur les bancs de la fac. Pour toutes nos aventures, nos fous rires, nos joies, nos galères. Merci de faire partie des personnes sur qui je peux compter quoi qu'il arrive.

SOMMAIRE

LEXIQUE	10
INTRODUCTION.....	12
PREMIERE PARTIE : LE POINT SUR L'ALLAITEMENT MATERNEL EN FRANCE....	13
Chapitre 1 : Cadre législatif de l'allaitement maternel en France.....	15
I. Un contexte international qui promeut l'AM	15
1) Déclaration d'Innocenti.....	15
2) Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.....	15
II. Encadrement de l'AM en Europe.....	17
1) Directive Européenne 91/321/CEE.....	17
2) Adaptation de la directive Européenne en France : loi n° 94-442 et décret d'application de 1998.....	18
III. Allaitement et travail	18
1) Convention internationale OIT (Organisation Internationale du Travail).....	18
2) Droits sociaux et allaitement en France	19
A. Le code du travail	19
B. Les Conventions collectives.....	20
Chapitre 2 : Histoire de l'allaitement maternel et épidémiologie en France.....	22
Chapitre 3 : Les bénéfices de l'allaitement maternel.....	28
I. Avantages pour l'enfant	28
1) Bénéfices pour la santé de l'enfant.....	28
A. Qualités nutritionnelles du lait maternel	28
1. Protides.....	31
i. La caséine	31
ii. Les protéines du lactosérum	32
2. Lipides.....	32
3. Glucides.....	33
4. Vitamines.....	33
i. Vitamines hydrosolubles.....	33
ii. Vitamines liposolubles	33
5. Oligoéléments et sels minéraux	33
B. Prévention des infections : apport immunologique du lait maternel.....	34
1. Immunité cellulaire	34

2. Immunité humorale.....	34
i. Les immunoglobulines A sécrétoires.....	34
ii. Le lysozyme et autres facteurs de défense cellulaires.....	35
3. Immunité « nutritionnelle ».....	35
i. La lactoferrine.....	35
ii. Les ligands de la vitamine B12.....	35
iii. Facteurs de croissance de la microflore intestinale à <i>Bifidum bacterium</i>	35
C. Prévention de l'allergie.....	36
D. Diminution de l'incidence de pathologies chroniques et aiguës.....	37
1. Prévention de l'obésité.....	37
2. Prévention du diabète de type I.....	38
3. Prévention d'autres pathologies.....	39
E. Allaitement et pollution.....	40
1. Les dioxines : des polluants dangereux.....	40
i. Généralités.....	40
ii. Cas de contamination aux dioxines.....	41
2. Dioxines et lait maternel.....	42
2) Bénéfices pour la croissance et le développement psychomoteur de l'enfant.....	45
A. Développement staturopondéral.....	45
1. La croissance de l'enfant au sein.....	45
2. Développement maxillo- et crânio-facial.....	46
B. Développements cognitif et sensoriel.....	47
II. Pour la mère.....	48
1) Avantages pour la santé de la mère.....	48
A. Allaitement et cancer du sein.....	48
B. Allaitement et cancer des ovaires.....	49
C. Allaitement et cancer de l'endomètre.....	49
D. Diminution du risque d'ostéoporose.....	50
E. Suites de couche facilitées.....	50
F. Perte de poids <i>post-partum</i>	50
G. Espacement des naissances : la méthode MAMA.....	51
2) Retentissements économique et pratique de l'allaitement maternel.....	53
A. Dimension économique.....	53
1. Economies pour la famille.....	53
2. Economies pour l'Etat et la sécurité sociale.....	54
3. Economies pour les employeurs.....	54

B. Aspect pratique	54
III. Bienfaits psychoaffectifs	55
Chapitre 4 : Promotion et soutien de l'allaitement maternel en France	57
I. Acteurs impliqués dans la promotion de l'allaitement maternel en France.....	57
1) Organisations gouvernementales	57
A. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)	57
B. Le Fond des nations unies pour l'enfance (United nations of international children's emergency fund ou UNICEF).....	57
C. L'Organisation Internationale du travail (OIT)	58
2) Organisations non gouvernementales (ONG).....	58
A. La Coordination Française pour l'Allaitement Maternel (COFAM)	58
B. World Alliance for Breastfeeding Action ou Agence Mondiale pour l'Allaitement Maternel (WABA).....	58
C. La Leche League International (LLLI).....	59
D. International Baby Food Action Network ou Réseau international des groupes d'action pour l'alimentation infantile (IBFAN)	59
E. International Lactation Consultant Association (ILCA)	60
3) Associations de professionnels de santé	61
4) Associations de parents (+/- associés à des professionnels)	62
5) La Protection Maternelle Infantile (PMI)	62
6) Réseaux de santé périnataux (RSP)	63
II. Les recommandations officielles concernant l'allaitement maternel en France	63
1) Recommandations sur l'alimentation infantile	63
2) Recommandations concernant les substituts du lait maternel	64
III. Les actions visant à promouvoir l'allaitement maternel.....	66
1) Au niveau international	66
A. L'Initiative Hôpital Ami des Bébé (IHAB)	66
B. La Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.....	68
C. Indicateurs pour évaluer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant	69
D. La Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel (SMAM) ou World Breastfeeding Week (WBW).....	70
E. Actions visant à l'application du Code International de commercialisation des substituts du lait maternel	71
2) En France	71
A. L'Initiative Hôpital Ami des Bébé en France	71
B. La Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel en France	75

C. La Journée Nationale de l'Allaitement.....	75
D. Le Guide de la Haute Autorité de Santé pour favoriser l'allaitement maternel en France	76
E. Le Programme National Nutrition Santé (PNNS) et l'allaitement.	77
F. Les lactariums	79
G. Les consultants en lactation IBCLC en France	83
H. Le plan d'action-allaitement maternel de 2010	83
Chapitre 5 : Les déterminants de l'allaitement maternel en France	85
Chapitre 5 : Les déterminants de l'allaitement maternel en France	86
I. Facteurs liés à la mère et son entourage	86
1) Perception de l'allaitement maternel	86
A. Aspects naturel et médical	86
B. Dimension / influence psychoaffective : un lien fusionnel.....	87
2) La place du père	88
A. Quand les papas se mêlent d'allaitement	88
B. Un sein érotiquement nourricier.....	90
3) Normes comportementales d'origine socioculturelle.....	90
A. Le « conditionnement naturel » ou comportement social acquis.....	91
B. Religions et coutumes : un allaitement multiculturel	91
C. Le regard de la société française sur l'allaitement.....	93
D. Influence de l'entourage et du réseau familial	96
II. Facteurs liés au système de santé	98
1) Influence des professionnels de la santé	98
A. Des conseils précieux.....	98
B. Préparation pré-natale et consultations allaitement	99
C. L'influence de la perception personnelle de l'allaitement des professionnels de santé	100
2) La formation des professionnels de santé sur l'allaitement	101
3) Les pratiques hospitalières	103
III. Facteurs liés aux politiques de santé	104
1) La publicité pour les substituts du lait maternel	104
2) La reprise du travail et le congé maternité.....	106
DEUXIEME PARTIE : ET AILLEURS ?	112
Chapitre 1 : Situation de l'allaitement maternel dans les autres pays développés	114
I. Un contexte socio-culturel très influent.....	114
1) Révolution sexuelle et dévalorisation de l'image de l'allaitement maternel	115

2) L'allaitement en public dans nos sociétés modernes	116
3) Le cas du sevrage	118
4) L'influence des médias.....	120
II. Promotion de l'allaitement maternel dans les pays développés.....	121
1) Aux Etats-Unis	121
2) Dans d'autres pays développés.....	123
III. Allaitement et travail dans les pays développés.....	124
1) Soutien à l'allaitement sur les lieux de travail	124
A. Les pauses allaitement	124
B. Des installations dédiées à l'allaitement.....	125
2) Le congé maternité dans les pays développés.....	126
IV. Le modèle Scandinave.....	130
1) Evolution des taux d'allaitement depuis les années 50 dans les pays scandinaves (exemples de la Suède et la Norvège).....	131
2) Le modèle nordique de protection sociale de la grossesse et de la petite enfance.....	132
A. Un congé parental généreux.....	132
1. En Suède.....	133
2. En Norvège	133
B. Une offre de crèches avantageuse	134
C. Des prestations financières importantes pour les familles	134
3) La culture de l'allaitement dans les pays nordiques.....	135
4) La promotion de l'allaitement maternel dans les pays scandinaves	135
Chapitre 2 : La situation de l'allaitement maternel dans les pays en voie de développement	140
V. L'allaitement maternel dans les pays en voie de développement : une nécessité vitale	142
1) Les conséquences de l'allaitement artificiel dans les pays en voie de développement ...	143
A. Un risque d'infections accru	143
B. L'allaitement artificiel au biberon : une cause de malnutrition	144
C. Les enjeux économiques de l'allaitement artificiel	145
2) L'allaitement maternel : une méthode naturelle d'espacement des naissances	145
3) Allaitement maternel et SIDA	147
A. Un fléau mondial qui fait des ravages dans les pays en voie de développement	147
B. Transmission du sida par l'allaitement maternel	150
1. Les femmes et le VIH	150
2. La transmission du VIH via le lait maternel.....	151
3. Prévention de la transmission mère/enfant du SIDA.....	153

4. Allaitement et SIDA : les recommandations officielles	154
VI. Le poids du contexte socioculturel dans les pays en voie de développement	154
1) Rituels et Coutumes autour de l'allaitement maternel	154
A. L'allaitement maternel au sein des cultures africaines	155
B. L'allaitement maternel dans les cultures asiatiques.....	157
C. L'allaitement maternel dans les cultures latino-américaines	158
2) La forte influence du modèle occidental.....	159
3) Autres sociétés, autres regards.....	160
VII. Promotion et soutien de l'allaitement maternel dans les pays en voie de développement	161
1) Application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel	161
2) Actions de soutien à l'échelle mondiale	162
A. L'OMS, l'UNICEF et La Leche League œuvrent pour la promotion de l'allaitement maternel dans les pays en voie de développement	162
B. La protection de la maternité au travail dans les pays en développement.....	166
3) Des initiatives de solidarité à l'échelle locale.....	169
VIII. L'exemple Brésilien.....	170
1) Contexte culturel de l'allaitement maternel au Brésil.....	171
2) Un système de santé à part	171
3) Politique brésilienne de soutien à l'allaitement maternel.....	172
TROISIEME PARTIE : PROPOSITIONS POUR AMELIORER LA SITUATION DE L'ALLAITEMENT MATERNEL EN FRANCE	177
I. Faciliter la conciliation allaitement maternel et travail.....	177
II. Favoriser une meilleure information	178
1) Des couples	178
2) Des professionnels de santé.....	178
III. Faire bouger les mentalités	179
IV. Faciliter l'accueil des enfants allaités	179
V. Déployer une promotion plus efficace de l'allaitement maternel	180
CONCLUSION.....	183
SERMENT DE GALIEN.....	185

LEXIQUE

Allaitement maternel : Mode d'alimentation où l'enfant est nourri au lait maternel, soit au sein soit au biberon. Cependant le plus souvent ce terme sous-entend un allaitement au sein.

Allaitement maternel exclusif : Mode d'alimentation où l'enfant est nourri exclusivement au lait maternel, sans ajout de tout autre aliment ou boisson (y compris l'eau) La prise de médicaments, de vitamines et d'oligo-éléments ne remet pas en question le statut d'exclusivité de l'allaitement maternel.

Allaitement maternel partiel ou mixte : association d'un allaitement maternel à un allaitement artificiel, à une autre nourriture ou de l'eau.

Allaitement maternel à la demande : Mode d'allaitement selon lequel les tétées se font « sans restrictions », à chaque fois que l'enfant montre des signes de faim.

Préparations pour nourrissons ou substituts industriels du lait maternel : Produits préparés industriellement, conformément aux normes du *Codex Alimentarius*, pour satisfaire les besoins nutritionnels du nourrisson. Bien qu'inappropriés, les termes « lait humanisé » ou « lait maternisé » sont encore utilisés pour qualifier ces produits.

Allaitement artificiel : Mode d'alimentation où l'enfant reçoit des substituts industriels du lait maternel.

Alimentation de complément : Mode d'alimentation où des aliments dits « de complément » sont ajoutés à l'allaitement maternel, pour le compléter et non le remplacer.

Sevrage : Processus menant à l'arrêt complet de l'allaitement maternel.

Diversification alimentaire : Introduction progressive d'autres aliments que le lait à l'alimentation de l'enfant afin de suivre l'évolution de ses besoins.

« La femme n'allait pas l'enfant, mais la destinée »

Paavo Haavikko

INTRODUCTION

De tous temps, et partout, l'allaitement maternel a toujours été un sujet qui divise. Acte naturel pour les uns, geste tabou pour d'autres, sa pratique n'a jamais fait l'unanimité.

Aujourd'hui, l'allaitement, exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois puis associé à une diversification jusqu'à l'âge de 2 ans ou plus, est officiellement reconnu comme le mode d'alimentation optimal du nourrisson.

Mais celui qui représente l'aliment naturel du nourrisson est loin d'être plébiscité en France, puisque malgré une progression récente des taux de prévalence et de durée de l'allaitement, elle reste à la traîne par rapport aux autres pays européens.

La comparaison avec les pays scandinaves, qui sont en tête du palmarès, est flagrante : 99% d'allaitement exclusif à la naissance en Norvège, contre 60% en France.

Qu'ont-ils fait de plus ? Pourquoi existe-il un tel décalage selon les pays alors que les bienfaits du lait maternel sont reconnus de tous ?

Il apparaît que si l'allaitement maternel est au cœur des programmes de santé publique français, leur mise en œuvre se heurte à la différenciation sociale des normes et pratiques d'allaitement, qui sont-elles mêmes dépendantes des caractéristiques sociodémographiques et culturelles de la mère.

Qu'en est-il ailleurs ? Les déterminants de l'allaitement maternel sont-ils les mêmes dans les autres continents ? Quels y sont les plus grands problèmes auxquels les mères sont confrontées ?

Ce travail a pour but d'aborder le sujet de l'allaitement, encore souvent mal perçu ou mal connu en France, et de tenter d'apporter des réponses à toutes ces interrogations.

Nous ferons tout d'abord le point sur la situation française, puis nous partirons à l'étranger pour nous intéresser au cas des autres pays développés, pour finir par les pays en voie de développement. En replaçant l'allaitement maternel dans le contexte socioculturel de chaque pays, chaque société, nous tenterons d'identifier les différents facteurs qui influent sur sa pratique selon les cas.

Le constat est sans appel : la France peut mieux faire. Nous finirons donc par proposer des pistes d'intervention dans le but d'améliorer la situation de l'allaitement dans notre pays, en se basant notamment sur le modèle nordique au sein duquel la grande majorité des femmes allaitent, longtemps, et sans même se poser la question.

**PREMIERE PARTIE : LE POINT SUR
L'ALLAITEMENT MATERNEL EN
FRANCE**

Chapitre 1 : Cadre législatif de l'allaitement maternel en France

Chapitre 1 : Cadre législatif de l'allaitement maternel en France

I. Un contexte international qui promeut l'AM

1) Déclaration d'Innocenti

C'est en 1990 qu'est adoptée la Déclaration d'Innocenti, lors de la réunion de l'OMS et l'UNICEF sur l'allaitement maternel qui s'est tenue au Spedale Degli Innocenti, à Florence. Signée par 32 gouvernements (dont la France ne fait pas partie), des organisations non gouvernementales, l'OMS et l'UNICEF, elle a pour but la promotion, le soutien et le développement de l'allaitement maternel, et le respect de la Convention internationale de commercialisation des substituts du lait maternel.

En 2002, elle est intégrée à la « stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

Cette Déclaration a notamment pour objectif la nomination d'un coordinateur national pour l'allaitement maternel par Etat membre.

Par ailleurs, elle cible principalement le respect des 10 conditions pour le succès de l'allaitement maternel par les maternités. Ces dernières ont été définies par l'OMS et l'UNICEF en 1989 et déclarent que tout établissement qui assure des prestations de maternité et des soins aux nouveaux nés devrait :

- Adopter une politique d'allaitement maternel dont tous les soignants sont informés.
- Donner à tout le personnel soignant les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.
- Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein.
- Aider les mères à débiter d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance.
- Leur indiquer comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.
- Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.
- Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour.
- Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant.
- Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.
- 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.

En 2005, la Déclaration d'Innocenti a fêté ses 15 ans, anniversaire qui fut marqué par l'accueil d'une grande conférence par l'Autorité Régionale de Toscane, organisée par l'OMS, l'UNICEF, et plusieurs associations (notamment la Leche league, la World Alliance for Breastfeeding Action). Celle-ci a permis aux intervenants de faire le point sur la situation actuelles, les progrès effectués, et de redéfinir les objectifs à viser.

2) Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel

Depuis plusieurs années, l'OMS et l'UNICEF se sont penchés sur le déclin de l'allaitement au sein au niveau mondial, et ont souhaité souligner le caractère primordial du développement de l'allaitement maternel pour la santé et la nutrition des nourrissons et des jeunes enfants.

En effet dès 1974, la 27^e Assemblée Mondiale de la Santé évoque la nécessité d'un cadre législatif concernant la publicité dédiée aux produits alimentaires pour bébés.

Cette décision fut renforcée en 1978 par la 31^e Assemblée Mondiale de la Santé qui recommande le soutien et l'accompagnement de l'allaitement maternel ainsi qu'une prohibition de toute publicité abusive pour des aliments pouvant remplacer le dit lait maternel.

Cette période a vu naître un large mouvement d'opinion de la part non seulement de l'OMS et de l'UNICEF mais aussi de gouvernements, d'organisations non gouvernementales (telle que l'IBFAN = Réseau International des Groupes d'Action pour l'Alimentation Infantile), d'industriels de l'alimentation infantile et d'associations (comme la Leche League), qui débouchera sur la réunion sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant qui s'est tenue à Genève en 1979.

De cette réunion a découlé la nécessité de l'élaboration d'un code international de commercialisation des préparations pour nourrissons et autres produits utilisés comme substituts du lait maternel. Ce dernier sera proposé en 1981 à la 34^e Assemblée Mondiale de la Santé et approuvé par une grande majorité (le seul vote négatif émanant des Etats-Unis).

Ce Code est destiné à promouvoir l'allaitement maternel et encadrer la commercialisation des produits pouvant s'y substituer. Il concerne tous les aliments présentés comme pouvant remplacer partiellement ou totalement le lait maternel : les préparations pour nourrissons, les laits « de suite » et laits « de croissance », mais aussi tout autre produits lactés, boissons, compléments donnés au biberon, ainsi que les tétines et biberons.

Il s'adresse aux gouvernements, fabricants et distributeurs mais aussi aux « agents de santé » (ce qui correspond à toute personne travaillant dans un service relevant d'un système de soins de santé, au niveau professionnel ou non professionnel, y compris à titre bénévole).

Les mesures essentielles du Code sont les suivantes :

<http://ibfan.org/icdc-legal-updates>

« **Article 4** : Il est primordial de fournir des informations et une éducation sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, et ce tant aux familles qu'aux professionnels exerçant dans ce domaine. Ces dernières devront notamment mettre en avant la supériorité de l'allaitement maternel par rapport aux préparations de substitution.

Article 5 : Toute publicité ou promotion destinées au grand public est interdite, tout comme la distribution d'échantillons ou toute pratique promotionnelle de vente directe au consommateur.

Article 6 : Les systèmes de soins de santé ne doivent servir qu'à la promotion et la protection de l'allaitement maternel et non pas à l'exposition ou la diffusion d'informations concernant les produits visés par le Code. Aucune information ou conseil ne peut être fourni au grand public par le personnel des fabricants ou distributeurs des dits produits.

Article 7 : Les agents de santé doivent encourager et promouvoir l'allaitement maternel. Les informations fournies par les fabricants et distributeurs doivent se limiter aux données scientifiques.

Article 9 : L'étiquetage des produits cibles du Code doit mentionner la supériorité de l'allaitement maternel et ne doit pas porter de représentation de nourrisson ou tout autre élément de nature à idéaliser ces préparations. De plus les annotations « humanisé » ou « maternisé » sont interdites.

Enfin il doit figurer une mise en garde concernant les risques encourus en cas de mauvaise utilisation de ces produits. »

Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel est réévalué tous les deux ans par l'Assemblée Mondiale pour la Santé et complété par des résolutions qui doivent être respectées par tout intervenant concerné par le Code.

Afin d'évaluer l'adhésion des Etats membres au Code, une échelle graduée de 1 (Code transposé totalement ou quasi-totalement dans la législation nationale) à 8 (aucune action entreprise) a été créée (la note 9 étant réservée pour l'absence d'information).

Le bilan est plutôt positif puisque 20 des pays obtiennent un score de 1 pour avoir transposé la quasi-totalité du code dans leur législation (Brésil, Côte-d'Ivoire, Panama, Tanzanie), 27 autres atteignant le 2 (dont l'Union Européenne). Cependant les Etats-Unis sont au bas du classement avec une note de 8. Cependant il faut noter qu'aucune industrie ne respecte le Code dans sa totalité. De plus aucune sanction n'est prévue en cas d'infraction.

II. Encadrement de l'AM en Europe

1) Directive Européenne 91/321/CEE

C'est seulement 10 ans plus tard que la Directive Européenne 91/321/CEE concernant le commerce interne des substituts de lait maternel est votée. Cette dernière ne reprend qu'une partie des articles du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, mais constitue tout de même un progrès dans la promotion et la protection de l'allaitement maternel en Europe.

Malheureusement la transposition de cette directive a pris un certain nombre d'années et ce il faudra attendre 1994 pour que sorte la loi, puis 1998 pour son décret d'application.

Les restrictions concernant l'étiquetage sont les mêmes et les informations fournies doivent être objectives, basées sur des faits scientifiques, sans idéaliser les préparations concernées.

Cependant on note une contradiction en ce qui concerne les produits gratuits ou à bas prix puisqu'ils sont interdits, mais la livraison gratuite est possible pour des bébés qui « doivent être nourris avec des préparations pour nourrisson », c'est-à-dire pour des bébés orphelins ou des institutions où les bébés restent sur longue période (mais non pas pour les hôpitaux ou les maternités).

De plus, la publicité n'est interdite que pour les laits « 1^e âge » mais rien n'est fixé pour les laits « de suite » (les Etats sont libres de l'autoriser pour des publications scientifiques ou revues spécialisées) ni pour les autres substituts, compléments, biberons et tétines.

En outre, il n'y a que peu d'exigences de composition en ce qui concerne les laits « 2^e âge », la publicité est même autorisée pour les nourrissons de plus de 4 mois alors que leur utilisation est réservée aux plus de 6 mois.

On remarque également une lacune au niveau de la commercialisation aux agents de santé qui ne sont pas envisagés dans cette Directive.

Pour conclure, cette Directive Européenne constitue une avancée pour la promotion de l'allaitement maternel, mais elle comporte plusieurs faiblesses et sa mise en application est peu garantie du fait du manque de surveillance des industriels et de l'absence de sanctions en cas d'infraction.

2) Adaptation de la directive Européenne en France : loi n° 94-442 et décret d'application de 1998

Il faut attendre le 3 Juin 1994 pour voir sortir en France la loi n°94-442 reprenant les directives de l'Union Européenne, puis le 30 Juillet 1998 la promulgation de son décret d'application.

Malheureusement ce texte a lui aussi un champ d'application plus limité que le Code international puisque seuls les laits « 1^e âge » sont visés. On retrouve sensiblement les mêmes mesures que la Directive Européenne pour l'étiquetage ainsi que la publicité.

La distribution de produits gratuits est toujours interdite, avec cependant une dérogation si elle concerne des organismes d'intérêt général ayant un caractère philanthropique, social ou humanitaire (telle que l'OMS), pour des bébés devant être nourris pas ce type de préparations, en respectant une certaine traçabilité de ces dons.

Le décret légifère également sur la documentation et les informations du grand public avec comme précédemment le désir de mettre en avant les avantages et la supériorité du lait maternel.

Malheureusement on ne retrouve aucune directive concernant les relations entre les industriels et les agents de santé.

On remarquera la mise en place de sanctions d'ordre financier en cas de non-respect de certains articles de la directive, notamment la distribution de produits gratuits, d'échantillons et la publicité.

Ajoutons que le PNNS (Programme National Nutrition Santé) de 2001-2005 recommande de renforcer l'application des directives européennes sur la promotion des substituts du lait maternel, afin de permettre d'avantage l'expansion de l'allaitement maternel en France.

III. Allaitement et travail

1) Convention internationale OIT (Organisation Internationale du Travail)

L'Organisation Internationale du Travail est une institution spécialisée des Nations Unies qui comporte 185 pays membres (dont la France) et est responsable de l'élaboration des normes internationales du travail (NIT).

C'est en 2000 qu'est adoptée la Convention C183 sur la protection de la maternité, qui est une révision de la première Convention créée en 1919. *Consultable sur http://www.ilo.org/dyn/normlex/fr/f?p=1000:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C183*. Elle s'accompagne d'une recommandation (n°191). Ces textes assurent notamment la mise en place de mesures visant à faciliter la pratique de l'allaitement maternel dans le cadre du travail.

Ainsi, il est prévu un congé maternité d'au moins 14 semaines rémunéré à 66% du salaire précédent, la Recommandation 191 conseillant d'aller jusqu'à 18 semaines avec un salaire complet.

De plus, il est interdit de licencier une femme pour des motifs en lien avec sa grossesse, son accouchement ou l'allaitement.

L'article 10 de la Convention est consacré plus précisément aux femmes allaitantes et déclare qu'elles ont droit à « une ou plusieurs pauses quotidiennes ou à une réduction journalière de la durée du travail » afin d'allaiter leur enfant. Il stipule également que les modalités des dites pauses (période, durée etc.) seront fixées selon la législation nationale, et qu'elles doivent être rémunérées comme des heures de travail classiques.

Ensuite, on trouve des recommandations concernant les soins pré et postnataux prévus pour la mère, et la protection des femmes enceintes ou allaitantes d'un travail nocif pour elles ou pour l'enfant.

2) Droits sociaux et allaitement en France

A. Le code du travail

Le code du travail recense l'ensemble des dispositions constituant la réglementation du travail.

Bien qu'il n'existe aucun congé spécifique à l'allaitement, il prévoit un congé maternité qui comprend un congé prénatal et un postnatal, rémunéré à 100% du salaire, et dont la durée varie selon le nombre d'enfant(s) attendu(s) et le nombre d'enfant(s) déjà à charge.

Situation familiale	Durée du congé maternité (semaines)		
	Durée du congé prénatal	Durée du congé postnatal	Durée totale du congé maternité
Vous attendez un enfant et vous (ou votre ménage) avez moins de deux enfants à charge ou nés viables	6	10	16
Vous attendez un enfant et vous avez déjà au moins deux enfants à votre charge effective et permanente (ou à celle de votre ménage) ou vous avez déjà mis au monde au moins deux enfants nés viables	8	18	26
Vous attendez des jumeaux	12	22	34
Vous attendez des triplés ou plus	24	22	46

Tableau 1: Durée du congé maternité en France

<http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-personnelle/vous-allez-avoir-un-enfant/vous-etes-enceinte-votre-conge-maternite/duree-du-conge-maternite.php>

Il existe également un congé parental d'éducation qui peut être accordé à tout salarié dès la naissance du premier enfant, pour une durée de 6 mois maximum, et qui est renouvelable jusqu'aux trois ans du dernier né. La personne doit néanmoins justifier d'une ancienneté d'au moins un an dans son entreprise. Ce congé sera pris soit à temps complet (non rémunéré) soit à temps partiel (rémunéré selon le nombre d'heures effectuées). En outre la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) peut verser un complément libre choix d'activité (CLCA) ou un complément optionnel libre choix d'activité (COLCA) selon des conditions spécifiques.

Il faut savoir que le papa peut prendre un congé de paternité et d'accueil de l'enfant quelle que soit son ancienneté ou la nature de son contrat. Ce congé est également accordé si la personne n'est pas le père de l'enfant mais qu'il est le conjoint de la mère, qu'ils sont pacés ou mariés. Ce dernier pourra durer 11 jours consécutifs au maximum pour la naissance d'un enfant, et 18 jours pour une naissance multiple, et doit se dérouler dans les 4 premiers mois de l'enfant. C'est l'Assurance Maladie qui détermine si le père a droit à des indemnités pendant ce congé, en se basant notamment sur l'attestation de salaire fournie par l'employeur.

Dans le code du travail français figurent plusieurs mesures destinées à faciliter la poursuite de l'allaitement maternel malgré la reprise d'un emploi. Ces dernières sont cependant peu connues des employeurs et des femmes concernées.

Ainsi, depuis les années 50, l'article L1225-30 prévoit la mise à disposition d'une heure par jour à la mère pour l'allaitement de son enfant, elle peut donc recevoir ce dernier sur place pour l'allaiter ou bien utiliser un tire-lait. Cette heure se compose de deux pauses de trente minutes l'une le matin et l'autre l'après-midi, mais leur répartition sera décidée après concertation de l'employée et l'employeur. Cependant il n'est pas spécifié que cette heure doit être rémunérée.

En outre, il est dit que les femmes enceintes et allaitantes doivent pouvoir s'allonger pour se reposer et ce quelle que soit la taille de l'entreprise.

De plus, tout chef d'entreprise de plus de 100 salariés se doit de mettre à disposition des mères allaitantes des « chambres d'allaitement » répondant à des règles spécifiées de volume, d'hygiène, de matériel disponible.

B. Les Conventions collectives

Il s'agit de textes réglementaires définissant les statuts des employés d'une branche professionnelle, qui peuvent s'ajouter au Code du travail, mais sont obligatoirement plus favorables que ce dernier.

Certaines prévoient une rémunération des pauses allaitement citées plus haut, soit sur la base du salaire habituel, comme par exemple pour les conventions collectives des industries du pétrole (article 514) et de la fabrique d'articles de papeterie (article 57) ; soit sur la base de la rémunération minimale garantie du poste occupé, comme pour la convention de l'industrie du textile (article 68).

De plus on retrouve dans certaines conventions un congé d'allaitement non rémunéré, d'une durée d'un an maximum, indépendant du congé parental d'éducation, et à la condition de faire preuve d'une certaine ancienneté (d'un an en moyenne), comme c'est le cas pour la blanchisserie, laverie (article 38) ou les industries de l'habillement (article 33).

Notons que la convention nationale du commerce de l'électronique (article 31) est la seule à permettre des pauses allaitement plus longues avec une heure le matin et une autre l'après-midi, et ce jusqu'aux six mois de l'enfant. Celle-ci reste néanmoins non rémunérée.

Enfin, la convention collective des banques (article 69) prévoit, en plus du congé maternité, un congé de trois mois payé à taux plein ou six mois à mi-salaire, et ce au choix de l'intéressée.

Chapitre 2 : Histoire de l'allaitement maternel et épidémiologie en France

Chapitre 2 : Histoire de l'allaitement maternel et épidémiologie en France

Afin de comprendre la situation actuelle des taux d'allaitement maternel en France, il est intéressant de se pencher sur son évolution au cours de l'Histoire.

Dès la Préhistoire, l'allaitement est primordial puisqu'il est tout simplement une question de survie.

Puis les premiers biberons apparaissent dès l'Antiquité, amorçant le début de l'allaitement artificiel qui s'est accompagné d'une très forte hausse de la mortalité infantile.

Au Moyen-Age, l'allaitement au sein était considéré comme le seul convenable, au point que celles qui n'allaitaient pas étaient traitées de « méchantes ». On n'avait recours aux nourrices qu'en cas d'extrême urgence. *Knibiehler J, Fouquet C, « Histoire des mères du Moyen-Age à nos jours », Paris : Montalba, 1981*

Ensuite à la Renaissance, l'intérêt se porte plus particulièrement sur la relation mère/enfant, avec l'avènement de l'éducation. Dans les familles aisées, par confort, on confie de plus en plus son bébé à une nourrice, donc le rôle est devenu valorisant. *Rebiscoul D, « Histoire de l'allaitement en France », Les Dossiers de l'obstétrique, 1989, (164) : 19-20*

Au XVII^e siècle, une certaine hostilité se développe vis-à-vis de l'allaitement maternel, qui est jugé trop difficile, trop contraignant. Le recours aux nourrices de la bourgeoisie est une manière d'affirmer leur pouvoir et leur richesse. De ce fait, l'image de la femme allaitante dans la société est plutôt dévalorisée.

Si bien qu'à la fin du XVII^e, le placement nourricier est devenu un véritable marché. Pour s'enrichir, les nourrices n'hésitent pas à accepter plusieurs bébés en même temps quitte à délaisser leur propre enfant, et utilisent souvent du lait de vache, dans des conditions d'hygiène médiocres. La mortalité infantile explose. *Thirion M, « Histoire de l'allaitement », p235-6*



Figure 1: XVII^e et XVIII^e siècles : L'avènement des nourrices

L'Arrivée des nourrices. Attribué à Etienne Jaurat. Milieu XVIII^e siècle. Musée municipal de Laon ; La visite à la nourrice. Georges Morland. 1788. The Fitzwilliam Museum. Cambridge.

L'allaitement au sein connaît un regain d'attention au XVIII^e siècle, où l'on commence à en reconnaître les bienfaits. Cependant ceci n'est finalement pas pour le servir puisque les médecins se mettent à édicter des règles strictes pour l'encadrer, portant sur le nombre des tétées, leur fréquence, leur durée, en passant par l'âge de diversification et de sevrage, et les pesées. Ces normes effraient et découragent les mamans qui boudent toujours l'allaitement au sein.

La découverte de la stérilisation par Pasteur en 1860 est un tournant important dans le développement de l'allaitement au biberon, dont les risques sont alors nettement amoindris. Ainsi les premières poudres de lait sont fabriquées dès la fin du XIX^e siècle.

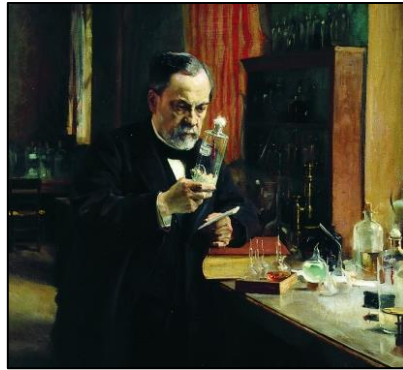


Figure 2 : Louis Pasteur découvre la "pasteurisation" en 1860

Louis Pasteur. Albert Edelfelt. 1885. Musée d'Orsay. Paris

Puis la révolution culturelle du XX^e siècle entraîne petit à petit le remplacement de la nourrice par le biberon.

194 PRIX COURANT GÉNÉRAL.

BIBERONS DE M. DARDO (fig. 8).

Biberon à spirale en bois.....	la pièce.	4 80
— en ivoire.....	—	8 80
Bout de sein en bois.....	—	3 20
— en ivoire.....	—	6 40
Filtre pour passer le lait.....	»	40
Flacon de rechange.....	»	80
Mamelon de rechange en liège.....	»	80
— pour dentition.....	»	80
Spirale de rechange.....	—	1 60
Modérateur.....	»	20
Etui en double peau pour tenir le lait chaud.....	—	3 20
Tire-lait en cristal, avec élastique, pour dégorger les seins.....	—	4 80
Garde-sein en bois.....	la pièce.	2 40
— en gutta-percha.....	—	4 »
— en cristal.....	—	1 60
Hochet en bois, dent en liège.....	la pièce.	1 60
— en ivoire.....	—	3 20
Pompe avec élastique pour dégorger et former le sein.....	—	12 »

BIBERONS GUILBAUT.

Biberon droit en étain (fig. 9).....	la pièce.	1 »
— forme sabot, en étain (fig. 10).....	—	2 50

BIBERONS LEPANQUAIS.

Goulot flexible avec tube plongeur à rotule, fonctionnant par l'air comprimé, monté pis de vache (fig. 11).....	Pharmacie, Public.	3 60 6 »
Le même, monté en caoutchouc (fig. 12).....	—	3 60 6 »
— monté en liège.....	—	3 60 6 »
— en ivoire végétal.....	—	3 60 6 »
— en ivoire naturel.....	—	4 20 7 »
Biberon (modèle déposé) forme anglaise, monté en pis de vache ou en caoutchouc (fig. 13).....	» 90	1 50
Biberon avec bouchon s'adaptant à toute espèce de flacons de biberons, monté en pis de vache (fig. 14).....	2 40	4 »
Le même, monté en caoutchouc.....	2 40	4 »
— monté en liège.....	3 »	5 »
— monté en ivoire naturel.....	3 60	6 »
Tire-lait atmosphérique (fig. 15).....	7 »	10 »

BIBERONS THIER.

Biberon à tube pliant (fig. 16).....	la pièce.	4 »
Liège de rechange.....	—	» 60
Tube de rechange.....	—	» 40
Flacon de rechange.....	—	1 20
Mamelon en ivoire.....	—	1 20
Tétereuse Thier pour extraire le lait sans douleur et le faire téter immédiatement à l'enfant, n° 1 (fig. 17).....	Pharmacies, Public.	10 50 15 »

Figure 3 : XIX^e siècle : Les premiers biberons se développent en France

Biberons Dorvault 1862

La première guerre mondiale change le mode de vie des femmes qui se retrouvent obligées d'aller travailler pour remplacer leurs hommes partis au front.

Parallèlement, les premiers laits artificiels, alors appelés « laits maternisés » arrivent en France, et le biberon devient alors un symbole de libération de la femme, au détriment de l'allaitement au sein. Roques N., « Au sein du Monde : une observation critique de la conception moderne de l'allaitement maternel en France », Harmattan, II : 52-55

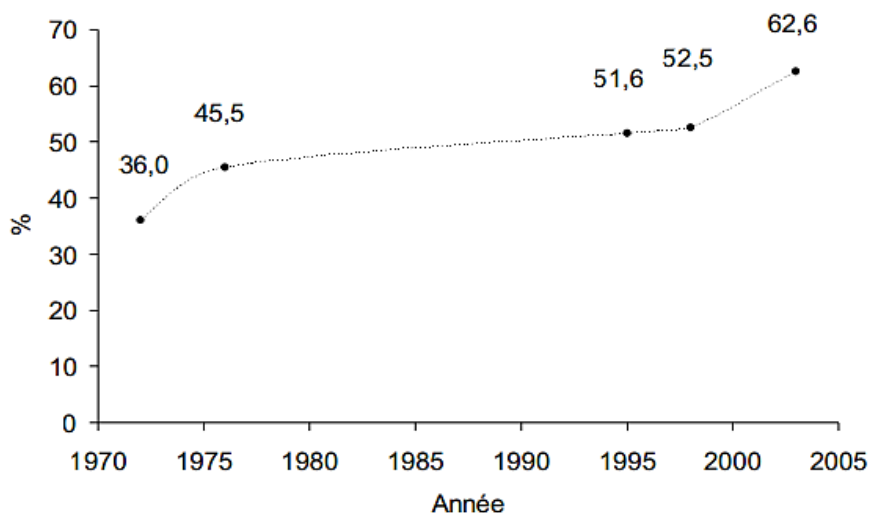
Les années 70 ont vu s'affronter deux courants opposés. Il y avait d'un côté le mouvement de « retour au naturel », avec la recherche d'une alimentation plus saine et le rejet des règles préconçues d'éducation des enfants, et de l'autre le mouvement féministe d'émancipation des femmes, à l'image de Simone de Beauvoir qui considérait la maternité comme « une contrainte, un esclavage » et l'allaitement maternel comme « une servitude épuisante ». Ces femmes ont exigé d'avoir le droit de choisir librement d'avoir un enfant ou pas, quand elles le voulaient, et de le nourrir de la manière qui leur plaisait. L'allaitement maternel est alors considéré comme dépassé, démodé.

Puis à la fin des années 80 on note un léger regain d'attention envers l'allaitement maternel. La recherche progresse et les études démontrant ses bénéfices se multiplient. Les premières associations de mamans se forment avec La Leche League en 1979 et Solidarilait en 1981. Allaiter devient alors un choix réfléchi. Les organismes internationaux commencent à lancer des actions concrètes en faveur de l'allaitement, c'est ainsi que naît l'Initiative Hôpital Ami des Bébé en 1991. Cependant, le taux d'allaitement en France restera en stagnation jusqu'à la fin des années 90.

De nos jours, il connaît une remontée lente mais continue, après avoir été évincé par le biberon libérateur des femmes.

Ainsi, lorsqu'on se penche sur la situation de l'allaitement maternel en France, on remarque que sa pratique est loin des recommandations internationales, puisque malgré une augmentation récente, le taux d'allaitement est un des plus bas au monde : ainsi la proportion d'enfants exclusivement nourris au sein à la naissance était de 60.2% en 2010.

Nous sommes encore bien loin des taux d'autres pays Européens en tête du classement comme la Norvège et en Suède avec 99% d'allaitement exclusif à la naissance, ou encore 98% en Hongrie, 95% au Danemark et 92 % en Suisse.



Graph 1 : Evolution de la prévalence de l'initiation de l'allaitement (exclusif et partiel) en maternité en France de 1972 à 2003

Plan d'action : Allaitement maternel. Propositions d'actions pour la promotion de l'allaitement maternel, Rapport de Dominique Turck, Juin 2010

Il faut noter que peu de données sont disponibles à ce sujet puisque les seules ressources en France se limitent au certificat de santé du 8^e jour et aux études périnatales menées dans les maternités. Les certificats du 9^e mois sont beaucoup moins faciles à exploiter car ne sont pas toujours complets.

Ainsi l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) associé à la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DRESS) et la Direction Générale de la Santé (DGS) nous fournissent via leurs enquêtes nationales périnatales (ENP) un suivi de l'évolution de plusieurs indicateurs de santé de la mère et de l'enfant. Quatre études de ce type furent réalisées en 1995, 1998, 2003 et 2010.

Parmi ces indicateurs on retrouve notamment le taux d'allaitement maternel exclusif en maternité qui a augmenté de façon considérable au cours des dernières années : il est passé de 40.5% en 1995 à 45.0% en 1998, 55.4% en 2003 et 60.2% en 2010.

Des disparités régionales sont toutefois à prendre en compte puisque d'après l'ENP de 2003 on passe de 42.7% en Picardie à 74% en région parisienne.



Figure 4: Prévalence régionale de l'initiation de l'allaitement en France selon l'ENP de 2003

Plan d'action : Allaitement maternel, Propositions d'actions pour la promotion de l'allaitement maternel, Rapport de Dominique Turck, Juin 2010

On remarque un groupe de régions qui se distingue par les taux les plus bas (Picardie, Pays de Loire, Auvergne, Nord-Pas de Calais), et un autre avec les résultats les plus forts (Provence-Alpes-Côte d'Azur, Paris, Petite Couronne parisienne, Rhône-Alpes).

L'Institut de Veille Sanitaire (InVS) a également piloté une enquête épidémiologique nationale : l'étude Epifane, portant sur l'état nutritionnel des enfants pendant leur première année de vie, qui fut menée de début 2012 à fin Avril 2013. InVS, Université Paris 13. EPIFANE - Etude nationale 2011-2013. Mieux connaître les pratiques alimentaires des nourrissons.

Elle s'intéresse notamment à la fréquence, la durée et l'exclusivité de l'allaitement maternel, mais aussi au type, à la durée et la quantité des substituts utilisés et enfin aux modalités de la diversification alimentaire.

On note ici un taux d'initiation de l'allaitement maternel à la maternité de 69.1%, dont 59.7% d'allaitement exclusif et 9.3% d'allaitement mixte (c'est-à-dire association du lait maternel à des formules lactées industrielles). Cependant au bout d'un mois ils n'étaient plus que 54% à être allaités, avec seulement 35% d'allaitement maternel exclusif.

On peut également citer deux enquêtes périnatales régionales menées respectivement en Languedoc Roussillon et en Provence Alpes Côte d'Azur, Corse et Monaco.

En ce qui concerne l'allaitement artificiel, le Syndicat Français des Aliments de l'Enfance (SFAE), qui regroupe les acteurs du marché français des aliments pour nourrissons et enfant en bas âge, promeut tous les 8 ans depuis 1981 une étude Nutri-Bébé portant sur les apports nutritionnels et comportements alimentaires chez les 0-3 ans. Cette étude fournit des données détaillées sur l'évolution des usages des formules lactées et des conduites alimentaires. *Comment sont nourris nos bébés en 2013 ? Résultats de l'étude Nutri-Bébé SFAE 2013. Comportements alimentaires et apports nutritionnels chez les 0 à 3 ans. Consultable sur : file:///C:/Users/User/Documents/THESE/Documentation/DP-Etude-Nutri-B%20C3%A9b%C3%A9-SFAE-2013.pdf*

Les résultats de l'enquête de 2013 montrent notamment que les substituts industriels du lait maternel sont de plus en plus utilisés, bien que le lait de vache reste encore majoritaire. On note que lorsqu'elles se tournent vers ces préparations, les femmes allaitantes ou ayant allaité vont utiliser plus fréquemment du lait de suite (32%) que les femmes non allaitantes (25%).

Malgré le manque de données récentes et exploitables concernant la pratique de l'allaitement maternel en France, les données citées ci-dessus permettent d'orienter les actions à mener pour sa promotion, en s'intéressant notamment à la chute rapide du taux allaitement exclusif dans le premier mois de vie. Aucune étude nationale ne fournit d'information sur la durée de l'allaitement, seules quelques enquêtes régionales et locales concluent à une moyenne de 10 semaines. Là encore, on manque de chiffres récents.

Il faut noter que l'étude ELFE qui fut lancée en 2011 fournira une masse d'informations précieuses en ce qui concerne l'allaitement maternel en France et plus globalement le développement des enfants pendant leurs 20 premières années.

Il s'agit de la première étude longitudinale française qui s'intéresse au suivi d'enfants (environ 20000) depuis leur naissance jusqu'à l'âge adulte en intégrant des données concernant à la fois la santé, les sciences sociales et l'environnement.

Organisée par l'association de l'INSERM à l'INED et l'EFS, cette enquête sans précédent en France concerne l'ensemble de la métropole. Les informations recueillies permettront notamment d'évaluer les pratiques en matière d'alimentation (allaitement maternel, artificiel, diversification alimentaires) et de voir leur impact sur le développement, le bien-être et la santé de ces enfants. <http://www.elfe-france.fr/index.php/fr/>

Chapitre 3 : Les bénéfices de l'allaitement maternel

Chapitre 3 : Les bénéfices de l'allaitement maternel

Le lait maternel est la référence pour l'alimentation du nourrisson dans ses premiers mois de vie. Rappelons que l'OMS recommande un allaitement maternel exclusif pendant au moins 6 mois, qui sera poursuivi jusqu'à 2 ans ou plus, en introduisant comme il se doit des aliments solides au fil de l'évolution des besoins de l'enfant.

Ainsi le lait maternel est le mieux adapté aux besoins du nourrisson et, de par sa composition unique, lui procure de nombreux bienfaits. On note également plusieurs effets favorables pour la mère.

I. Avantages pour l'enfant

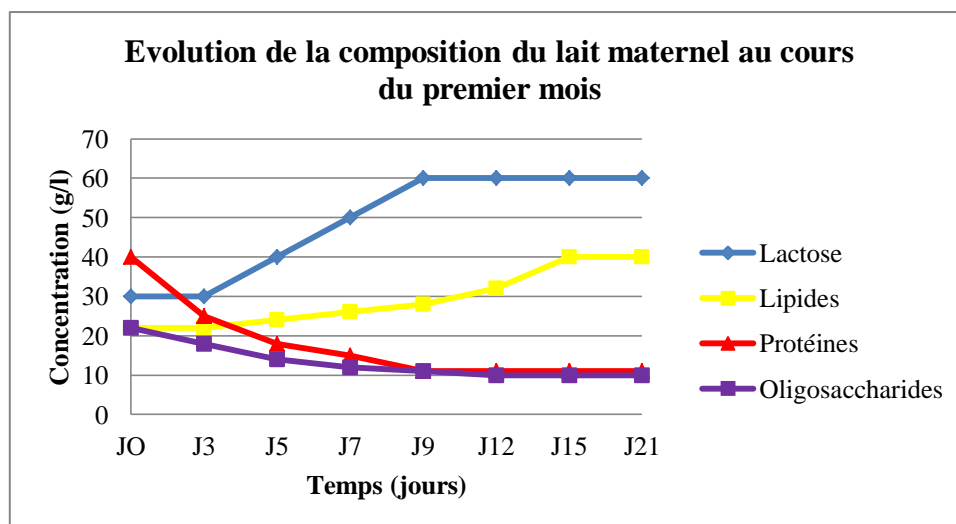
1) Bénéfices pour la santé de l'enfant

A. Qualités nutritionnelles du lait maternel

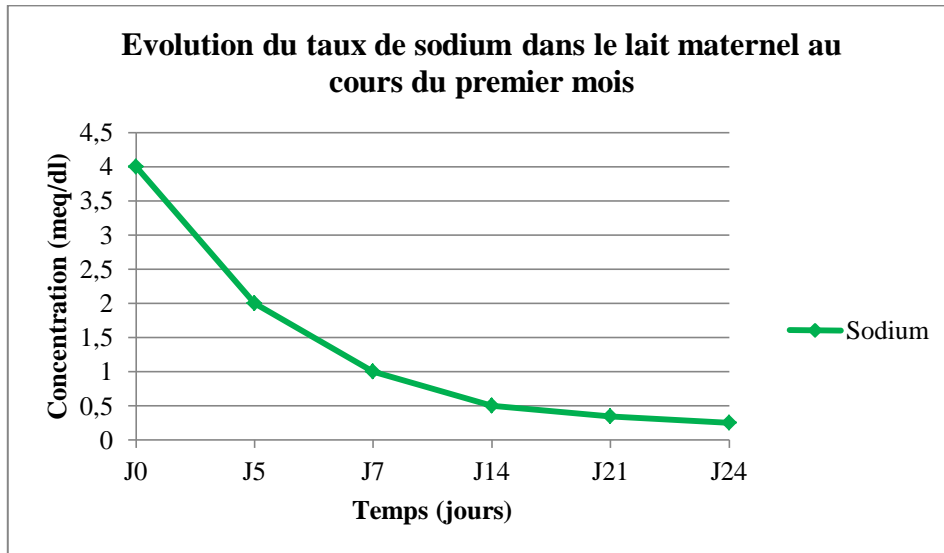
Afin de répondre totalement aux besoins nutritionnels du bébé, la composition du lait maternel subit des variations dans le temps.

On distingue ainsi trois étapes (voir les graphes 2 et 3) :

- Dans les 5 premiers jours, le lait est appelé colostrum. Jaune orangé, très épais et peu abondant, il est riche en protéines, sels minéraux oligosaccharides et facteurs immunologiques pour apporter l'énergie et la protection nécessaires aux premiers instants de vie du bébé. En revanche il est pauvre en lipides et lactose pour épargner le tube digestif immature.
- Ensuite, c'est le lait de transition qui apparaît : plus fluide, orangé, il va s'enrichir progressivement en lipides et en lactose.
- Après 3 semaines environ, le lait mature, clair, presque transparent, prend le relai. Désormais riche en lactose et lipides, il adopte sa composition finale que nous allons détailler plus bas.



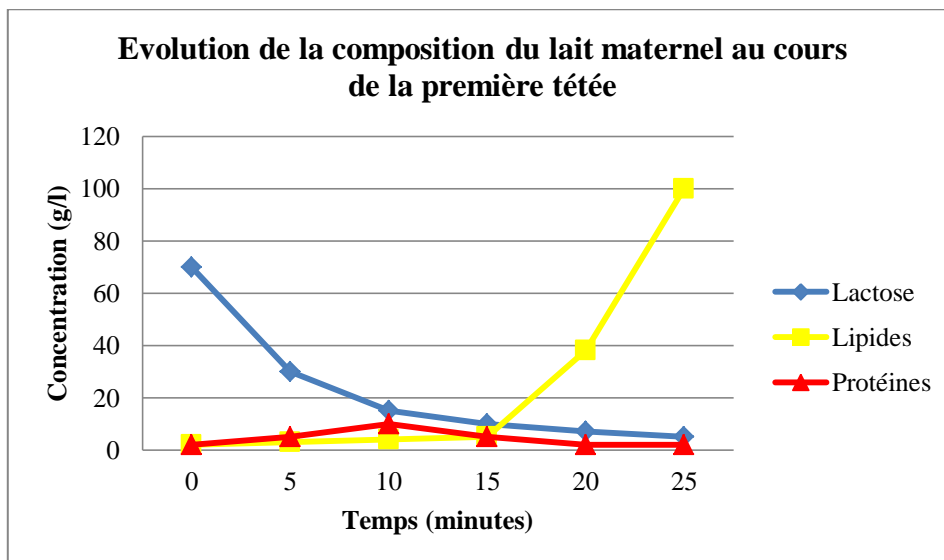
Graphe 2



Graphe 3

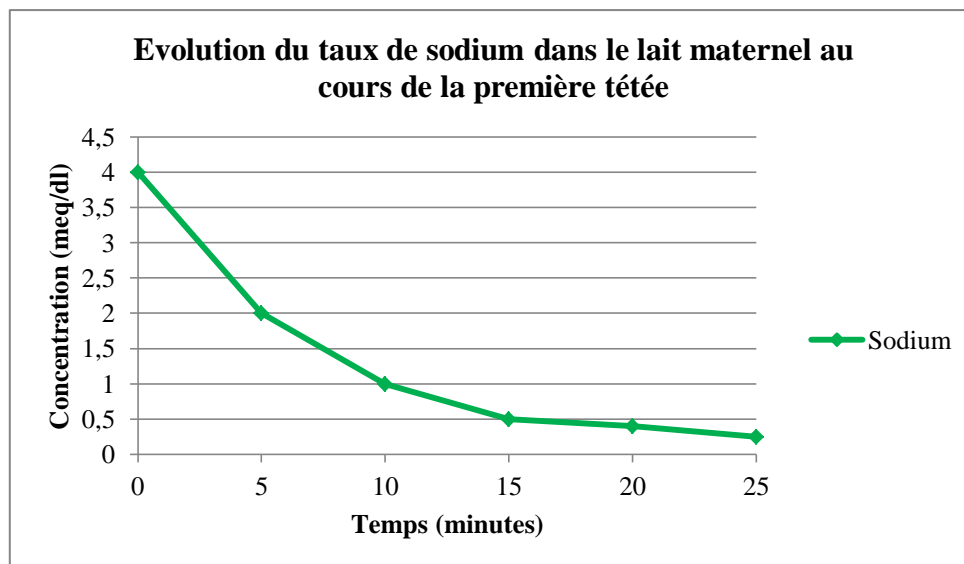
Royal Collège of Midwives. « Pour un allaitement réussi ». 1998. 67-8

En outre, le lait va évoluer également au cours d'une même tétée. Au début, il apporte surtout de l'eau pour éteindre la soif du bébé, puis il s'enrichit progressivement en lipides et protéines nécessaires à sa croissance. Ce processus permet l'apparition du phénomène de satiété chez l'enfant. *Chassagnoux C., Promotion de l'allaitement maternel dans le Monde, en France, en Aquitaine, Thèse pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine, 2003, (101) : 9-10 (voir les graphes 4 et 5).*



Graphe 4

Royal Collège of Midwives. « Pour un allaitement réussi ». 1998. 67-8



Graphe 5

Royal Collège of Midwives. « Pour un allaitement réussi ». 1998. 67-8

La comparaison de la composition du lait maternel avec celle d'autres mammifères (voir tableau 2) confirme le fait que le lait maternel est parfaitement adapté au développement du petit d'Homme. En effet, la supériorité du lait de femme pour l'alimentation du nourrisson repose sur sa composition parfaitement adaptée qui ne peut être reproduite par aucun substitut de lait maternel.

Cette spécificité biologique permet notamment le développement optimal du cerveau de l'enfant grâce à un taux suffisant de lipides et glucides. Par contre, chez d'autres mammifères comme la vache, une croissance rapide est prioritaire puisqu'ils doublent leur poids de naissance beaucoup plus tôt, et le cerveau se développe plus lentement, d'où une concentration plus élevée en protéines et sels minéraux.

Espèce	Nombre de jours nécessaires pour doubler le poids de naissance	Teneur en lipides (g/l)	Teneur en protéines (g/l)	Teneur en lactose (g/l)	Teneur en sels minéraux (g/l)
Homme	180	38	9	70	2
Cheval	60	19	25	62	5
Vache	47	37	34	48	7
Renne	30	169	115	28	-
Chèvre	19	45	29	41	8
Mouton	10	74	55	48	10
Rat	6	150	120	30	20

Tableau 2 : Composition élémentaire du lait de différents mammifères

Beaudry M, Chiasson S, Lauzière J, Latham Michael C. « Biologie de l'allaitement : le sein, le lait, le geste. Presses de l'université du Québec, 2006

Penchons-nous plus en détail sur les composants du lait maternel mature.

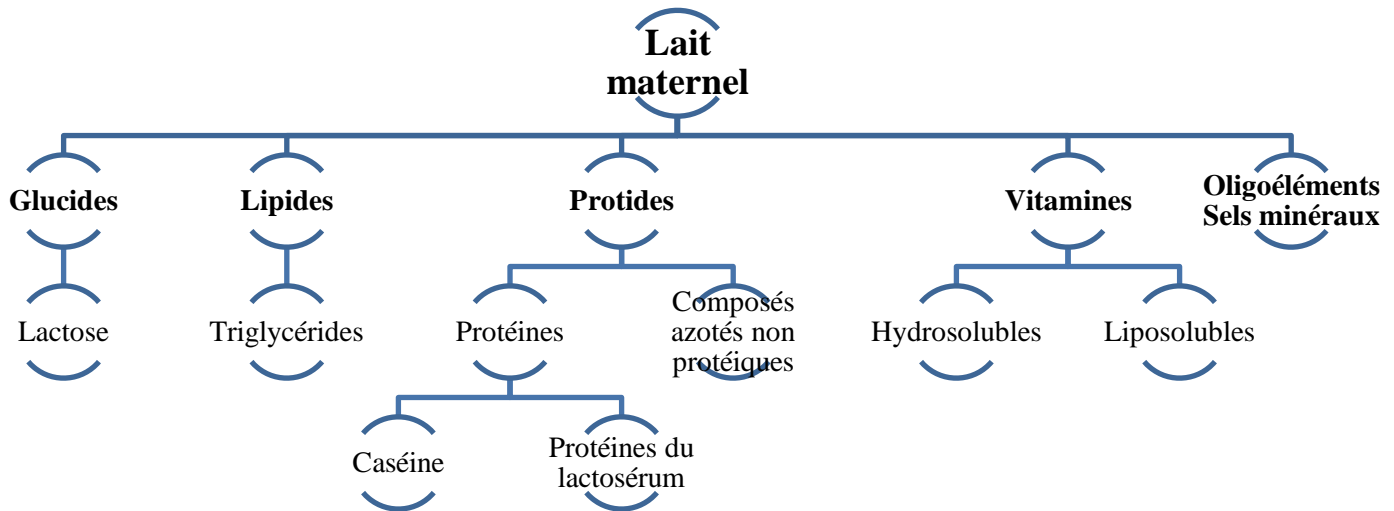


Schéma 1 : Les composants du lait maternel mature

1. Protides

En plus des protéines que nous allons développer ci-dessous, on trouve des composés azotés non protéiques qui représentent 30% de l'azote total (acides aminés libres, acides nucléiques, nucléotides etc.).

Avec ses 8 à 12g/l de protéines, le lait maternel mature affiche le taux le plus faible de tous les laits de mammifères. Cependant cette concentration est parfaitement adaptée à la croissance staturale du bébé et à l'immaturation de certains de ses organes.

Ainsi, un excès de protéines serait nocif pour le foie, qui n'est pas suffisamment développé pour faire le travail de métabolisation de tous les acides aminés. Il en est de même pour les reins dont l'immaturation associée à un fort taux de protéines peut entraîner une acidose.

Ajoutons qu'un excès de protéines entraîne le développement d'une flore protéolytique, qui peut favoriser l'apparition de germes pathogènes.

Enfin, ces protéines ont une excellente absorption et sont très spécifiques de l'espèce humaine.

On retrouve 70% de protéines dites « solubles » ou protéines du lactosérum, et 30% de caséine.

i. La caséine

C'est la protéine fondamentale du lait maternel, mais aussi la plus difficile à assimiler. Polymorphe, elle existe sous forme α , γ , κ , mais la plus présente est la caséine β .

Sa particularité est qu'elle forme des petites micelles contenant du calcium et du phosphore. Cette structure associée à un fort taux de protéines solubles permet une coagulation fine et donc une digestion plus facile.

ii. Les protéines du lactosérum

On retrouve des protéines spécifiques du lait, synthétisées par le tissu mammaire (α lactalbumine, quelques enzymes) ; d'autres d'origine sanguine (sérum albumine, transferrine, céruloplasmine) et enfin des protéines qui sont d'origine sanguine et mammaire (immunoglobulines, lactoferrine).

L' α lactalbumine représente 30% des protéines du lait maternel. Elle a un rôle dans le système enzymatique de synthèse du lactose.

La lactoferrine est une glycoprotéine dont le taux est très fort dans le colostrum, et diminue progressivement avec la maturation mais reste néanmoins élevé. Elle a pour propriété, en présence de bicarbonate, de fixer le fer sous forme de Fe^{3+} . De ce fait, elle empêche le développement de bactéries pathogènes dont la croissance nécessite du fer. Cette action bactériostatique est d'autant plus intéressante que la lactoferrine résiste aux protéases du tube digestif du nourrisson.

Les immunoglobulines (Ig) sont des glycoprotéines au rôle fonctionnel essentiel puisqu'elles ont une action anticorps spécifique, qui se révèle très utile étant donné que le nourrisson ne produit pas ses propres anticorps pendant les trois premières semaines. Dans le lait maternel ce sont surtout des IgA dites sécrétoires (0.5 à 1g/l), dont l'effet protecteur contre les infections est précieux.

Enfin, le lait maternel contient des enzymes dont la plus abondante est le lysozyme qui, en plus de faciliter le métabolisme de nombreuses substances, possède un effet antibactérien par lyse des parois bactériennes. Les enzymes ont également un rôle à jouer dans la digestion du lait, en particulier la lipase qui a un rôle central dans la constitution lipidique du lait. Activée dans l'intestin du bébé au contact des sels biliaires et permet la dégradation des triglycérides en acides gras dont l'assimilation est nécessaire pour son bon développement. Il faut savoir que la structure tertiaire des enzymes du lait maternel est bien plus organisée que dans leurs autres milieux, ce qui leur confère une certaine résistance à la protéolyse dans le système gastro-intestinal de l'enfant.

2. Lipides

Ils constituent la source la plus importante de calories dans le lait maternel. Présents à un taux variant de 30 à 50 g/l, ils font preuve d'une très bonne digestibilité grâce à la lipase.

98% sont des triglycérides dont la structure spécifique favorise une bonne absorption intestinale.

On retrouve 7 à 10% d'acides gras polyinsaturés dits « essentiels », ainsi que leur homologue supérieur, l'acide arachidonique. Ces derniers ont un rôle primordial dans le développement cérébral et rétinien. De plus, il a été prouvé que leur taux est directement influencé par les apports alimentaires en acides gras $\omega 3$ et $\omega 6$ de la mère. Heird WC. *The role of polyunsaturated fatty acids in term and preterm infants and breastfeeding mothers. Pediatrics Clin North Am.* 2001 ; 48 : 173-188

Le lait maternel est riche en cholestérol qui est impliqué dans la structure des membranes et le développement du cerveau, en plus de sa fonction de précurseur hormonal.

Ajoutons qu'en plus de représenter une source importante d'énergie, les lipides du lait maternel sont indispensables pour le transport des vitamines liposolubles (vitamines A, D, E, K).

3. Glucides

Le lait maternel comporte 75g/l de glucides dont la majorité (60 à 70 g/l) est représentée par le lactose, qui, à lui seul fournit 40% de la ration calorique. Il favorise le développement des bacilles lactiques dans le tube digestif tout en s'opposant à la croissance des germes type colibacilles.

Dans la muqueuse digestive, le lactose est clivé par la lactase en glucose et galactose. Ce dernier est primordial lors de la première année de vie pour le développement du cerveau, et apporte l'énergie nécessaire aux globules rouges pour le transport de l'oxygène, participant ainsi à l'oxygénation cellulaire.

Le lait de femme se distingue par un taux particulièrement élevé d'oligosaccharides (12g/l) associé à une grande variété de molécules (glucose, galactose, fructose ...). Ces derniers, très résistants à la digestion, sont considérés comme de véritables prébiotiques. En effet ils permettent la mise en place de la flore bactérienne colique, représentée majoritairement par *Bifidobacterium bifidum* (on parle de flore *Bifidus*). On leur reconnaît un rôle important dans la protection contre les infections, digestives ou extradiigestives

Kunz C et al. Oligosaccharides in human milk : structural, functional and metabolic aspects. Annu Rev Nutr 2000 ; 20 : 699-722.

4. Vitamines

i. Vitamines hydrosolubles

On retrouve dans le lait maternel les vitamines B1, B2, B6, B12, PP, B8, et C. Il faut savoir que le taux des vitamines du groupe B dépend de l'alimentation de la mère. La vitamine C, stockée dans l'épithélium mammaire, passe dans le lait en quantité inconstante selon les personnes, ce taux diminuant notamment avec la consommation de tabac. Cependant il faut noter que le scorbut infantile (carence en vitamine C) est très rare chez l'enfant nourri au lait maternel.

ii. Vitamines liposolubles

Sont concernées les vitamines A, D, E et K.

Le taux de vitamine K du lait maternel ne couvre pas les besoins du nourrisson. Pour éviter le risque hémorragique (qui reste rare), on supplémente donc le nourrisson pendant toute la durée de l'allaitement exclusif au sein.

La vitamine D a une très faible teneur dans le lait maternel, mais on la retrouve en concentration plus élevée sous forme de sulfate de vitamine D, ce qui permet au lait de remplir sa fonction anti-rachitogène. Cependant une supplémentation est recommandée, d'autant plus que le taux de vitamine D peut varier selon les apports alimentaires de la mère et son exposition au soleil.

Le lait maternel est très riche en vitamine E, dont le pouvoir antioxydant protège les globules rouges contre l'hémolyse.

5. Oligoéléments et sels minéraux

On note la présence de plusieurs oligoéléments dans le lait de femme, notamment de cuivre, zinc, fer, sélénium et manganèse, qui font preuve d'une très bonne biodisponibilité.

En outre, la faible teneur en minéraux limite la charge molaire ce qui permet d'épargner les reins et de limiter la perte minérale en cas de diarrhée. Ajoutons qu'une concentration basse en sodium prévient à long terme la survenue d'hypertension artérielle. Yang Q. et al. *Sodium intake and blood pressure among US children and adolescents. Pediatrics.* 2012; 130:611–619 et Tekol Y. *Maternal and infantile dietary salt exposure may cause hypertension later in life. Birth Defects Res B Dev Reprod Toxicol.* 2008; 83:77–79

B. Prévention des infections : apport immunologique du lait maternel

Il est aujourd'hui prouvé que quel que soit le niveau socio-économique de leur pays, les enfants nourris au sein déclarent moins d'infections (virales ou bactériennes) que ceux nourris avec des substituts du lait maternel, et que leur taux de mortalité d'origine infectieuse est plus faible. Scariati PD, Grummer-Strawn LM, Fein SB. *A longitudinal analysis of infant morbidity and the extent of breast feeding in the United-States. Pediatrics* 1997 ; 99 : e5

WHO collaborative study team on the role of breastfeeding on the prevention of infant mortality. *Effect of breast feeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis. Lancet* 2000 ; 355 : 451-455

Ainsi, en plus d'être une remarquable source de nutriments, le lait maternel contient de nombreux facteurs protecteurs contre les infections. Cet apport immunologique est d'autant plus précieux qu'il survient au moment où les systèmes de défense de l'enfant ne sont pas encore développés.

M Hamosh. *Bioactive factors in human milk. Pediatr Clin North Am* 2001 ; 48(1) : 69-86.

1. Immunité cellulaire

Le lait maternel contient de nombreux leucocytes dont 25% sont des macrophages (on les retrouve jusqu'à 90% dans le colostrum). Ces derniers ont majoritairement un rôle de phagocytose de bactéries (notamment *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, *Candida albicans*) mais sont également impliqués dans plusieurs activités de biosynthèse et d'excrétion de substances (lactoferrine, lysozyme, composants du complément, Epidermal Growth Factor etc.) et dans le transport des IgA dans le lait.

Notons également la présence de lymphocytes en quantité mineure, dont 50% sont des lymphocytes T.

2. Immunité humorale

i. Les immunoglobulines A sécrétoires

Dans le lait maternel la grande majorité des immunoglobulines sont des IgA sécrétoires, dont le taux est très fort dans le colostrum puis diminue par dilution, mais reste conséquent étant donné l'augmentation du volume de la sécrétion lactée. Elles fournissent une immunité naturelle, transmise passivement au bébé, la mère adaptant en permanence le système de protection de son enfant aux germes qu'elle rencontre.

On retrouve beaucoup d'IgA sécrétoires anti-*Escherichia coli* (action bactéricide). Mais il faut savoir qu'elles inhibent également la fixation des bactéries sur les glycoprotéines des membranes intestinales, et ont un pouvoir de neutralisation de substances excrétées par certains micro-organismes (comme par exemple les entérotoxines d'*Escherichia coli* et *Vibrio cholerae*).

ii. Le lysozyme et autres facteurs de défense cellulaires

Enzyme la plus abondante du lait maternel, le lysozyme possède une action bactéricide indirecte en stimulant l'action des anticorps, mais aussi un effet bactériolytique par clivage des peptidoglycanes des parois bactériennes.

De plus, les fractions C3 et C4 du complément favorisent la phagocytose de différentes bactéries notamment *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli* et *Candida albicans*.

3. Immunité « nutritionnelle »

i. La lactoferrine

Aussi appelée lactotransferrine, elle est présente à taux élevé dans le lait maternel. Elle a pour particularité de fixer le fer sous forme de Fe^{3+} , ce qui permet son transport et donc une bonne absorption intestinale.

Il faut savoir que la croissance des bactéries nécessite la présence de fer dans leur environnement. En se fixant au fer, la lactoferrine agit donc par compétition avec ces bactéries, produisant ainsi un effet bactériostatique.

La susceptibilité de l'hôte à ces agents pathogènes est alors d'autant plus grande que la lactoferrine est saturée en fer.

ii. Les ligands de la vitamine B12

Certaines bactéries telles que les coliformes, les salmonelles et les lactobacilles nécessitent aussi de la vitamine B12 ou cobalamine pour se développer.

Dans le lait maternel, cette dernière est transportée par la LBP (large molecular size vitamin B12 binding protein). Il y a donc une compétition entre la LBP et les bactéries pour la vitamine B12, ayant pour conséquence un effet bactériostatique comparable à celui de la lactoferrine.

iii. Facteurs de croissance de la microflore intestinale à *Bifidum bacterium*

La présence de « flore *Bifidus* » dans le lait maternel entraîne lors de la digestion la formation d'un complexe chimique particulier (association de lactose, d'oligosaccharides, de peptides et de cuivre) qui favorise une acidification du pH. Ce phénomène permet d'inhiber la croissance de bactéries pathogènes à gram négatif, et au contraire de favoriser la multiplication de certains saprophytes, dont *Bifidum Bacterium*. Cette flore offre donc une protection naturelle au bébé contre les infections digestives.

En outre, cette dernière est d'autant plus importante que l'alimentation au lait maternel est exclusive. Ainsi, des études ont montré qu'un seul biberon de substitut du lait maternel dans les premiers jours de vie rend la flore intestinale semblable à celle des bébés nourris exclusivement avec ces préparations, et ce pendant une dizaine de jours.

Si l'on compare la flore de nourrissons nourris au lait maternel et au lait artificiel au 5^e jour de vie, on constate que celle des premiers comporte surtout des germes anaérobies stables avec une dominance du genre *Bifidobacterium*, tandis que celle du deuxième groupe est bien plus hétérogène et fluctuante, avec une plus grande variété de genres qui sont souvent plus pathogènes.

Précisons que le moindre intermédiaire entre le sein de la mère et le tube digestif de l'enfant (recueil dans un récipient, méthodes de conservation, pasteurisation etc.) altère ces défenses immunitaires naturelles. Il faut donc, dans la mesure du possible, le manipuler le moins possible si l'on veut préserver au maximum ces éléments de défense.

C. Prévention de l'allergie

L'allergie alimentaire est une pathologie fréquente dans la petite enfance, dont on sait qu'elle est une période critique au cours de laquelle il y a un plus grand risque de sensibilisation à un allergène rencontré.

L'efficacité de l'allaitement maternel dans la prévention de ces allergies est sujette à débat. Plusieurs études ont été menées pour tenter d'éclaircir ce point mais leurs résultats ne font qu'accentuer la controverse.

Ainsi une analyse portant sur des enfants à risque allergique (parent ou fratrie allergique) allaités pendant au moins 3 mois a montré une diminution du risque de dermatite atopique. Mais rien n'a été conclu concernant les enfants non à risques d'allergie. *Gdalevich M, Mimouni D, David M, Mimouni M (a). Breast-feeding and the onset of atopic dermatitis in childhood: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. J Am Acad Dermatol 2001; 45 : 520-527*

On a également démontré une efficacité sur la prévention de l'asthme chez des petits allaités exclusivement au sein pendant au moins trois mois, mais toujours s'ils sont déjà à risque d'allergie. *Gdalevich M, Mimouni D, Mimouni M (b). Breast-feeding and the risk of bronchial asthma in childhood: a systematic review with meta-analysis of prospective studies. J Pediatr 2001; 139 : 261-266*

D'autres études longitudinales confirment ces données, notamment celle qui en 2001 a évalué l'impact de l'allaitement maternel exclusif et prolongé sur le risque d'asthme et d'allergie chez des enfants de 6 ans et demi. Elle a également mis en lumière une plus grande fréquence de sensibilisation (évaluée via des prick tests) dans le groupe allaité, pour quatre allergènes sur cinq. Elle conclue néanmoins que le bénéfice sur le long terme est loin d'être évident. *Kramer MS, Matush L, Vanilovich I, Platt R, Bogdanovich N, Sevkovskaya Z et al. Effect of prolonged and exclusive breast-feeding on risk of allergy and asthma : cluster randomised trial. BMJ. 2007, 335*

Une autre étude publiée en 2010 a montré que l'allaitement exclusif pendant 4 mois ou plus semble diminuer le risque d'asthme jusqu'à l'âge de 8 ans, mais aurait aussi des effets positifs sur la fonction pulmonaire. *Kull I, Melen E, Alm J, Hallberg J, Svartengren M, Van Hage M, et al. Breast-feeding in relation to asthma, lung function, and sensitization in young schoolchildren. Journal of allergy and clinical immunology. 2010, Vol. 125, 5, 1013- 1019.*

Cependant certaines études vont jusqu'à conclure à un effet délétère du lait maternel sur la prévention des allergies. Prenons pour exemple une étude néozélandaise de 2002 qui montre une augmentation du risque d'allergie au chat, aux graminées et aux acariens. *Sears MR, Greene JM, Willan AR, et al. Long-term relation between breastfeeding and development of atopy and asthma in children and young adults: a longitudinal study. Lancet 2002 ; 360 : 901-907.*

Malgré ces résultats très discutés, l'allaitement maternel est recommandé en première intention chez les nourrissons à risque d'allergie en France par la SFP (Société Française de Pédiatrie). *Turck D Allaitement maternel, Epidémiologie et impact sur la santé publique. Journées nationales de pédiatrie Progrès en pédiatrie. 2004 : p103-117*) et dans toute l'Europe par l'ESPGHAN (European Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition), mais sous réserve qu'il soit prolongé au moins quatre mois et idéalement plus de six mois.

D. Diminution de l'incidence de pathologies chroniques et aiguës

Il est difficile de mettre en évidence un effet préventif de l'allaitement maternel sur certaines maladies survenant sur le long terme.

1. Prévention de l'obésité

L'obésité est un des plus graves problèmes de santé publique des sociétés modernes. Ses graves conséquences sur la santé ne sont plus à démontrer.

Le potentiel effet préventif de l'allaitement maternel sur la survenue d'obésité est sujet à controverse. Cependant plusieurs études montrent une diminution de la prévalence de l'obésité chez les enfants allaités au sein. La première fut menée en Bavière en 1999 chez des enfants de 6 ans. Von Kruis R, Koletzko B, Sauerwald T, et al. *Breastfeeding and obesity : cross sectional study*. *BMJ* 1999 ; 319 : 147-150

D'autres études récentes montrent des résultats semblables :

Auteur Pays	Type d'étude	Age à l'évaluation	Nombre de sujets	Critère d'allaitement au sein	Résultats (Odds ratio)
Von Kries R, 1999 Allemagne	Rétrospective	5-6 ans	9 357	Allaitement exclusif < 2 mois, 3-5 mois, 6-12 mois, > 12 mois	Surpoids : 0,79 Obésité : 0,75 Dose-dépendant
Hediger ML, 2000 Etats-Unis	Rétrospective « NHANES 3 »	8-11 mois 5 ans	7 763	Allaitement exclusif 4 mois	8-11 mois : - 200 g > 11 mois : non significatif
Ravelli, 2000 Pays-Bas	Rétrospective « Dutch Famine »	48-53 ans	625	Allaitement à 10 jours de vie	Non significatif pour l'IMC
Gillman MW, 2001 Etats-Unis	Rétrospective « Growing up today study »	9-14 ans	15 341	Allaitement < 3mois contre > 7 mois	Surpoids : 0,80
J. Armstrong J, 2002 Ecosse	Rétrospective	39-42 mois	32 200	Allaitement exclusif à 6-8 semaines	Obésité : 0,70
Li, 2003 Grande-Bretagne	Rétrospective	8 ans	2 631	Allaitement au sein < 1 semaine, 1 semaine-1 mois, 2-3 mois, 4-6 mois, 7-9 mois, > 9 mois	Non significatif
Toschke AM, 2002 Rép. Tchèque	Rétrospective	6-14 ans	33 768	Allaitement exclusif	Surpoids : 0,80
Bergmann KE, 2003 Allemagne	Prospective	6 ans	1 314	Allaitement exclusif > 2 mois	Surpoids : 0,58
Victoria, 2003 Brésil	Prospective	18 ans	2 000	Allaitement prédominant 3 à 5 mois contre autres durées (> 1 mois - > 12 mois)	Surpoids : 0,42 Obésité : 0,38
Parsons, 2003 Grande-Bretagne	Rétrospective	16 ans 33 ans	12 857	Allaitement seul	Non significatif après ajustement des facteurs de confusion
Zadik, 2003 Israël	Prospective	18 ans	961	Allaitement exclusif	Non significatif
Grummer LM, 2004 Etats-Unis	Prospective CDC*	5 ans	189 891	Allaitement au sein contre biberon exclusif pendant 6 à 12 mois > 12 mois contre jamais	Surpoids dans la seule population hispanique : 0,70 0,49

* CDC : Center for Disease Control, Atlanta, Georgia, USA

Tableau 3 : Principales études épidémiologiques consacrées à l'effet de l'allaitement maternel sur le risque de surpoids et d'obésité

En moyenne, il a été constaté une diminution du risque d'obésité de 20 à 25% pendant l'enfance et l'adolescence si l'allaitement dure 6 mois, et de 35 à 40% s'il est poursuivi jusqu'à 12 mois. *Marie Thirion, Les conséquences à plus ou moins long terme des allaitements mal adaptés. Dans L'art de nourrir les bébés. Albin Michel. 2007*

Il est difficile de mettre en évidence les mécanismes impliqués dans ce constat, cependant plusieurs hypothèses sont évoquées :

Tout d'abord, la croissance staturopondérale des enfants nourris au sein semble plus lente que celle de ceux recevant des substituts lactés, ce qui fut validé par plusieurs études, la différence apparaissant dès le 2^e trimestre. *Kramer MS, Guo T, Platt RW, Shapiro S, Collet JP, Chalmers B, et al. Breastfeeding and infant growth : biology or bias ? Pediatrics 2002, 110, 343-347*

De plus, la composition unique du lait maternel semble jouer en sa faveur en ce qui concerne la prévention de l'obésité. Il contient peu de protéines, contrairement au lait de vache. L'apport trop important en protéines et en lipides inadaptés au système enzymatique du nouveau-né de ce dernier pourrait surcharger le foie et les reins, les déchets se stockant alors dans les tissus graisseux.

En outre un excès de protéines favorise l'augmentation du taux de facteurs de croissance qui participent à la multiplication des adipocytes.

On sait également que les nourrissons allaités au sein régulent mieux les quantités ingérées qu'avec un biberon. Il est aussi plus ouvert aux variations de goût et d'odeur du lait maternel et saurait donc mieux apprécier plus tard les aliments nouveaux, ce qui favoriserait la diversification alimentaire.

Le rôle des substances bioactives du lait a également été évoqué. Ainsi, les enfants nourris au lait artificiel semblent se démarquer par une insulïnémie plus élevée, ce qui stimulerait le développement des adipocytes, et l'adipogénèse. *Lucas A, Boyes S, Bloom SR, Aynsley-Green A. Metabolic and endocrine responses to a milk feed in six-day-old term infants : differences between breast and cow's milk formula feeding. Acta Paediatr Scand 1981 ; 70 : 195-200.*

2. Prévention du diabète de type I

Le diabète de type I est une maladie chronique survenant principalement chez les enfants et les jeunes adultes. Il touche environ 3 millions de personnes en France (bien que ce chiffre soit probablement sous-estimé car la maladie étant silencieuse dans un premier temps, beaucoup de sujets sont touchés sans le savoir). *Kusnik-Joinville O, Weill A, Salavane B et al. Diabète traité : quelles évolutions entre 2000 et 2005 ? Pratique et organisation des soins. 2007 ; 38 : 1-12.*

Cette pathologie présente un caractère auto-immun puisqu'on observe un désordre de l'immunité avec développement d'auto-anticorps dirigés contre les cellules β des îlots de Langerhans du pancréas. Ses complications représentent un enjeu majeur de santé publique.

Le rôle protecteur de l'allaitement maternel vis-à-vis du diabète de type I est très controversé. On sait qu'il existe différents facteurs génétiques de prédisposition, mais il semble que certains facteurs environnementaux aient aussi une influence sur le risque de développer la maladie.

Une étude prospective multicentrique et multinationale nommée TRIGR (Trial to reduce type I diabetes in the Genetically at Risk) a été lancée en 2002. 2160 nourrissons génétiquement à haut risque de développer cette pathologie, issus de 15 pays différents, et dont les mères ne souhaitent pas allaiter, recevaient soit un lait à base d'hydrolysats de caséine, soit une préparation pour nourrisson « classique ». Ces enfants sont ensuite suivis pendant 10 ans.

Paronen J, Knip M, Savilathi E, et al. Effects of cow's milk exposure and maternal type I diabetes on cellular and humoral immunization to dietary insulin in infants at a genetic risk for type I diabetes. Diabetes 2000 ; 49 : 1657-1665

Les dernières inclusions remontant à 2007, on ne pourra accéder aux résultats finals qu'en 2017. Mais d'ores et déjà les résultats préliminaires semblent indiquer une diminution de l'initiation de la maladie chez les nourrissons recevant la formule hydrolysée.

The Finnish TRIGR Study Group: Dietary Intervention in Infancy and Later Signs of BetaCell Autoimmunity. N Engl J Med 363:1900-1908, 2010, November 11, 2010

Bien que plusieurs hypothèses aient été énoncées, on ne connaît pas encore les mécanismes reliant le type d'alimentation du bébé au risque de survenue du diabète de type I.

Cependant, il faut garder à l'esprit que cette étude a été menée sur des nourrissons à forte prédisposition génétique, les résultats ne peuvent donc pas être étendus à la population générale.

Notons que depuis 1994, l'American Academy of Pediatrics recommande l'allaitement maternel pour les fratries comprenant déjà un enfant atteint de diabète de type I.

Drash AI, Kramer MS, Swanson J, Udall JN, Jr. Work Group on Cow's Milk Protein and Diabetes Mellitus. American Academy of Pediatrics. Infant feeding practices and their possible relationship to the etiology of diabetes mellitus. Pediatrics 1994 ; 94 : 752-754

3. Prévention d'autres pathologies

Ici encore, il y a matière à débat, puisque le pouvoir du lait maternel de prévention du risque des maladies chroniques citées ci-dessous n'est pas encore démontré de façon certaine.

Tout d'abord, l'allaitement maternel serait bon pour la santé du tube digestif de l'enfant. Ainsi, il préviendrait l'apparition et ralentirait l'évolution de la maladie cœliaque. *Greco L et al, Case-controlled study on nutritional risk factors in celiac disease", J Pediatr Gastroenterol Nutr 1988 ; 7 : 395-99* Il protégerait également des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (MICI) que sont la maladie de Crohn et la rectocolite hémorragique. *Koletzko S et al, "Role of infant feeding practices in development of Crohn's disease in childhood", Br Med J 1989 ; 298 : 1617-18*

En outre, plusieurs études sont sorties concernant un éventuel lien entre l'allaitement maternel et le risque de développement d'un cancer chez l'enfant et à l'âge adulte. Citons par exemple celle montrant une diminution du risque de développer un lymphome avant l'âge de 15 ans chez les nourrissons recevant du lait maternel. *Shu X O, Clemens J, Zheng W et al, "Infant breastfeeding and the risk of childhood lymphoma and leukaemia", Int J Epidemiol 1995 ; 24 : 27-32.*

D'autres études sont indispensables pour clarifier le rôle de l'allaitement maternel dans la prévention et l'évolution de ces maladies.

En revanche, en ce qui concerne les infections de la sphère ORL (rhinites, rhinopharyngites, otites) et respiratoires, il est prouvé que l'allaitement maternel a un effet protecteur et diminue leur gravité si elles se déclarent. Par exemple, en 2013, une étude mis en évidence un lien entre courte durée d'allaitement et récurrence d'otites moyennes aiguës chez 340 enfants. *Salah M, Abdel-Aziz M, Al-Farok A, Jebrini A, « Recurrent acute otitis media in infants: analysis of risk factors », International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, 2013, 77(10) : 1665-9*

Remarquons cependant que dans tous les cas, l'intérêt de l'allaitement maternel n'est reconnu que s'il est poursuivi pendant au moins 6 mois.

E. Allaitement et pollution

Depuis les années 90, la contamination du lait maternel par des polluants tels que les PCB (polychlorobiphényles), les dioxines ou PCDD (polychloro-dibenzo-para-dioxine) et les PCDF (polychloro-dibenzofuranes) est sujette à polémique.

1. Les dioxines : des polluants dangereux

Récemment, c'est la famille des dioxines qui est entrée dans le collimateur des médias, suscitant de nombreuses réactions.

Elle fait d'ailleurs régulièrement la une des journaux : Le Progrès titrait d'ailleurs en 1998 « Dioxines, le lait maternel dénoncé » ; et l'on trouvait la même année dans Elle un article intitulé « Dioxines, faut-il arrêter l'allaitement ».

i. Généralités

Les dioxines sont principalement issues des processus industriels (notamment les incinérateurs de déchets ménagers qui en rejettent dans l'air à l'issue de combustions incomplètes) mais peuvent être également produites lors de phénomènes naturels comme les éruptions volcaniques ou des incendies de forêts.

Il s'agit de substances persistantes dans l'environnement qui s'accumulent dans l'organisme de par leur forte stabilité chimique et leur très bonne absorption dans les tissus adipeux où elles sont stockées. La principale voie d'exposition pour l'Homme est alimentaire (surtout par la viande, les produits laitiers, les poissons et les fruits de mer). De plus l'environnement (herbe, sol) et les productions agricoles environnantes les usines d'incinération d'ordures ménagères sont particulièrement contaminés.

C'est un toxique cumulatif dont le taux dans l'organisme diminue avec la corpulence (probablement par dilution dans les graisses) mais augmente avec l'âge (d'où les préoccupations actuelles du fait que les femmes ont des enfants et potentiellement allaitent de plus en plus tard).

La $\frac{1}{2}$ vie de ces composés est en moyenne de 7 à 11 ans pour un adulte, et 4 mois pour un nouveau-né.

Il existe plus de 400 produits apparentés à la dioxine, mais la tétrachloro-2, 3, 7,8 dibenzo-para-dioxine ou TCDD est la plus toxique.

Les conséquences d'une exposition à cette dernière sont potentiellement très graves pour l'homme, avec :

- Une action cancérigène très probable à long terme
- Un effet sur la reproduction avec diminution de la fécondité et augmentation de la stérilité, des avortements spontanés et des malformations fœtales
- Une hépatotoxicité avec augmentation des enzymes hépatiques
- Des effets négatifs sur les systèmes nerveux central et périphérique, et le système cardiovasculaire.
- Une diminution des défenses immunitaires.

Ainsi, par exemple, on a pu observer au Japon et à Taiwan dans les années 60-70 qu'une concentration accidentellement élevée de ces polluants dans l'huile de riz avait entraîné des éruptions cutanées (chloracné), maux de tête, nausées et diarrhées chez l'adulte ; mais aussi des effets sur les nouveau-nés avec une augmentation du nombre de bébés de petits poids de naissance, une pigmentation noire de leur peau, et de plus fréquentes jaunisses et conjonctivites.

L'OMS a fixé en 1998 des doses journalières admissibles en évaluant chez l'animal les taux correspondant à un risque pour sa santé, et en transposant ensuite ces valeurs chez l'homme : une limite d'exposition humaine quotidienne a ainsi pu être définie :

Effet	Espèce	Charge corporelle en TCDD (ng/kg)	Exposition humaine quotidienne correspondant à cette charge corporelle ou TEQ* (pg/kg/jour)
Effets sur le développement	Macaque Rhésus	42	24
Toxicité sur les fonctions reproductives	Rat mâle	28	14
Toxicité sur les fonctions reproductives	Rat femelle	73	37
Immunotoxicité	Rat	50	25
Endométriose	Macaque Rhésus	42	21

Tableau 4 : Exposition pour l'homme aux TCDD correspondant à certains effets observés chez l'animal

Assessment of the health risk of dioxins : re-evaluation of the Tolerable Daily Intake (TDI), OMS, mai 1998

* TEQ signifie quantité équivalente toxique

Ainsi, en retenant un facteur d'incertitude de 10, l'OMS a défini une dose journalière admissible comprise entre 1 et 4 pgTEQ/kg/jour.

Attention, cette limite est calculée sur la base d'une absorption quotidienne durant toute une vie, il ne s'agit donc pas de dose maximale ponctuelle.

ii. Cas de contamination aux dioxines

Plusieurs accidents ont été recensés en Europe. En Irlande, en 2008, la détection de quantités jusqu'à 200 fois supérieures à la limite de sécurité dans des échantillons de porc a entraîné un rappel colossal de viande. L'origine était l'alimentation contaminée des animaux.

En 1999 en Belgique, un cas similaire de concentrations élevées de polluants dans la viande de volaille et les œufs provenait cette fois-ci d'aliments pour animaux contaminés par une huile industrielle usagée contenant des PCB et éliminée illégalement.

Il est une affaire plus unique qui fit grand bruit en 2004 : celle de Viktor Ioutchenko, qui à l'époque de sa candidature à l'élection présidentielle d'Ukraine, a subi un épisode de chloracné suite à un empoisonnement à la TCDD. Il s'agit d'une forme rare d'acné causée par une exposition à des agents chlorés telles que les dioxines, avec des modifications parfois spectaculaires de la peau : comédons, kystes, pustules qui peuvent transformer un visage.

Mais le cas de contamination le plus connu en France est probablement celui de l'usine d'incinération d'ordures ménagères (UIOM) de Gilly-sur-Isère, près d'Albertville en Savoie, qui a fermé en Octobre 2001 suite à des mesures relevant de grandes quantités de dioxines rejetées dans l'atmosphère.

Des centaines d'exploitations aux alentours ont dû abattre tout leur bétail, et les populations ont manifesté des fortes inquiétudes à propos des effets de cette pollution sur leur santé.

2. Dioxines et lait maternel

Le lait maternel, riche en graisses, est la seule porte de sortie de l'organisme pour des polluants tels que les dioxines. L'enfant peut ainsi être contaminé s'il est allaité, mais aussi par passage transplacentaire avant sa naissance.

Les premières semaines d'allaitement, la mère va ainsi déstocker des composés qui jusque-là s'étaient accumulés dans ses tissus adipeux. Le bébé recevra alors des quantités journalières de dioxines plus importantes que celles absorbées par sa maman, puisqu'elle évacue une partie importante des polluants stockés depuis plusieurs années.

Le Dr Rogan, spécialiste américain de la pollution, a étudié dans les années 90 les taux de tels polluants dans le lait maternel et leurs conséquences sur la santé des enfants allaités. Son travail confirme bien que ces composés - bien qu'interdits dans certains pays depuis plusieurs années - se retrouvent dans le lait de pratiquement toutes les femmes dans le monde entier.

Rogan WJ and Gladen BC, "Neurotoxicology of PCBs and related compounds", Neurotoxicology 1992 ; 13 : 27-36

Dans les années 1998 et 1999, l'InVS et le CAREPS (Centre Rhône-Alpes d'Epidémiologie et de Prévention Sanitaire) ont travaillé à partir d'un corpus de 224 femmes réparties sur tout le territoire français, pour évaluer les taux de dioxines présents dans leur lait maternel. Pour ce faire, ils ont utilisé des dosages individuels afin d'évaluer l'influence de facteurs individuels liés à l'urbanisation et l'alimentation.

La teneur moyenne en PCDD et PCDF était alors de 16.47 pgTEQ /g de matière grasse.

Cette étude fut incluse en 2000 dans une plus large recherche menée par l'AFSSA (Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments) concernant la consommation par ingestion d'aliments contenant des dioxines. On trouve effectivement un taux de dioxines plus haut dans le lait maternel que dans les substituts et autres aliments de la petite enfance, et donc une exposition plus forte pour les bébés allaités.

Taux moyen en dioxines (pgTEQ/g de matière grasse)	
Laits infantiles	0.46
Lait maternel (étude de l'InVS)	16.47
Petits pots légumes/viande	0.88
Céréales	0.82

Tableau 5 : Taux moyen en dioxines des aliments spécifiques de la petite enfance

AFSSA, « Dioxines : données de contamination et d'exposition de la population Française », Juin 2000

Pour comparaison, le lait de vache entier et demi-écrémé a un taux de 0,65 pgTEQ/g de matière grasse, et les crustacés et coquillages ont les taux les plus élevés (plus de 50 pgTEQ/g de matière grasse).

Il a alors été possible de comparer l'exposition théorique de bébés aux dioxines selon leur mode d'alimentation :

Age de l'enfant	Exposition si alimentés au lait maternel (pgTEQ/kg/jour)	Exposition si alimentés au lait infantile (pgTEQ/kg/jour)
1-3 mois	83.64	2.11
7 mois	27.53	1.60
13-18 mois	3.16	2.50

Tableau 6 : Calcul de l'exposition des bébés aux dioxines selon l'âge et leur mode d'alimentation d'après l'AFSSA

AFSSA, « Dioxines : données de contamination et d'exposition de la population Française », Juin 2000

Lorsqu'on constate des taux parfois très élevés de dioxines dans le lait maternel, et en sachant qu'il est parfois la seule source d'alimentation du bébé pendant plusieurs mois, les inquiétudes sur les éventuels effets toxiques à court et à long terme sur l'enfant paraissent tout à fait légitimes.

Il faut dire que certaines études ne sont pas rassurantes :

Aux Pays-Bas, lors d'une étude sur 418 nourrissons, un lien positif a été montré entre une exposition élevée aux dioxines une atteinte du développement mental de l'enfant (augmentation de l'hypotonie, effets neurotoxiques), ainsi qu'une diminution de la teneur en TSH (thyroid stimulating hormone)

Huisman M and al, Perinatal exposure to polychlorinated biphenyls and dioxins and its effect on neonatal neurological development, Early Hum Devl, 1995 Avr 14;41(2) : 111-27

Par ailleurs, une étude japonaise a quant à elle trouvé une diminution du nombre de lymphocytes proportionnelle à la concentration en dioxines du lait maternel chez des nourrissons allaités. *Nagayama J et al, Postnatal exposure to chlorinated dioxins and related chemicals on lymphocyte subsets in Japanese, Chemosphere, 1998, 37 (9-12) : 1781-7*

Si bien que dans nos pays développés, où des substituts au lait maternel sont facilement accessibles et couramment consommés, les familles mais aussi certains professionnels de santé en viennent à se demander si l'arrêt de l'allaitement maternel ne serait pas préférable dans certains cas : « faut-il ou ne faut-il pas allaiter, quand le lait maternel est susceptible de contenir des toxiques ? »

Cependant, il faut savoir que la grande majorité des études sur le sujet, même celles qui montrent une influence négative des dioxines du lait maternel sur la santé du bébé, en arrivent à la même conclusion : lorsqu'on considère la balance bénéfique/risque dans sa globalité, elle est toujours en faveur de l'allaitement maternel.

Ainsi, le Dr Rogan dont nous parlions plus haut a estimé que la baisse moyenne de l'espérance de vie chez des personnes qui ont été allaitées et exposées à différents toxiques via le lait maternel est très inférieure à celle des personnes n'ayant pas été allaitées. Après de multiples études sur le sujet, il a conclu que le lait maternel, même pollué, restait la meilleure alimentation pour la santé et le bon développement du bébé. *Rogan WJ and Gladen BC, "Breastfeeding and cognitive development", Early Human Dev 1993 ; 31 : 181-93*

De plus, l'étude des Pays-Bas sur 418 bébés citée plus haut concluait que malgré une exposition plus importante chez des enfants allaités par rapport aux non allaités, l'allaitement a un effet bénéfique sur le développement psychomoteur. Nous verrons plus bas que de nombreuses études ont également prouvé que le lait maternel permettait un meilleur développement cognitif que le lait artificiel, et que cet effet est proportionnel à l'allaitement. Ces études ont été menées dans des pays industrialisés, donc pollués notamment par les dioxines.

Par ailleurs, l'InVS et l'AFSSA ont établi qu'un dépassement ponctuel de la limite journalière n'implique pas nécessairement des effets sanitaires chez le nourrisson.

En fait, ces effets sont difficilement quantifiables, et sont toujours contrebalancés par les bénéfices indéniables du lait maternel sur la santé et le développement de l'enfant.

Car il ne faut pas oublier que les aliments de substitution n'égalent pas le lait maternel sur de nombreux points importants :

- Ils ne contiennent pas les nombreux composés du lait maternel qui stimulent le système immunitaire
- Ils ne s'adaptent pas aux besoins fluctuants du bébé
- Ils n'ont pas le caractère protecteur du lait maternel sur les infections courantes du nouveau-né, le diabète, l'obésité et les allergies

A Albertville, les inquiétudes de la population relatives aux effets de l'incinérateur sur sa santé, et plus particulièrement sur la survenue de cancers, ont conduit à lancer en 2002 quatre études sur la zone exposée, portant sur :

- Les risques sanitaires
- La concentration de polluants dans le lait maternel
- La mortalité par cancers
- La survenue de cancers

La pollution du lait maternel a soulevé de grandes craintes chez ces femmes, comme en témoignent ces paroles d'une mère dont on venait de mesurer une concentration de 15 pg TEQ/g de matière grasse dans son lait à la 32^{ème} semaine d'allaitement : « Lorsqu'on sait que le taux de dioxine est le plus fort en début d'allaitement et qu'il diminue d'environ 12% par mois, j'ai dû atteindre 30 pg. Le lait de vache est retiré à partir de 5 pg. Et le nôtre ? A partir de quand faut-il cesser de le donner à notre gamin ? ». *Alertes à la dioxine autour des incinérateurs. Le Monde. 11 Avril 2002. 16*

Aucune différence significative concernant la moyenne de l'imprégnation en dioxines et PCB n'a été observée entre les riverains de l'UIOM et les témoins. Il n'a pas pu être démontré de lien entre la proximité de l'incinérateur et la survenue de cancers, la mortalité par cancer. La fermeture de l'incinérateur était nécessaire pour réduire l'exposition de la population, mais les expositions aux polluants lors du fonctionnement de l'incinérateur ne sont pas susceptibles d'être actuellement à l'origine d'effets sur la santé.

Enfin, l'étude n'a pas montré d'influence de l'UIOM sur la concentration en dioxines du lait maternel des mères vivant à proximité, celle-ci était même inférieure à la moyenne nationale sur la période 1998-1999.

Après avoir pris en considération les dernières connaissances disponibles à propos de l'exposition à ces toxiques, l'OMS continue de recommander l'allaitement exclusif pendant 6 mois minimum, même en cas de présence de polluants dans le lait maternel. L'AFSSA, l'InVS, WABA, Greenpeace et WWF la suivent sur ce point.

Ces organisations insistent par ailleurs sur l'importance de mettre en œuvre toutes les actions possibles pour diminuer l'émission de ces polluants, ce qui minimiserait le risque de pollution du lait maternel.

Ces dernières années, des mesures contre l'emploi de ces produits polluants ont été prises dans plusieurs pays, en limitant et contrôlant les rejets dans l'environnement, et en établissant des concentrations limites dans les aliments. Ceci a permis la diminution des taux lactés de dioxine qui sont passés en France de 30 à 50 % au cours de la période 1988 à 1993.

De plus, en 2012, l'EFSA (Agence Européenne de Sécurité Alimentaire) a conclu à une baisse générale de l'exposition alimentaire pour la période 2008-2010 par rapport à 2002-2004, allant de 16 à 79% pour la population générale.

Cependant, des efforts importants restent à faire en France, similaires à ceux qui ont été faits en Allemagne et aux Pays-Bas par exemple, pour lutter contre ce type de pollution.

Quelques conseils simples peuvent être appliqués pour minimiser le risque de pollution du lait maternel aux dioxines :

- Limiter la consommation de produits laitiers qui sont riches en graisses
- Limiter la consommation de viande, et préférer les viandes maigres, pour les mêmes raisons.
- Eviter les poissons de rivière ou de mer qui sont en bout de chaîne alimentaire, (comme le thon) et sont donc les plus susceptibles d'être pollués par les PCB et le mercure.
- Fuir la proximité des décharges et usines d'incinération des déchets, et les produits cultivés à proximité de tels lieux. L'incinération concentre tous les polluants, qui se retrouvent dans l'air ambiant.

2) Bénéfices pour la croissance et le développement psychomoteur de l'enfant

A. Développement staturopondéral

1. La croissance de l'enfant au sein

Comme nous l'avons vu, le lait maternel est parfaitement adapté aux besoins en nutriments de l'enfant, tant sur le plan qualitatif que quantitatif, ce qui favorise une croissance optimale. Rappelons que l'OMS recommande l'allaitement exclusif pendant au moins 6 mois pour permettre une croissance et un développement idéaux.

Ceci est d'autant plus important que c'est au cours des 6 premiers mois que la croissance est la plus rapide de toute l'enfance. *Salle, B. L'alimentation du nouveau-né et du nourrisson. s.l. : Bull. Acad. Natle Méd, 2009. Tome 193, No 2, p 431-446*

De plus, il existe une perte de poids physiologique dans les premiers jours suivant la naissance, qui peut être limitée par la mise en place d'un allaitement à la demande le plus tôt possible, afin de mettre à la disposition du bébé le colostrum dont la richesse est particulièrement adéquate à cette période. *(Allaitement maternel – Mise en œuvre et poursuite les 6 premiers mois de vie de l'enfant – Recommandations ANAES, Mai 2002).*

La délivrance de petites quantités de colostrum permettra également de respecter la faible capacité de l'estomac du bébé à la naissance.

En 2006 l'OMS a publié des nouvelles normes de croissance résultant d'une étude menée entre 1997 et 2003 (MGRS = Multicentre Growth Reference Study), qui ont été adoptées par 93 pays. http://www.who.int/childgrowth/standards/Technical_report.pdf?ua=1

Les critères de sélection incluaient l'absence de maladie et de difficulté socioéconomique, le souhait de la mère d'allaiter pendant au moins 1 an, et l'absence de tabagisme maternel.

L'étude n'a pas conclu à une différence significative selon les pays d'origine, puisqu'un enfant allaité, nourri correctement et élevé dans des conditions optimales suit sensiblement la même courbe de poids quel que soit son pays d'origine.

Malheureusement, en France on utilise toujours les mêmes courbes de croissance depuis 1979, que l'on retrouve dans le carnet de santé, et qui furent établies à partir d'une majorité d'enfants nourris par des préparations lactées industrielles.

Il est prouvé que la croissance staturopondérale des enfants allaités est plus lente que celle de ceux nourris par des substituts. *Kramer MS, Guo T, Platt RW, Shapiro S, Collet JP, Chalmers B, et al. Breastfeeding and infant growth : biology or bias ? Pediatrics 2002, 110, 343-347*

Au premier trimestre, la croissance des enfants allaités est plus rapide. *Kramer MS, Guo T, Platt RW, et al. Breastfeeding and infant growth: biology or bias? Pediatrics 2002 ; 110 : 343-347*

Puis, à partir de 4-6 mois on note un léger ralentissement de la croissance, qui réapparaît vers 6-8 mois, aboutissant à un différentiel de poids de près de 600g à 1 an. Cette différence pourrait être liée au fait qu'ils stabilisent d'eux même leur consommation énergétique, adaptant ainsi leur consommation à leurs besoins.

Cependant ces différences de vitesse de croissance s'estompent complètement dans les mois suivants. *Hediger ML, Overpeck MD, Ruan WJ, Troendle JF. Early infant feeding and growth status of US-born infants and children aged 4-71 months: analyses from the third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988-1994. Am J Clin Nutr 2000 ; 72 : 159-167*

Une étude Brésilienne a évalué la croissance de nourrissons allaités exclusivement au sein pendant les 6 premiers mois. Ces enfants ont pris en moyenne 26.12 g par jour et ont tous doublé leur poids de naissance à 4 mois. On constate également une baisse de la croissance du poids et de la taille entre 4 et 6 mois (d'environ 50%). On a donc une croissance plus importante que celle des courbes standards pendant les 4 premiers mois, qui connaît ensuite un ralentissement tout en restant très bonne. L'allaitement maternel exclusif pendant 6 mois a donc permis une croissance optimale chez ces enfants. *Growth of exclusively breastfed infants in the first 6 months of life. RFSV Marques, FA Lopez, JAP Braga. J Pediatr 2004 ; 80(2) : 99-105*

2. Développement maxillo- et crânio-facial

L'allaitement joue également un rôle important dans le développement des structures faciales.

Ainsi, les différences fonctionnelles entre la prise du sein et de la tétine peuvent avoir un impact sur la croissance des muscles faciaux et des mâchoires. Il peut arriver qu'un orthodontiste conseille la tétée au sein prolongée pour prévenir certaines dysmorphies. *Raymond J-L, Bacon W, Influence de l'allaitement sur le développement maxillo-facial, Orthod Fr Volume 77, Numéro 1, Mars 2006 .78^e réunion scientifique de la S.F.O.D.F. Traitements orthodontiques précoces : les résultats justifient-ils les efforts consentis ? (1^{re} partie)*

De plus, la modification du mouvement naturel de succion avec la tétine peut engendrer des troubles de la déglutition, ce qui peut à long terme favoriser des malocclusions. *Labbok MH and Hendershot GE, "Does breastfeeding protect against malocclusion ? An analysis of the 1981 Child Health Supplement to the National Health Interview Survey", Am J Prev Med 1987 ; 3 : 4 Par contre, la pression exercée par le sein est idéale pour la croissance des gencives et pour une bonne implantation des dents. The influence of breastfeeding on the development of the oral cavity : a commentary. B Palmer. JHL 1998 ; 14(2) : 93-98*

B. Développements cognitif et sensoriel

De nombreuses études ont étudié le lien entre l'allaitement maternel et la qualité du développement cognitif du jeune enfant.

Citons tout d'abord une étude Australienne menée en 2003 sur une cohorte de 2393 enfants. Elle utilisait le « Peabody Picture Vocabulary Test » pour évaluer leur QI verbal à 6 ans, ainsi qu'un « performance subtest » pour estimer leurs capacités visuelles à 8 ans.

Oddy W. et al. Breast feeding and cognitive development in childhood: a prospective birth cohort study. Paediatric and Perinatal Epidemiology, 17: 81-90.2003

En 2008, Kramer et ses associés montent un grand essai évaluant le lien entre l'allaitement maternel et les capacités cognitives de 13889 enfants de 6 ans et demi, par le biais du « Wechsler Abbreviated Scales of Intelligence » et de tests de lecture, d'écriture et de mathématiques.

Kramer MS, Aboud F, Mironova E, et al. Breastfeeding and Child Cognitive Development: New Evidence From a Large Randomized Trial. Arch Gen Psychiatry.2008;65(5):578-584. doi:10.1001/archpsyc.65.5.578.

De plus, en 2011, une étude espagnole étudie la relation entre le taux d'allaitement maternel et le développement mental à 14 mois en utilisant le « Bayley Scales of Infant Development ».

Guxens M et al. Breastfeeding, Long-Chain Polyunsaturated Fatty Acids in Colostrum, and Infant Mental Development. Pediatrics 2011;128:e880; originally published online September 19, 2011

Quels que soient la taille des échantillons, l'âge des sujets ou les outils d'évaluation utilisés, ces trois études concluent à des capacités cognitives supérieures chez les enfants allaités de manière exclusive, et ce d'autant plus que l'allaitement est prolongé. En outre elles montrent que ces résultats sont indépendants de facteurs de confusion qui pourraient intervenir tels que le sexe de l'enfant, l'âge et l'éducation de la mère, l'environnement psychosocial, ou un éventuel tabagisme.

C'est en 2013 que sont publiés les résultats de l'étude Française EDEN, une cohorte mère enfant ayant recruté 2002 femmes enceintes dans les maternités de Nancy et Poitiers entre 2003 et 2006. Elle s'est penchée sur la relation dose-réponse entre la consommation de lait maternel et le développement cognitif des enfants. Pour cela on évaluait les capacités de langage à 3 ans et le développement mental global à 3 ans, grâce au « Communicative Development Inventory » et aux « Ages and Stages Questionnaires ». Des scores supérieurs ont été constatés chez les enfants bénéficiant d'un allaitement exclusif par rapport à ceux recevant des substituts du lait maternel. On remarque également un lien positif entre la durée de l'allaitement maternel et les évaluations cognitives.

Enfin, des chercheurs de la Brown University se sont intéressés à une aire particulière du cerveau : la substance blanche, qu'ils ont observée par IRM chez 133 enfants âgés de 10 mois à 4 ans. Le but était de démontrer s'il existait des différences de développement du cerveau selon leur apport en lait maternel.

Il faut savoir que cette aire cérébrale est nommée ainsi car elle se compose de neurones entourés d'une gaine de myéline, qui les protège mais permet également la rapidité de transmission des signaux.

Publiés en 2013, les résultats mettent en évidence un lien entre l'allaitement maternel exclusif avec un plus fort développement de certaines zones de la substance blanche, associées notamment aux fonctions exécutives et sociales mais aussi au langage et aux émotions. De plus de meilleures performances dans ces domaines cognitifs ont été observées.

Il est donc admis de nos jours qu'un lien positif existe entre l'allaitement maternel et le développement du cerveau de l'enfant.

La composition en acides gras insaturés du lait maternel (surtout les acides linoléique et α linoléique) qui s'incorporent dans les phospholipides cérébraux, ainsi que la présence d'antioxydants (β carotène, vitamine E, inositol) en sont probablement les principaux responsables. *Micheline Beaudry, Sylvie Chiasson, Julie Lauzière, Latham Michael C. Biologie de l'allaitement [texte imprimé] : le sein, le lait, le geste. S.l. Presses de l'Université du Québec, 2006*

Il faut savoir qu'au cours de la première année, la partie du cerveau qui se développe le plus est le télencéphale, qui est majoritairement constitué de lipides, d'où l'importance des dits acides gras. *Lawrence, R.A. Lawrence et R.M. Breastfeeding : A guide for the Medical Profession, 6e éd. Philadelphie : Elsevier Mosby, 2005*

L'influence de la composition du lait maternel sur la maturation sensorielle de l'enfant a également été étudiée.

On sait que les sensibilités olfactives et gustatives se développent *in utero* dès la fin de la période embryonnaire, stimulées via le liquide amniotique. En effet, sa composition varie selon des facteurs environnementaux de la mère tels que son alimentation, sa consommation de tabac etc. Ces variations gustatives ont un rôle indéniable dans la maturation du goût et de l'odorat du fœtus. *De la Taille J-A. Ontogénie et organisation du sommeil. Revue du Praticien.1989 : 5-9*

Or, le liquide amniotique et le lait maternel sont tous deux des filtrats sanguins, ayant en commun dans leur composition certains groupes de molécules aromatiques.

Ainsi, après avoir reçu des informations sensorielles durant sa vie *in utero*, le bébé va recevoir après l'accouchement des informations similaires via le colostrum puis le lait maternel, et reconnaître son environnement familial.

Ajoutons qu'il est encore difficile d'analyser sur une génération entière l'influence de l'allaitement sur le développement cognitif, psychologique et sensoriel de l'enfant. En effet, comment faire la part des choses sur une si longue période entre ce qui est lié à l'alimentation et ce qui est influencé par les multiples facteurs environnementaux ?

II. Pour la mère

Tout comme son enfant, la mère retire de nombreux avantages de l'allaitement maternel.

1) Avantages pour la santé de la mère

A. Allaitement et cancer du sein

Il est admis que l'allaitement est un facteur protecteur du cancer du sein. Plusieurs études se sont intéressées au sujet. Cependant les mécanismes impliqués demeurent mal définis.

En 2002 fut lancée une ré-analyse de 47 études lancées dans 30 pays différents, portant sur un certain nombre de femmes souffrant d'un cancer du sein et prenant en compte l'allaitement et les facteurs de risque de cette pathologie. Les auteurs ont également tenu compte de facteurs pouvant influencer les résultats tel que le statut ménopausique, l'âge de ces femmes et leur âge lors de leur premier accouchement, leur origine ethnique.

Cette analyse a montré que, par comparaison avec les femmes témoin, les femmes atteintes d'un cancer du sein avaient eu moins d'accouchements, qu'elles étaient moins nombreuses à avoir allaité et que si elles l'avaient fait l'allaitement avait duré moins longtemps.

On atteignait une diminution du risque de cancer de 4.3% pour chaque année d'allaitement.

Ces résultats sont indépendants de tous les facteurs cités plus haut.

On pouvait alors estimer que l'incidence du cancer du sein dans les pays développés serait diminuée de 50% si les femmes avaient le même nombre d'accouchements et allaitaient pendant aussi longtemps que dans certains pays en voie de développement. L'allaitement maternel serait responsable des 2/3 de cette réduction. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. *Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50 302 women with breast cancer and 96 973 women without the disease.. Lancet 2002; 360: 187-95.*

Une étude tunisienne a examiné le lien entre allaitement maternel et risque de cancer du sein chez environ 800 personnes entre 2006 et 2009. Les résultats ont conclu à une baisse de risque de cancer chez les femmes ayant allaité pendant plus de deux ans par enfant. On aurait une diminution significative pour celles qui ont allaité au moins 109 mois dans leur vie. Ce constat serait vrai autant en pré- qu'en post-ménopause. Ces résultats confirment donc une association inverse entre allaitement maternel et cancer du sein. Msolly A. et al. *Breastfeeding reduces breast cancer risk: a case-control study in Tunisia. Cancer Causes and Control. 2010 Mar;21(3):393-7*

Mais la controverse demeure et certaines études ne concluent à aucun lien significatif. Ainsi le Journal of Women's Health publiait en 2008 un article expliquant qu'au vue des études disponibles on ne peut conclure à aucun consensus entre allaitement et cancer du sein, et que certains facteurs de confusion sont encore à explorer pour pouvoir expliquer de façon plus précise si l'allaitement maternel a un rôle protecteur, et si oui de quelle façon. Li Yang and Kathryn H. Jacobsen. *A Systematic Review of the Association between Breastfeeding and Breast Cancer. Journal of Women's Health. December 2008, 17(10): 1635-1645*

Différentes hypothèses concernant les mécanismes qui seraient impliqués dans ce rôle de protection ont été avancées, mais rien n'est véritablement prouvé pour l'instant.

La baisse du taux d'œstrogènes chez la femme allaitante, et la diminution du nombre de cycles ovulatoires joueraient un rôle important. Le lait aurait également un rôle de drainage en permettant l'excrétion de substances carcinogènes lipophiles grâce à sa forte teneur en lipides.

Freund C et al. Allaitement maternel et cancer du sein. Gynécologie Obstétrique et Fertilité. 2005, 33 (10) : 739-744

B. Allaitement et cancer des ovaires

Depuis les années 70, plusieurs études ont conclu à un effet protecteur de l'allaitement maternel sur le cancer ovarien. Ceci est d'autant plus vrai que la durée de l'allaitement est longue, et que le nombre d'enfants allaités par la mère est important. Restent encore à élucider les mécanismes physiologiques impliqués dans ce lien allaitement/ cancer des ovaires.

K.E. Brock et al., "Sexual, Reproductive and Contraceptive Risk Factors for Carcinoma-in-Situ for the Uterine Cervix in Sydney", Medical Journal of Australia, 160 (1989) : 125-130

Luan NN et al., « Breastfeeding and ovarian cancer risk: a meta-analysis of epidemiologic studies », American Journal of Nutrition, 2013, 98(4) : 1020-31

Su D et al., « Ovarian cancer risk is reduced by prolonged lactation: a case-control study in southern China », American Journal of Nutrition, 2013, 97(2) : 354-9.

C. Allaitement et cancer de l'endomètre

L'allaitement maternel aurait un effet préventif du cancer de l'endomètre. Certaines études démontrent un tel bénéfice, qui est encore largement discuté. Rosenblatt KA, Thomas DB, « Prolonged lactation and endometrial cancer. WHO Collaborative Study of Neoplasia and Steroid Contraceptives », *International Journal of Epidemiology*, 1995, 24(3) : 499-503. Newcomb PA, Trentham-Dietz A, « Breast feeding practices in relation to endometrial cancer risk, USA », *Cancer Causes Control*, 2000, 11(7) : 663-7

D. Diminution du risque d'ostéoporose

La relation entre grossesse, allaitement et densité osseuse est controversée.

En effet, on sait que durant l'allaitement se produit une décalcification osseuse, qui pourrait faire le lit d'une ostéoporose se déclenchant lors de la ménopause.

Des études ont même conclu que l'allaitement est un facteur de risque d'ostéoporose chez la femme pré- et post-ménopausée.

Okuy DO et al. « Prolonged breast-feeding is an independent risk factor for postmenopausal osteoporosis », Maturitas, 2013.

Tsvetov G et al., « Influence of number of deliveries and total breast-feeding time on bone mineral density in premenopausal and young postmenopausal women », Maturitas, 2013.

D'autres au contraire montrent que la densité osseuse revient à la normale après le sevrage, et que l'allaitement aurait même un effet bénéfique sur cette densité sur le long terme.

Sowers, Mary Fran et al., "Changes in Bone Density with Lactation", Journal of the American Medical Association, 1993 ; 269(24) : 3130-35

S.R. Cummings and J.L. Kelsey, "Epidemiologie of Osteoporosis and Osteoporotic Fractures", Epidemiologie Review, 7 (1986) : 178-203

E. Suites de couche facilitées

La sécrétion d'ocytocine lors de l'allaitement permet une meilleure involution de l'utérus. Il reprend donc plus rapidement sa forme et sa tonicité, ce qui diminue le risque d'infections et d'hémorragie *post-partum*. *Thirion M. L'allaitement : de la naissance au sevrage. Paris : Albin Michel ; 1999.*

De plus cette baisse du risque d'hémorragie associée à l'aménorrhée lactationnelle implique un risque amoindri d'anémie maternelle.

On estime que 80% des femmes souffrent de symptômes dépressifs transitoires après l'accouchement, qui se résolvent d'eux même au bout de quelques jours, c'est ce qu'on appelle le « baby blues ». Cependant pour certaines de ces femmes, ces symptômes peuvent s'intensifier et devenir chroniques, on parle alors de dépression *post-partum*. Dans ce cas-là, une intervention médicale sera nécessaire.

Bennett SS, Indman P, « Beyond the Blues : A Guide to Understanding and treating Prenatal and Postpartum Depression », Moodswings Press, 2006

Bien que l'impact émotionnel de l'allaitement soit moins étudié, il semble que la prévalence de la dépression soit plus faible chez les femmes allaitantes. Ainsi, il intensifie le lien qui unit la mère à son enfant, lui donnant un sentiment d'accomplissement, de don de soi qui participe à son bien être émotionnel et psychologique. Par ailleurs il a été démontré que l'interruption précoce de l'allaitement est associée à un plus haut risque de dépression maternelle. *Li R, Fein SB, Chen J, Grummer-Strawn LM, « Why mothers stop breastfeeding: mothers' self-reported reasons for stopping during the first year », Pediatrics, 2008 ; 122 Suppl 2():S69-76*

F. Perte de poids *post-partum*

La plupart des mères s'inquiètent de ne pas réussir à retrouver leur poids d'antan après l'accouchement. Il faut savoir que l'allaitement les aidera à perdre en douceur leurs kilos en trop en brûlant les réserves de graisse qui se sont constituées pendant la grossesse justement à cet effet.

Ainsi plusieurs études ont démontré un effet positif de l'allaitement sur la perte de poids, d'autant plus qu'il est prolongé. *Neville CE et al.. « The relationship between breastfeeding and postpartum weight change-a systematic review and critical evaluation », International Journal of obesity, 2013, 132.*

Samano R, Martinez-Rojano H, et al. « Effects of breastfeeding on weight loss and recovery of pregestational weight in adolescent and adult mothers », Food and Nutrition Bulletin, 2013, 34 (2) : 123-30

Citons par exemple une étude Brésilienne dont les résultats sortis en Août 2013 concluent à une meilleure perte de poids à 6, 12, 18 et 24 mois après la naissance, et ce proportionnellement à la durée et l'exclusivité de l'allaitement. *Da Silva MD, Oliveirha Assis AM, Pinheiro SM, De Oliveira LP, Da Cruz TR, « Breastfeeding and maternal weight changes during 24 months » post-partum: a cohort study », Maternal and Child Nutrition, 2013.*

Cependant elles devront garder à l'esprit que ce n'est pas parce qu'elles allaitent qu'elles doivent « manger pour deux », et qu'elles doivent adopter une alimentation équilibrée si elles veulent maigrir facilement.

Elles ne doivent pas non plus faire de régime trop strict qui serait dangereux.

Il a cependant été démontré qu'une femme allaitante en surpoids peut suivre un programme destiné à lui faire perdre du poids de façon modérée (3kg par mois maximum) sans altérer la croissance du bébé, et ce en réduisant légèrement ses apports (sans descendre en dessous de 1800Kcal/jour) et en pratiquant une activité physique régulière. *Lovelady CA et al. « The effect of weight loss in overweight lactating women on the growth of their infants », New England Journal of Medicine 2000 ; 342 : 449-453*

G. Espacement des naissances : la méthode MAMA

On sait que l'allaitement provoque une aménorrhée dite lactationnelle, c'est d'ailleurs une méthode d'espacement des naissances utilisée depuis l'Antiquité.

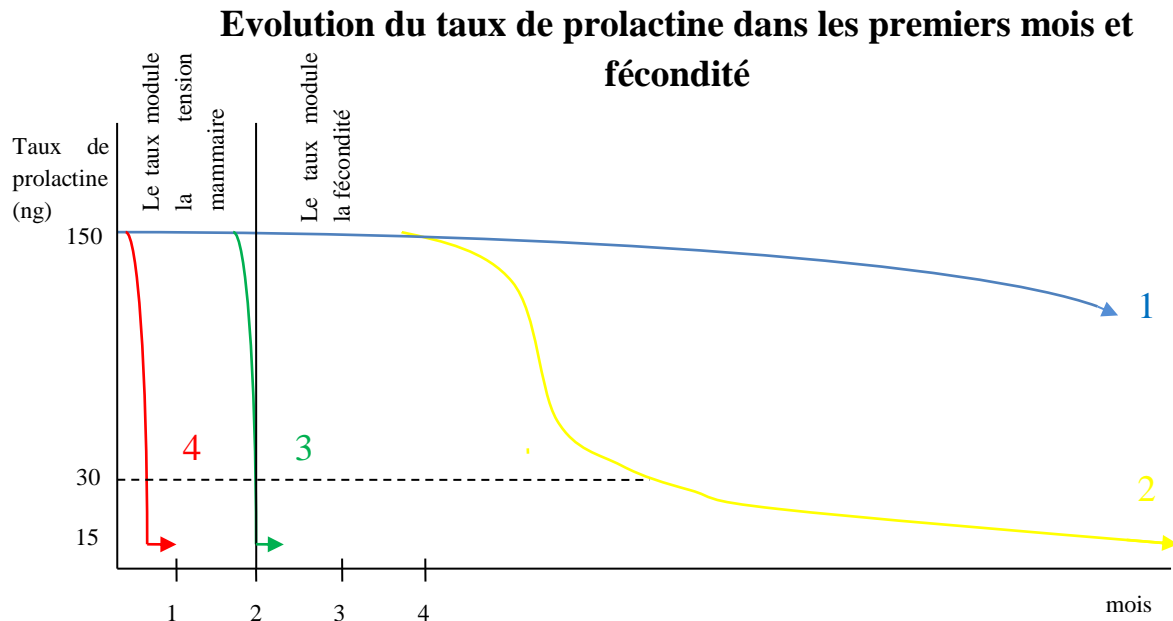
En 1983 déjà, l'OMS déclarait qu'à l'échelle planétaire, cette méthode était plus efficace pour la régulation des naissances que n'importe quelle autre méthode de planification familiale

En 1988, plusieurs scientifiques se sont penchés sur l'infertilité lactationnelle sous l'égide de l'OMS, l'UNICEF et la FHI (Family Health International), lors de la Conférence de Bellagio, aboutissant à un consensus selon lequel « Si la mère allaite complètement ou presque son enfant, et si elle reste en aménorrhée (sans retour de couches), l'allaitement permet d'éviter plus de 98 % des grossesses pendant les six premiers mois. Les légers saignements qui se produisent durant les 56 premiers jours ne sont pas pris en compte. Les intervalles entre les tétées ne doivent pas dépasser quatre heures le jour et six heures la nuit. Les suppléments (liquides ou solides) ne doivent pas remplacer une tétée. » C'est à partir de ce consensus qu'ont été édités les 3 critères de la MAMA (Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée) pour une régulation des naissances en *post-partum* :

- Allaitement exclusif ou presque exclusif.
- Absence de retour de couches (pas de saignements vaginaux après le 56ème jour *post-partum*).
- Age de l'enfant inférieur à 6 mois.

Si ces trois conditions sont remplies, le risque de grossesse n'est alors que de 1 à 2%. Si jamais l'une d'elle ne l'est pas, il est conseillé d'avoir recours à une autre méthode de contraception. *Greiner T. « Breastfeeding and LAM : beyond conventional approaches ». Bellagio Conference. Washington, 15-16/05/1997*
Labbock MH et al. « Clinical study of the lactational amenorrhoea method for family planning ». Lancet 1992 ; 339 : 968-70

Le graphe 6 donne une explication physiologique de ce phénomène.



Graphe 6

- 1 : Allaitement complet, intensif, tétées très fréquentes : la prolactine reste élevée, bloquant l'ovulation. La fécondité est pratiquement nulle.
- 2 : Allaitement complet, mais tétés irrégulières, courtes, espacées : la prolactine diminue progressivement, la lactation se poursuit sans problème, mais les cycles ovariens reprennent, ce qui suppose ovulation et retour de couches, donc reprise de la fécondité.
- 3 : Allaitement qui « végète » : la prolactine s'effondre, la lactation s'arrête. L'ovulation et le retour de couches surviennent alors dans les dix à quinze jours, le risque de fécondité est donc élevé.
- 4 : Pas d'allaitement (blocage de la lactation par un antiprolactine) : retour de couches avec ou sans ovulation en quarante jours environ.

Des études ont prouvé que la grande majorité des femmes allaitant exclusivement 4 à 6 mois ont leur retour de couche vers 9 mois, tandis que pour celles n'allaitant pas il se fera à 3 mois.

Ecochard R, Frey R et al., « Can analysis of previous post-partum periods provide prognostic indicators on the return of fertility after delivery ? », Revue Française de Gynécologie et Obstétrique, 1988, 83(6): 415-19

C'est une méthode intéressante puisqu'elle permet de favoriser le prolongement de l'allaitement et donc un développement optimal de l'enfant, elle est gratuite et ne présente aucun effet secondaire. Il faut seulement bien informer les couples qui souhaitent l'utiliser sur les règles à respecter, et leur apprendre à reconnaître le moment où l'introduction d'une autre méthode contraceptive sera nécessaire.

Il est évident que l'infertilité lactationnelle est une donnée importante tant pour la santé de la mère que celle de l'enfant dans les pays en voie de développement, où l'accès à la contraception est limité et les conditions de salubrité pour la préparation de biberons (dont le coût est bien trop élevé pour la plupart des familles) souvent médiocres. L'allaitement apparaît ici un bon compromis pour espacer les naissances tout en favorisant une bonne croissance de l'enfant et en le protégeant des infections infantiles.

2) Retentissements économique et pratique de l'allaitement maternel

A. Dimension économique

Les avantages économiques du lait maternel sont indéniables comparé à l'allaitement artificiel. Le thème de la semaine mondiale de l'allaitement de 1998 était d'ailleurs « L'allaitement maternel : le meilleur investissement ».

1. Economies pour la famille

Il est évident que les parents font de grandes économies en choisissant l'allaitement maternel. En 1993, le Docteur Bitoun, pédiatre, a lancé une étude évaluant la différence de coût entre allaitement maternel et artificiel, avec le soutien de la SESAM. *Bitoun P « Valeurs économiques de l'allaitement maternel », Dossiers de l'obstétrique, 1994, 216.*

Tout d'abord, les dépenses liées aux substituts du lait maternel sont considérables : entre le prix du lait en poudre, du matériel (biberon, chauffe-biberon, stérilisateur, goupillon) et des consommables nécessaires (eau, électricité/gaz), on atteint d'après Mr Bitoun un total de 1169,46€ par an par foyer.

Dans son mémoire intitulé « L'allaitement maternel : choix personnel, problème de santé publique ou question de finance publique », Anne-Marie Leclercq établit une estimation du coût de l'allaitement artificiel comparé au maternel :

Type d'allaitement	Equipement	Consommables	Compléments
Artificiel	Biberons, tétines, matériel de stérilisation	Electricité, eau de nettoyage, produits de stérilisation	-
Au sein	Soutiens-gorge d'allaitement, coussinets d'allaitement	-	Rations alimentaires supplémentaires pour la mère

Tableau 7 : Facteurs de dépenses selon l'alimentation de l'enfant

Anne-Marie LECLERCQ. L'allaitement maternel : choix personnel, problème de santé publique ou question de finance publique ? mémoire DESS économie gestion hospitalière privée de, avril 1997

	Dépenses familiales estimées selon le type d'allaitement (€/enfant/semestre)	
	Artificiel	Au sein
Coût du lait reconstitué	552	-
Coût de l'équipement	60	67.5
Coût des consommables et des compléments	38	70
Total	650	137.5

Tableau 8 : Estimation des dépenses familiales selon les types d'alimentation

Anne-Marie LECLERCQ. L'allaitement maternel : choix personnel, problème de santé publique ou question de finance publique ? Mémoire DESS économie gestion hospitalière privée de, avril 1997

Par ailleurs, en considérant l'effet protecteur du lait maternel sur de nombreuses maladies infantiles (rhinopharyngites, otites, diarrhées ...), la famille économise le prix d'un certain nombre de consultations, des médicaments, voire d'hospitalisations en choisissant le lait maternel. Une étude parue en 1999 a ainsi montré un surcoût de 300 à 425€ par an par enfant du au recours à des services de santé pour une pathologie respiratoire, une otite ou une gastro-entérite. *Ball TM, Wright AL, « Health care costs of formula-feeding in the first year of life », Pediatrics, 1999, 103 (4 pt 2) : 870-6*

Ces considérations économiques prennent une dimension plus importante encore dans les pays en voie de développement où le recours aux substituts du lait maternel représente un effort financier colossal (nous détaillerons ce point dans la deuxième partie)

2. Economies pour l'Etat et la sécurité sociale

On peut dire que l'allaitement maternel a une véritable valeur économique pour les pays, en particulier ceux qui soutiennent sa promotion.

Contrairement à la production d'aliments, la valeur du lait maternel ne rentre pas dans le calcul du PNB (produit national brut). Pourtant, l'allaitement au sein permet aux Etats une économie non négligeable concernant le budget consacré à l'achat et la distribution des substituts du lait maternel.

De plus, sa promotion conduit à des économies de soins de santé dans plusieurs pays, par prévention de pathologies aiguës (diarrhées, otites ...) et chroniques (diabète, virus syncytial respiratoire ...). Par exemple, en 2002, une étude a étudié les économies réalisables par l'utilisation de lait maternel de donneuses pour alimenter les prématurés hospitalisés en néonatalogie dans le but de prévenir une entérocolite ulcéronécrosante. Les résultats montrent une diminution nette de la prévalence de cette pathologie chez les enfants nourris au lait maternel, entraînant des économies considérables. *Arnold LD, « The cost-effectiveness of using banked donor milk in the neonatal intensive care unit: prevention of necrotizing enterocolitis », Journal of Human Lactation, 2002, 18(2) : 172-7*

En outre, de par les économies de santé réalisées tant pour le bébé que pour la mère, l'allaitement maternel contribue à abaisser les dépenses liées à ces prestations pour la sécurité sociale.

3. Economies pour les employeurs

Il est prouvé que l'allaitement maternel chez les femmes qui travaillent diminue leur taux d'absentéisme.

En 1995, aux Etats-Unis, une étude dans deux entreprises favorisant l'allaitement maternel au sein de leur établissement a d'ailleurs démontré que les bébés allaités tombaient moins souvent malades que ceux nourris au biberon, et que le taux d'absentéisme des mères allaitantes était donc plus bas. Ainsi, 75% des absences étaient imputables aux mamans n'allaitant pas leur bébé. *Cohen R, Mrtek MB, Mrtek RG, 1995, « Comparison of maternal absenteeism and infant illness rates among breastfeeding and formula-feeding women in two corporations ». American Journal of Health Promotion, 10(2):148-53, 1995*

B. Aspect pratique

L'allaitement maternel présente également des avantages pratiques évidents. Ainsi, le lait est toujours à disposition, à la bonne température, 100% adapté aux besoins du bébé, et ne nécessite aucune préparation (pas de mélange à faire, pas de nettoyage et stérilisation des biberons).

III. Bienfaits psychoaffectifs

A côté des bénéfices pour la santé et des avantages économiques et pratiques que nous avons cités, les bienfaits psychoaffectifs de l'allaitement maternel ne sont pas moins nombreux.

Lors de l'accouchement s'effectue une séparation physique de la mère et de son enfant, rompant la symbiose qui les a unis pendant 9 mois. L'allaitement au sein permet alors de maintenir ce lien, en agissant finalement comme un prolongement du cordon, et de la grossesse en elle-même. « Pour le nourrisson, le monde extérieur c'est la personne qui s'occupe de lui et qui l'aime. Et puisque le monde extérieur n'est pas perçu comme tel, cette personne elle-même est très probablement perçue comme une partie de son propre corps, comme une sorte de prolongement de soi-même. (...) Il y a là une fusion dans le plaisir, et la mère elle-même se retrouve prise, happée dans cette relation personnelle »
Gérard Mendel. « Quand plus rien ne va de soi. Apprendre à vivre avec l'incertitude ». Robert Laffont. 1979

Ce corps à corps fusionnel est un lien physique mais aussi psychique qui caractérise la relation privilégiée que la mère et l'enfant partagent.

Cette liaison représente l'amour inconditionnel qui les lie, c'est pour eux une manière de se dire « je t'aime », de communiquer. Elle permet une harmonisation de leur relation qui favorise d'autant plus leur attachement.

Ce lien physique favorise également le développement sensoriel de la maman, dont les capacités olfactives sont naturellement accrues pendant cette période. Les voies olfactives étant reliées au système limbique, les informations seront traitées et mémorisées d'autant plus rapidement et efficacement que si elles sont liées à une émotion particulière

L'accouchement étant un moment de rare intensité émotionnelle, la période qui la suit est capitale dans le développement de la reconnaissance olfactive de la mère envers son enfant, qui a d'ailleurs un rôle important dans le processus d'attachement. *Bowlby J. « Attachements et pertes ». PUF 2^e édition. 1992*

Lorsqu'elle allaite, la maman se sent valorisée, par ce pouvoir de produire, ce don d'elle-même qui lui procure plaisir et épanouissement. Ici le physique est très lié au psychique puisque chez une mère qui n'est pas en confiance, est anxieuse ou mal à l'aise, les réflexes de production et d'éjection de lait peuvent être perturbés.

L'allaitement au sein satisfait le besoin de contact physique et de succion du bébé. Au cœur de cet instant d'intimité avec sa mère, le bébé se sent en sécurité, apaisé et aimé. Il ressent un plaisir qui est partagé par la maman. L'éveil de ses sens est favorisé par ce contact.

En 2011, une étude a démontré l'influence positive d'un allaitement maternel d'au moins 4 mois sur le développement de la motricité, de l'adaptabilité, la communication et la socialisation chez 2280 enfants à l'âge de 1, 2 et 3 ans. *Oddy WH, Robinson M, et al., « Breastfeeding and early child development: a prospective cohort study », Acta Paediatrica, 2011, 100(7) : 992-9*

Conclusion

Ainsi, l'allaitement maternel au sein permet un renforcement du bien être psychologique de la mère par celui de son enfant et réciproquement.

Bien que l'impact de l'allaitement sur certaines pathologies soit encore à définir, les bénéfices de l'allaitement maternel sont donc nombreux et indéniables, que ce soit pour la santé et de l'épanouissement psychoaffectif de l'enfant et de sa mère, mais aussi sur un point économique et pratique.

Chapitre 4 : Promotion et soutien de l'allaitement maternel en France

Chapitre 4 : Promotion et soutien de l'allaitement maternel en France

Malgré les nombreux bénéfices dont nous parlions plus haut, les taux d'allaitement maternel en France ne sont pas satisfaisants. Son soutien et sa promotion deviennent donc de plus en plus une préoccupation nationale.

I. Acteurs impliqués dans la promotion de l'allaitement maternel en France

De nombreux acteurs sont engagés dans la promotion et le soutien de l'allaitement maternel.

1) Organisations gouvernementales

A. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS)

L'OMS est l'autorité directrice et coordonatrice, dans le domaine de la santé, des travaux ayant un caractère international au sein de l'Organisation des Nations Unies (ONU).

Elle veille sur la santé publique mondiale, définit les programmes de recherche en santé, coordonne les études et émet des recommandations notamment sur l'alimentation infantile.

B. Le Fond des nations unies pour l'enfance (United Nations International Children's Emergency Fund ou UNICEF)

L'UNICEF est une autre agence de l'ONU qui a vu le jour en 1945, est implantée dans plus de 190 pays et se consacre à la santé, la nutrition, l'éducation et la protection des enfants.

Elle travaille notamment depuis 2000 à la réalisation des Objectifs du Millénaire qui sont au nombre de huit :

- Objectif n°1 : Réduire l'extrême pauvreté et la faim
- Objectif n°2 : Assurer l'éducation primaire pour tous
- Objectif n°3 : Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes
- Objectif n°4 : Réduire la mortalité infantile
- Objectif n°5 : Améliorer la santé maternelle
- Objectif n°6 : Combattre le VIH/sida, le paludisme et autres maladies
- Objectif n°7 : Assurer un environnement durable
- Objectif n°8 : Mettre en place un partenariat mondial pour le développement

Six de ces objectifs se rapportent aux enfants et à leur santé, qui est une priorité de l'UNICEF.

L'agence lutte ainsi pour la promotion d'une alimentation infantile adaptée et le développement de bonnes pratiques alimentaires, notamment à travers le soutien de l'allaitement maternel qu'elle considère comme « le moyen de sauver une vie d'enfant le plus efficace et le moins cher de l'histoire ».

C. L'Organisation Internationale du travail (OIT)

Fondée en 1919 par les Etats signataires du Traité de Versailles, l'OIT est une agence spécialisée de l'ONU.

Cette agence à la structure tripartite (elle réunit membres du gouvernement, employeurs et travailleurs) a pour objectif de promouvoir la justice sociale et les droits des travailleurs.

Elle traite notamment le cas de la pratique de l'allaitement au travail à travers sa Convention C183.

2) Organisations non gouvernementales (ONG)

D'autres organisations internationales collaborent avec l'OMS et l'UNICEF afin de protéger, soutenir et encourager l'allaitement maternel.

A. La Coordination Française pour l'Allaitement Maternel (COFAM)

La COFAM est une association à but non lucratif qui fut créée en 1999, puis acquit le statut d'association en 2000 afin de faciliter l'organisation de la Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel (SMAM) et le développement de l'Initiative Hôpital Ami Des Bébé (IHAB).

Cette naissance fut soutenue par le monde de l'allaitement, et largement médiatisée (journaux télévisés, revues professionnelles, radio). La COFAM regroupe professionnels de santé (sages-femmes, puéricultrices, infirmières, médecins, pharmaciens ...), associations d'usagers et associations de professionnels de santé (Leche League France, Information Pour l'Allaitement ...).

Elle représente une interface permettant la communication entre les autorités ministérielles, les associations, les professionnels de santé et les usagers. Elle coordonne ces différents acteurs dans un même but : s'inspirer de la Déclaration d'Innocenti et des recommandations de l'OMS et l'UNICEF pour protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel.

B. World Alliance for Breastfeeding Action ou Agence Mondiale pour l'Allaitement Maternel (WABA)

Fondée le 14 Février 1991, la WABA est un réseau mondial d'organisations et d'individus qui considère l'allaitement comme un droit pour toute mère et tout enfant. S'appuyant sur la Déclaration d'Innocenti et la Stratégie Mondiale pour l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant, cette agence travaille en étroite collaboration avec l'UNICEF, afin de promouvoir, protéger et soutenir l'allaitement maternel dans le monde.

L'Agence Mondiale pour l'Allaitement Maternel a pour but la cohésion entre différents acteurs concernés par l'allaitement afin de former un groupe dont le poids sera d'autant plus important et les actions plus abouties, afin de créer un environnement favorable à l'allaitement pour toutes les mères, et ainsi voir croître les taux d'allaitement maternel au niveau mondial.

Chaque année, la WABA organise la Semaine Mondiale de l'Allaitement (SMAM) qui est l'occasion de soutenir, promouvoir et encourager l'allaitement mondial, et de définir des nouveaux objectifs à atteindre dans ce but.

Dès la naissance de l'Alliance Mondiale pour l'allaitement maternel, fut créé le MSTF (Mother Support Task Force ou Groupe de Travail pour Soutien aux Mères) qui travaille sur le droit d'accès des femmes à des informations adéquates à propos de l'allaitement, et leur soutien par les professionnels de santé avant, pendant et après l'accouchement.

La WABA s'intéresse également à l'allaitement des femmes au travail et lutte pour une meilleure protection de ces mères et plus d'information auprès des employeurs sur avantages de l'allaitement maternel qui les concernent indirectement (bébés en meilleure santé donc moins d'absentéisme et employées plus épanouies).

C. La Leche League International (LLLI)

Fondée en 1956, La Leche League International est une ONG internationale à but non lucratif qui a pour vocation de soutenir et d'encourager les femmes allaitantes en leur fournissant l'information nécessaire, via un réseau d'entre-aide de mère à mère. Ainsi, 7000 animatrices bénévoles accréditées travaillent au sein de LLLI afin de prodiguer une aide précieuse aux mamans via un contact individuel et personnel.

En plus de ce soutien entre mères, LLLI organise des séminaires ouverts aux professionnels de santé et aux parents.

Membre fondateur de WABA, LLLI occupe un statut consultatif auprès de l'UNICEF, travaille en relation avec l'OMS et agit auprès de la United States Agency for International Development ou Agence Américaine pour le Développement International (USAID).

Présente dans plus de 70 pays, elle est la plus grande source mondiale d'information sur l'allaitement puisqu'elle diffuse plus de 3 millions de publications par an, dont le contenu est préalablement analysé par un comité médical consultatif.

La Leche League France existe depuis 1979 et comprend 190 antennes locales réparties sur tout le pays. Elle est co-fondatrice de la COFAM, membre de l'International Baby-Food Action Network (IBFAN) et de la WABA, et fait partie du comité d'attribution du label « Hôpital Ami des Bébé ».

Créé en Mars 2011, le Réseau pour l'Allaitement (RpA) est une antenne de LLLI en France. Les animatrices qui en font partie reproduisent le même travail que LLLI à l'échelle nationale, s'attachant ainsi à informer les mères et à les soutenir quel que soit leur choix, sans chercher à les influencer, en respectant une totale confidentialité.

D. International Baby Food Action Network ou Réseau international des groupes d'action pour l'alimentation infantile (IBFAN)

Fondé en 1979, l'IBFAN est un réseau de 273 groupes répartis dans 168 pays, comprenant des associations de consommateurs, des professionnels de santé, des organisations œuvrant pour les droits de l'homme et des groupes de parents.

Son but est de promouvoir et soutenir l'allaitement maternel, et en particulier de veiller au respect du Code International de commercialisation des substituts du lait maternel afin qu'il soit pris en compte dans les orientations commerciales, retranscrit dans les législations des pays, et surveillé de manière indépendante.

L'IBFAN coordonne également des campagnes d'information auprès du grand public, et des actions plus radicales à travers la « Baby Milk Action » qui vise à stopper les pratiques marketing irrespectueuses du Code de certains industriels, à travers par exemple le boycott de Nestlé



Figure 5 : Manifestation pour le boycott de Nestlé

<http://ibfan.org/the-issue>

Ainsi, ce Réseau International lutte afin que la santé de l'enfant et de sa mère soient toujours une priorité par rapport aux considérations économiques.

En France, plusieurs associations sont membres de l'IBFAN, telles que Action Pour l'Allaitement (APA), Centre de Formation et de Documentation sur l'Allaitement Maternel (CFDAM), Information Pur l'Allaitement (IPA) et La Leche League France.

E. International Lactation Consultant Association (ILCA)

L'ILCA est une association de professionnels regroupant les consultants en lactation IBLC (International Board Certified Lactation Consultants), ouverte à tout autre professionnel qui participe au soutien et à la promotion de l'allaitement maternel.

La certification IBLC, délivrée par l'International Board of Lactation Consultant Examiners (IBLCE), témoigne d'une formation approfondie en matière d'allaitement et de lactation humaine. Elle est réactualisée tous les 5 ans par une formation continue, et tous les 10 ans par le repassage de l'examen, afin de suivre le développement des connaissances sur ce thème.

L'ILCA est représenté dans plusieurs organisations : The Codex Alimentarius Commission (qui développe des normes alimentaires harmonisées au niveau international), WABA, The Food and Agriculture Organization ou FAO (organisation intergouvernementale qui lutte pour éliminer la malnutrition, notamment en favorisant le développement agricole)

L'association travaille en collaboration avec l'OMS, et participe à l'Assemblée Mondiale pour la Santé.

3) Associations de professionnels de santé

Les associations de professionnels dédiées à la promotion et au soutien de l'allaitement en France sont nombreuses. La plupart s'engagent également dans la formation des professionnels de santé dans ce domaine.

Citons tout d'abord Co-Naitre, une association composée de professionnels de santé spécialisés dans tous les domaines de la périnatalité, notamment une consultante en lactation diplômée IBLC.

C'est avant tout un fournisseur de formations dédiées aux professionnels de santé qui leur permettent d'optimiser leurs compétences et d'être accompagnés dans leur démarche « Initiative Hôpital Ami des Bébé ».

La SESAM (Société Européenne pour le Soutien à l'Allaitement Maternel) est une association qui a été créée pour soutenir l'Initiative Hôpital Ami des Bébé.

Elle promeut l'allaitement maternel à travers des campagnes d'information auprès du grand public, et des actions de formation pour les professionnels dans les maternités de France, d'Europe et d'Afrique. Elle effectue également des plans de recherche dans le Tiers-Monde en coopération avec les organisations internationales.

L'association Information Pour l'Allaitement (IPA) fut fondée en 1996 pour promouvoir l'allaitement maternel auprès des professionnels.

Elle participe à la Semaine Mondiale pour l'Allaitement Maternel et travaille beaucoup via la diffusion d'informations, notamment à travers le CERDAM (Centre de Ressource Documentaire sur l'Allaitement Maternel), qui est un centre collectant et mettant à disposition des professionnels l'essentiel de l'information scientifique sur l'allaitement maternel.

Quant à Ref'lait, il s'agit d'une association de professionnels de santé bénévoles ou salariés qui se bat pour replacer l'allaitement maternel au sein des habitudes familiales, professionnelles et culturelles.

Ref'lait organise des conférences lors de la Semaine Mondiale de la Santé, informe les mères à travers son livret « Allaiter en toute confiance », les soutient via des consultations allaitement et des permanences téléphoniques, et participe à la formation des professionnels (formation continue, enseignement post-universitaire des médecins, formation des équipes hospitalières).

En ce qui concerne la formation des professionnels en matière d'allaitement, citons également deux associations de consultants en lactation : l'Association Française des Consultants en Lactation (AFCL) et l'Association des Consultants Professionnels de Santé (ACLP), et enfin le Centre de Recherche, d'Evaluation et de Formation à l'Allaitement Maternel (CREFAM).

Notons qu'il existe également des associations régionales, comme par exemple le réseau Naitre et Grandir en Languedoc Roussillon (NGLR). Cette organisation propose un suivi spécialisé de l'enfant, en plus du suivi médical habituel, grâce à un médecin référent choisi par la famille qui les guide et les conseille. Le réseau organise également des formations (notamment sur l'accompagnement de l'allaitement) pour les professionnels de santé, et a mis en place en 2011 un référentiel de bonnes pratiques sur l'allaitement destiné aux professionnels de santé et aux parents. <http://www.perinat-france.org/portail-professionnel/referentiels/protocoles-regionaux/languedoc-roussillon/allaitement-maternel-645-1965.html>

4) Associations de parents (+/- associés à des professionnels)

D'autres associations incluant des parents dans leurs équipes se consacrent à l'allaitement maternel.

Citons tout d'abord La Leche League France dont nous avons parlé plus haut, qui est un réseau de mères bénévoles affilié à La Leche League International.

Source de nombreuses publications (Les Dossiers de l'Allaitement, Allaiter Aujourd'hui), elle participe également à la Semaine Mondiale de l'Allaitement, organise la Journée Internationale de l'Allaitement (JIA) et propose diverses formations aux professionnels à travers l'Allaitement Maternel-Formation (AM-F).

Elle collabore également avec la HAS pour tous les projets concernant l'allaitement maternel, par exemple pour la sortie en 2002 du rapport « Mise en œuvre et poursuite de l'allaitement dans les six premiers mois de vie de l'enfant », ou l'élaboration du Plan National Nutrition Santé (PNNS).

Le réseau d'associations Solidarilait réunit des mamans et professionnels concernés par l'allaitement maternel. Il apporte un soutien aux mères à travers la délivrance d'informations objectives sur l'allaitement, et par la création d'un réseau de mères leur apportant écoute et conseils.

Il existe une quinzaine d'antennes régionales, dont Solidarilait Gironde, qui propose une permanence téléphonique, des conférences et des réunions d'information.

En 2006, la Grande tétée est organisée pour la première fois. Il s'agissait alors de la réunion de mères en une rencontre nationale en simultanée sur tout le territoire.

Elle s'est ensuite agrandie en un collectif d'associations, de professionnels de santé et de parents. S'est alors formée l'association La Grande Tétée pour permettre une meilleure organisation et une communication avec les institutions publiques. Cette réunion continue d'être organisée chaque année dans toutes les « Villes Grande Tétée » de France.

Citons également l'association Lactea dont les membres appelées « marraines allaitements » sont des bénévoles ayant reçu une formation adéquate, et mettant à disposition des mamans leurs conseils, notamment à travers des « cafés rencontres ».

Il existe également des groupements de parents à l'échelle régionale, comme l'association Marraines de Lait Pays Basque.

5) La Protection Maternelle Infantile (PMI)

Rattachée au Conseil Général, la PMI regroupe différents services départementaux qui participent à la protection sanitaire des mères et de leurs enfants. Leurs missions sont définies dans l'article L149 du Code de la Santé Publique.

http://legifrance.org/affichCodeArticle.do;jsessionid=B8AEE34C1AC4C41FA12033CA6E4CDD12.tpdjo15v_3?idArticle=LEGIARTI000006692406&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20000621

Ainsi, elle organise des actions de prévention médico-sociale pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 6 ans et contrôle les structures d'accueil des jeunes enfants (crèches, garderies, assistantes maternelles).

Dans les maternités, la PMI participe au soutien des femmes tout au long de leur grossesse (information à propos de leurs droits sociaux, mise à disposition de sages-femmes pour des visites à domicile). En ville, les centres de consultation PMI organisent un suivi médical gratuit des enfants de moins de 6 ans (vaccination, dépistages etc.) et des visites médicales dans les écoles maternelles.

6) Réseaux de santé périnataux (RSP)

La Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité (FFRSP) regroupe les 64 réseaux de périnatalité du territoire.

Ces réseaux sont un moyen de mutualiser les compétences et d'harmoniser les connaissances des professionnels de santé afin d'optimiser la prise en charge de la maman et de son enfant.

En Aquitaine, le réseau Périnat rassemble 28 maternités ainsi qu'un ensemble de professionnels : gynécologues, obstétriciens, pédiatres, puéricultrices, services de PMI etc. Il a pour objectif de favoriser continuité et cohérence des parcours de soins, et d'assurer un accès équitable aux offres de soins dans tout l'Aquitaine (notamment via une harmonisation régionale des pratiques médicales).

Au sein de ce réseau, des groupes de travail s'organisent autour de thèmes comme allaitement, transferts périnataux, IVG et contraception etc. afin de mettre en place des projets visant à l'amélioration de l'accompagnement des patients dans ces divers sujets. Périnat Aquitaine soutient également les lactariums du CHU de Bordeaux en sensibilisant les femmes aux bénéfices de l'allaitement maternel et à l'importance des dons de lait pour les services de néonatalogie. http://www.reseauperinataquitaine.fr/system/files/u209/CHU_LACTARIUMS_A3.pdf

II. Les recommandations officielles concernant l'allaitement maternel en France

1) Recommandations sur l'alimentation infantile

Pour l'OMS, l'allaitement maternel est l'alimentation idéale pour la santé, la croissance et le développement du nourrisson. Elle recommande donc un allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois, puis l'introduction d'aliments complémentaires adaptés tout en continuant l'allaitement jusqu'à 2 ans.

De plus, l'OMS préconise de mettre l'enfant au sein dans l'heure suivant sa naissance, de pratiquer ensuite un allaitement « à la demande » (aussi souvent que le désire l'enfant, de jour comme de nuit), en évitant autant que possible les tétines et biberons.

En outre, l'organisation met en garde contre les risques que peuvent présenter une mauvaise utilisation des substituts du lait maternel, en particulier dans les pays où l'accès à l'eau potable ou à du matériel stérilisé est faible.

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_recos.pdf

En 2002, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES), aujourd'hui rebaptisée Haute Autorité de Santé (HAS), a publié ses recommandations concernant la mise en œuvre et la poursuite de l'allaitement maternel dans les 6 premiers mois de l'enfant. Ces dernières ont été élaborées en collaboration avec les représentants d'associations nationales de professions concernées par l'allaitement : sages-femmes, puéricultrices, pédiatres, infirmiers.

Le groupe de travail se composait de gynécologues, sages-femmes, pédiatres, puéricultrices, généralistes, consultants en lactation et d'une animatrice de La Leche League.

Reconnaissant les bénéfices de l'allaitement maternel exclusif pour un développement optimal de l'enfant et la prévention des infections, la HAS propose ainsi des recommandations pour une bonne pratique de l'allaitement.

Tout d'abord, elle préconise le suivi des « dix conditions pour le succès de l'allaitement » proposées par l'OMS et l'UNICEF.

Elle prône également un contact peau à peau et une première tétée les plus précoces possibles, une cohabitation mère/enfant, et un allaitement « à la demande » sans fixer de règles sur le nombre, la fréquence ou la durée des tétées.

Elle souligne l'importance du soutien des professionnels de santé pour la mise en place et la poursuite de l'allaitement, et leur procure quelques conseils concernant la prise en charge des problèmes médicaux les plus rencontrés au cours de l'allaitement (douleurs, engorgements, lymphangites etc.).

Enfin, elle propose des recommandations concernant la reprise du travail, l'alimentation de la mère, la prise de médicaments et la contraception, pour éviter que ces différentes situations ne lèsent la qualité ou la durée de l'allaitement.

2) Recommandations concernant les substituts du lait maternel

Une grande part des informations sur l'alimentation infantile reçues par les familles sont commerciales.

Ainsi, une étude réalisée par Nathalie Rocques (membre fondateur de l'IPA et responsable de la Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel en France) en 2001 a montré que dans une publication grand public spécialisée en puériculture, les lecteurs voient en moyenne :

- 2.5 publicités pour des laits « 2e âge »
- 2 publicités pour des laits de croissance
- 2 publicités pour des biberons

http://www.info-allaitement.org/uploads/Textes%20en%20PDF/information_commerciale.pdf

Il est donc primordial d'encadrer les pratiques concernant ces préparations, pour être au plus près des recommandations du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, véritable outil de protection de l'allaitement maternel.

Le gouvernement reconnaît la supériorité de l'allaitement maternel par rapport à l'allaitement artificiel et a mis en place des directives pour encadrer la promotion des substituts de l'allaitement.

Ainsi, un décret d'application de la Directive Européenne concernant la commercialisation de ces substituts est voté en 1998 en France. L'adoption de ce texte est un premier pas vers la mise en œuvre du Code international. Malheureusement, seuls les laits « 1^e âge » sont concernés.

Au sujet de l'étiquetage, sont interdites les mentions « humanisé » et « maternisé » ainsi que toute représentation de nourrisson ou autre de nature à idéaliser le produit. Il faut également qu'apparaisse la mention « Avis important » suivie d'une note concernant la supériorité de l'allaitement maternel.

La publicité pour ces substituts est interdite dans les journaux destinés au grand public. Concernant les revues scientifiques, elle est autorisée mais doit se limiter à des informations de nature scientifique et factuelle et ne pas laisser entendre que l'alimentation au biberon est supérieure ou équivalente à l'allaitement au sein.

De surcroît, la distribution de préparation pour nourrisson ou d'échantillons est interdite dans tout service de santé (maternité, centre de PMI, cabinets médicaux etc.).

La documentation distribuée à but d'information ou d'éducation traitant de l'alimentation du nourrisson est également réglementée. Elle doit indiquer la supériorité de l'allaitement maternel, informer sur la nutrition de la maman pendant l'allaitement, mentionner les effets négatifs que peut avoir un allaitement partiel sur l'allaitement au sein, et enfin si besoin expliquer l'utilisation correcte des préparations pour nourrissons et précisant les dangers encourus si elles sont mal utilisées.

Malheureusement, le décret n'est pas toujours respecté et les cas de publicités ou de démarches commerciales abusives sont fréquents.

Ainsi, M^{me} Roques a constaté que dans la presse spécialisée destinée aux professionnels de santé, certaines publicités comparent de façon positive leur produit au lait maternel. Citons ce slogan pour exemple : « Novalac : la nature pourrait-elle faire mieux ? ».

Les brochures commerciales ne sont pas en reste puisqu'en général elles ne respectent que partiellement le décret, en fournissant des informations sur l'allaitement maternel rares ou incomplètes et en omettant le plus souvent d'évoquer ses avantages financiers.

Ainsi, bien que les dispositions légales Françaises protègent l'allaitement maternel en encadrant les techniques marketings concernant les lais « 1^e âge », l'industrie alimentaire exerce toujours une pression très importante sur le grand public et les professionnels.

De plus, il faut savoir que la Direction Générale de la Concurrence, de la Consommation et de la Répression des Fraudes (DGCCRF) n'est pas habilitée à sanctionner le non-respect de ces textes.

En Août 2013, à l'occasion de la Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel, l'OMS a tiré la sonnette d'alarme dans un rapport faisant état du manque de suivi du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Ainsi, seuls 19% des pays pris en compte dans cette étude avaient adopté des lois reprenant les recommandations du Code.

L'OMS a alors lancé plusieurs mesures visant à réduire toutes les formes de promotion des substituts du lait maternel, telles que la formation des professionnels de santé pour le soutien des mères allaitantes, la communication sur les risques sanitaires liés à l'utilisation de ces préparations, et le développement de l'Initiative Amis des Bébé. Le but est de passer d'un taux mondial de 38% d'allaitement maternel exclusif pendant 6 mois à au moins 50% d'ici 2025.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85621/1/9789241505987_eng.pdf?ua=1

L'OMS a également souhaité encadrer l'utilisation des préparations pour nourrissons en publiant des directives concernant leur préparation, conservation et manipulation, en collaboration avec l'Organisation des Nations Unies pour l'Alimentation et l'Agriculture. Ces dernières sont destinées à servir d'éléments d'orientation aux gouvernements afin de réduire au maximum les risques d'infections liés à l'utilisation de ces substituts.

Ainsi, après avoir rappelé que l'on ne devrait faire appel aux préparations pour nourrissons qu'en cas d'indication médicale, ce document donne des recommandations précises concernant le nettoyage et la stérilisation du matériel, la reconstitution du lait, son réchauffage, sa conservation et son transport, et ce tant pour les établissements de soins que pour les familles à domicile.

Ces dernières sont reprises dans une brochure illustrée plus adaptée au grand public. Consultable sur http://www.who.int/foodsafety/publications/micro/PIF_Care_fr.pdf

En France, le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé a publié en 2005 des recommandations concernant la préparation et le transport des préparations pour nourrissons, en collaboration avec l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES), la Société Française de Pédiatrie (SFP), l'Association Française de Pédiatrie Ambulatoire (AFPA) et le Syndicat Français des Aliments de l'Enfance (SFAE). Ces dernières reprennent globalement les directives de l'OMS sous forme d'un guide clair et ludique. http://www.perinat-france.org/upload/professionnelle/documentation/theme_allaitement/NUT-fi-GuideLaitBebe.pdf

III. Les actions visant à promouvoir l'allaitement maternel

1) Au niveau international

A. L'Initiative Hôpital Ami des Bébé (IHAB)

En 1989, une déclaration conjointe de l'OMS et l'UNICEF intitulée « Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel : le rôle spécial des services liés à la maternité » a proposé les « Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel », qui sera la pierre angulaire de l'Initiative Hôpital Ami des Bébé (IHAB).

Ces dernières, se basant sur des études scientifiques, résument les pratiques à adopter en maternité afin d'encourager au mieux l'allaitement maternel. Elles véhiculent l'idée qu'avant de promouvoir l'allaitement maternel hors des services de santé, il faut d'abord améliorer les pratiques en vigueur au sein même de ces établissements.

C'est en 1991, à la suite de la Déclaration d'Innocenti, que l'OMS, l'UNICEF et l'Association Internationale de Pédiatrie lancent la « Baby-Friendly Hospital Initiative » lors d'une réunion internationale sur l'allaitement à Ankara (Turquie).

Celle-ci propose un label « Hôpital Ami des Bébé » à condition de respecter les Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel, le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, et les résolutions antérieures de l'Assemblée Mondiale de la Santé.

L'IHAB est en fait une démarche de qualité qui permet d'optimiser la prise en charge des parents avant, pendant et après la naissance de leur enfant. Elle se base sur trois grands principes :

- Centrer l'attention de l'équipe sur les besoins de la mère et ceux de l'enfant.
- Fournir un environnement permettant de laisser les parents jouer totalement leur rôle dès la naissance.
- Travailler en équipe pour assurer la cohérence des soins au sein de l'établissement mais aussi en réseau avec tous les professionnels de santé concernés.

Le label HAB vient certifier que les pratiques de l'établissement de soin soient en adéquations avec les principes de l'IHAB. Au début, seuls les enfants nés en maternité étaient concernés, mais depuis 2009 tous les nouveau-nés sont concernés, y compris les prématurés ou malades. Les enfants étant hospitalisés venant de leur domicile ne sont pas encore inclus.

Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel :

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

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

En France, pour l'obtenir, il faut :

- Respecter les douze recommandations de Bonnes Pratiques Cliniques IHAB et le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.
- Mettre en place un système de recueil de données efficace sur l'alimentation du nouveau-né
- Enregistrer un taux d'allaitement exclusif en augmentation sur plusieurs années
- Installer un travail en réseau avec des professionnels extérieurs (PMI, groupes d'entraide entre mères, pédiatres etc.) à l'établissement pour assurer le suivi pré- et post-natal.

Le service qui désire obtenir ce label va tout d'abord autoévaluer ses pratiques grâce à un formulaire très détaillé, permettant de faire un bilan de l'existant et de définir les objectifs nécessaires. <http://amis-des-bebes.fr/pdf/documents-ihab/AutoevIHABpole.Fev2013.pdf>

Il est aussi utile tout le long du travail vers l'obtention du label HAB pour mesurer les avancées.

Les équipes vont alors définir un projet de service pour répondre aux critères. Vont alors se mettre en place des plans de formation, des mises à jour de procédures et autres démarches qui sont longues mais indispensables pour que les valeurs de l'Initiative soient respectées. A ce moment-là, l'établissement peut choisir (ou pas) de remplir une déclaration de mise en route vers le label pour officialiser son engagement, ce qui permet aux équipes qui se sont lancées dans ce projet de communiquer et de partager leurs expériences.

Il faut savoir que les équipes sont accompagnées dans ce projet. Elles disposent d'un soutien téléphonique (entretiens téléphoniques du comité de pilotage avec un référent IHAB pour définir les

points à améliorer), d'un forum internet, de formations et d'outils pour élaborer leurs documents (procédures etc.).

Lorsque le service estime que toutes les conditions sont remplies, il fait appel à l'IHAB France pour qu'elle évalue ses pratiques. Des évaluateurs (qui sont des professionnels de la périnatalité et de l'allaitement ayant reçu une formation spécifique IHAB) vont mener divers entretiens avec des patientes, le personnel soignant et non soignant et le directeur de l'établissement. Ils vont aussi procéder à des observations de plusieurs jours et analyser divers documents écrits. Une réunion de synthèse est alors organisée et la décision est envoyée au Comité d'attribution du label HAB. S'il est accordé, il l'est pour une durée de 4 ans, au terme desquels l'établissement doit demander une réévaluation pour vérifier si les critères sont toujours respectés. De plus, tous les ans, IHAB France demande de fournir :

- Un suivi des principales statistiques concernées par le projet, des formations effectuées et du respect des recommandations IHAB.
- Les résultats d'une enquête auprès des mères sur une semaine
- L'actualisation des documents qui pourraient être utiles à d'autres équipes.

Le nombre d'établissements certifiés IHAB ne cesse de croître, on peut cependant noter des disparités importantes notamment en Europe.

L'IHAB est une démarche qui soutient une approche de la naissance centrée sur l'enfant et sa mère grâce à une équipe qui travaille en cohésion pour une amélioration des pratiques de soin en maternité. La promotion de l'allaitement maternel est une des priorités de cette initiative.

Les programmes internationaux, européens et français traitant des soins aux nouveau-nés et de l'alimentation du jeune enfant font une large place à l'IHAB.

Le changement des états d'esprit qu'elle provoque en fait une démarche novatrice qui mérite d'être soutenue dans nos maternités, notamment de par l'amélioration des taux d'allaitement qu'elle entraîne. Ainsi, plusieurs études ont établi un lien positif entre instauration de l'IHAB et augmentation des taux d'allaitement maternel à la naissance et de la durée de cet allaitement. *Atchan M, David D, Foureur M, « The impact of the Baby Friendly Health Initiative in the Australian health care system: a critical narrative review of the evidence », Breastfeed review, 2013 Jul ; 21(2) : 15-22.*

B. La Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant

http://www.who.int/nutrition/publications/gs_infant_feeding_text_fre.pdf

Elaborée conjointement par l'OMS et l'UNICEF, la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant fut approuvée par la 55^e Assemblée mondiale de la santé en Mai 2002 et par le Conseil d'administration de l'UNICEF en Septembre 2002.

S'appuyant sur les recommandations de l'IHAB, du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, et de la Déclaration d'Innocenti, elle vise à promouvoir, protéger et soutenir une alimentation appropriée du nourrisson et du jeune enfant dans le monde. Pour cela, elle examine les principaux problèmes d'alimentation les concernant et définit des approches pour y remédier.

Il s'agit en fait d'un instrument pratique pour guider les gouvernements vers la mise en place d'un environnement favorable afin que les femmes puissent prendre des décisions éclairées concernant l'alimentation de leur enfant.

Reposant sur l'importance de la qualité de l'alimentation dans les premiers mois et les premières années de vie, cette stratégie traite notamment des bienfaits de l'allaitement maternel, en rappelant tout d'abord les recommandations de l'OMS (6 mois d'allaitement maternel exclusifs suivis de 2 ans d'allaitement partiel avec introduction progressive de compléments adaptés).

Sont également soulignés la nécessité d'informer et de soutenir les mères allaitantes, et de leur fournir des conditions de travail permettant la prolongation de cet allaitement : congés maternité rémunérés, crèches dans les entreprises, pauses allaitement etc.

De nombreuses propositions sont présentées dans ce document.

Tout d'abord, concernant la protection de l'allaitement maternel, il est conseillé :

- d'adopter une politique de droits en matière de travail compatible avec la Convention de l'OIT sur la Protection de la Maternité
- de veiller à ce que les aliments complémentaires soient conformes aux normes du Codex Alimentarius
- de renforcer les mesures découlant du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.

Ensuite, les informations délivrées au grand public (tant par les médias et autres moyens de communication que par les professionnels de santé) doivent être fiables et complètes.

De plus, le soutien de la mère par le système de santé étant primordial, plusieurs recommandations sont faites :

- Fournir des conseils de qualité
- Mettre en place des règles et procédures appuyant l'introduction et l'établissement de l'allaitement maternel, en se basant sur l'Initiative Hôpital Ami des Bébés.
- Elargir cette Initiative aux dispensaires, centres de santé et hôpitaux pédiatriques.
- Améliorer l'accès aux formations et soins pré- et post-natals.
- Promouvoir une bonne nutrition de la mère allaitante.
- Surveiller attentivement la croissance et le développement des nourrissons et jeunes enfants, en particulier pour les cas à risques (prématurés, séropositifs)
- Fournir des conseils appropriés en matière d'utilisation des substituts du lait maternel en insistant sur l'importance des bonnes conditions d'hygiène.
- Former les agents de santé notamment sur l'assistance et le conseil autour de l'allaitement maternel, et leurs responsabilités en vertu du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.

Enfin, afin de fournir aux mères allaitantes un soutien au sein de la communauté, la stratégie recommande la promotion de réseaux de soutien tels que des groupes d'entraide entre mères qui soient intégrés dans le cadre du système de soins de santé.

C. Indicateurs pour évaluer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant

En 2007, à Washington D.C, une réunion de consensus réunissant l'OMS, l'UNICEF, l'International Food Policy Research Institute (IFPRI), l'University of California Davis, la Food and Nutrition Technical Assistance, l'Academy for Educational Development et l'United States Agency for International Development, a mené à l'édition d'indicateurs pour l'évaluation des pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Ces derniers ont pour objectif l'analyse des tendances au niveau national et régional, l'identification des populations à risque et l'évaluation de la réalisation des objectifs et des résultats des interventions menées. Ils sont donc utiles pour toute enquête à grande échelle afin d'évaluer notamment la mise en œuvre de la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

Sont ainsi définis 8 indicateurs de base et 7 complémentaires :

Indicateurs de base :

- Initiation précoce de l'allaitement au sein
- Allaitement exclusif au sein avant l'âge de 6 mois
- Poursuite de l'allaitement au sein à l'âge d'un an
- Introduction d'aliments solides, semi-solides et mous
- Diversification alimentaire minimum
- Nombre minimum de repas
- Apport alimentaire minimum acceptable
- Consommation d'aliments riches ou enrichis en fer

Indicateurs complémentaires :

- Enfants ayant été allaités au sein
- Poursuite de l'allaitement au sein jusqu'à 2 ans
- Allaitement au sein en fonction de l'âge
- Allaitement au sein prédominant avant l'âge de 6 mois
- Durée de l'allaitement au sein
- Alimentation au biberon
- Fréquence des repas lactés pour les enfants qui ne sont pas allaités au sein

D. La Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel (SMAM) ou World Breastfeeding Week (WBW)

www.worldbreastfeedingweek.org

En Février 1991 est né WABA (World Alliance for Breastfeeding Action), réseau réunissant organisations et individus qui travaillent pour la promotion et le soutien de l'allaitement maternel dans le monde. Depuis lors, WABA organise chaque année une Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel, qui a donc eu lieu pour la première fois en 1992.

Commémorant la Déclaration d'Innocenti, elle est aujourd'hui célébrée dans 170 pays, avec chaque année un thème différent.

Le but de cet événement est de susciter une prise de conscience de l'importance de l'allaitement, et de le promouvoir à tous les niveaux dans chaque pays.

En donnant plus de visibilité à l'allaitement maternel, la SMAM permet de prodiguer une certaine éducation en matière d'allaitement, de travailler sur le développement de la formation sur l'allaitement dans les écoles, universités et hôpitaux, et sur l'intégration de l'allaitement dans l'éducation des enfants dès leur plus jeune âge.

Sont organisés diverses actions telles que des conférences, débats, journées portes ouvertes, expositions, interventions dans les écoles, distributions de documents etc.

En 2014, le thème était : « Breastfeeding, a winning goal – For life ! », que l'on peut traduire par « L'allaitement, un atout gagnant pour la vie ! ».

Les huit « Millenium development Goals » (« Objectifs du Millénaire ») ont été fixés en 1990 par les gouvernements et les Nations Unies pour lutter contre la pauvreté dans le monde et favoriser un meilleur développement possible des populations, notamment au niveau de la santé, de l'éducation et du droit des femmes. Des évaluations régulières permettent de vérifier les avancées vers la réalisation de ces objectifs dans le temps.

La promotion de l'allaitement maternel est liée à chacun de ces objectifs.

E. Actions visant à l'application du Code International de commercialisation des substituts du lait maternel

L'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel est indispensable à la progression de l'allaitement au niveau mondial. Il permet de protéger l'allaitement maternel des pratiques commerciales souvent abusives concernant les préparations pour nourrissons et de fournir l'information nécessaire aux mères sur l'alimentation infantile pour qu'elle fasse leur choix en toute connaissance de cause.

En 1990, 9 gouvernements seulement avaient intégré ce Code dans leur législation. En 2006, ils étaient plus de 70. Cette évolution est en grande partie due au soutien et à la défense du Code par des organisations comme WABA, IBFAN et l'OMS.

Plusieurs pays se sont ainsi attelés à la mise en place d'une législation nationale donnant effet au Code, de façon plus ou moins complète.

En Tanzanie par exemple, la volonté de protéger l'allaitement face aux grands groupes industriels est très forte et a par exemple mené en 2005 à l'interdiction d'importation de boîtes de céréales de la multinationale Nestlé dont l'étiquette idéalisait l'alimentation artificielle, enfreignant ainsi le Code. L'étiquetage a alors été modifié.

La WABA encourage les Etats à rester vigilant sur l'application du Code et propose des exemples d'actions pouvant le faire progresser : organiser des sessions d'information, constituer un comité de défense du Code, monter des communiqués de presse etc.

2) En France

A. L'Initiative Hôpital Ami des Bébé en France

Ce n'est qu'en 2000 que l'IHAB voit le jour en France à la demande de professeurs de pédiatrie et de la maternité de Lons-Le-Saunier (Jura) qui fut la première à obtenir le label. Elle est alors mise en œuvre par la COFAM.

Le 28 Novembre 2007 est organisée à Paris la première Journée nationale sur l'IHAB intitulée « Une initiative à découvrir, un projet d'équipe à concevoir, une démarche de qualité à mettre en œuvre ». Elle a pour but d'informer les professionnels sur les principes de l'IHAB et la marche à suivre pour obtenir le label.

Divers spécialistes de l'allaitement sont intervenus sur des thèmes tels que « Comment faire pour démarrer concrètement l'IHAB ? », « Comment concilier l'éthique financière du Label et les liens avec l'industrie ? » etc.

En 2011, la nécessité de former une structure indépendante et centrée uniquement sur le programme Amis des Bébé a entraîné la création de l'association IHAB France. Fin 2013, 20 services français étaient labellisés « Amis des Bébé » ce qui représente environ 25500 naissances par an.

Le schéma 2 et le tableau 9 présentent ces établissements labellisés.

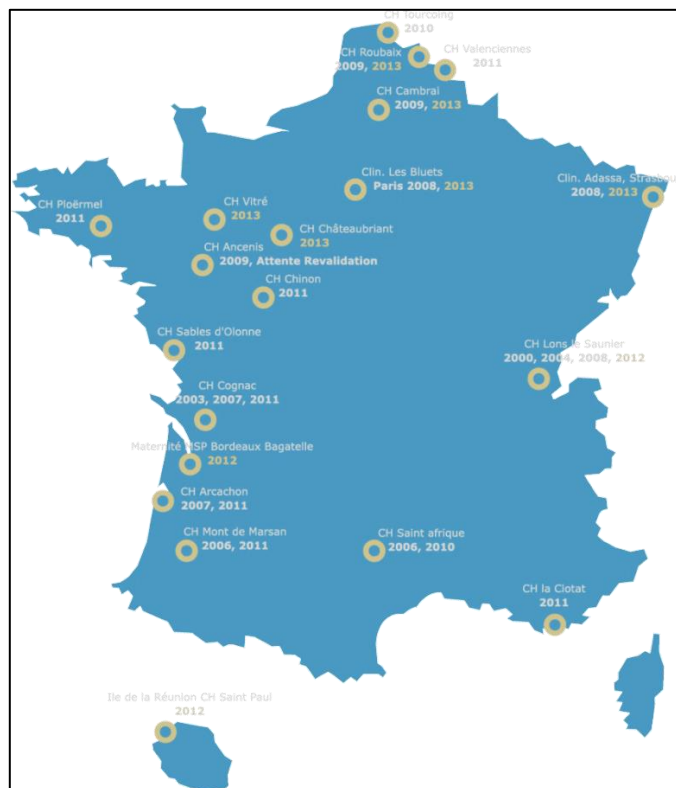


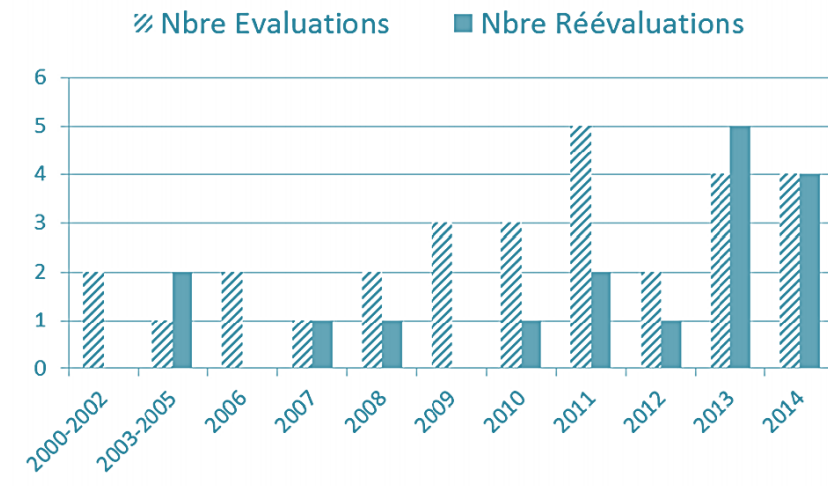
Schéma 2: Carte de l'ensemble des établissements labellisés « Hôpital Ami des Bébé » en France en Décembre 2013

<http://www.amis-des-bebes.fr/etablissements-labelises-ihab.php>

Département	Nom de l'établissement	Type	Nb d'acc./an	Année de labellisation
Jura	Pôle Mère-Enfant du CH de Lons le Saunier	IIB	1400	2000, relabellisée en 2004,2008
Charente	Maternité du CH de Cognac	I	700	2003, relabellisée en 2007, 2011
Sud Aveyron	Maternité du CH de St Afrique	I	300	2006, relabellisée en 2010
Landes	Maternité du CH de Mont de Marsan	IIB	1500	2006 ; relabellisée en 2010
Gironde	Maternité du CH d'Arcachon	I	950	2007, relabellisée en 2011
Seine	Maternité des Bluets à Paris - 12ème	I	2500	2008, relabellisée en 2013
Alsace	Maternité de la Clinique Adassa à Strasbourg	I	1400	2008, relabellisée en 2013
Nord	Pôle Mère-Enfant du CH de Roubaix	IIB	2700	2009, relabellisée en 2013
Nord	Maternité du CH de Cambrai	I	600	2009, relabellisée en 2013
Loire-Atlantique	Maternité du CH d'Ancenis	I	750	2009, Attente revalidation
Loire-Atlantique	Maternité du CH de Saint-Nazaire	IIB	2000	2010
Nord	Pôle Mère-Enfant du CH de Tourcoing	IIA	1800	2010
Nord	Maternité et service de Néonatalogie du Centre Hospitalier de Valenciennes	III	3200	2011
Indre-et-Loire	Maternité du CH du Chinonais à Saint Benoit la Forêt	I	500	2011
Bouches-du-Rhône	Maternité du CH de La Ciotat	I	720	2011
Morbihan	Maternité du CH du Pays de Ploërmel	I	840	2011
Vendée	Maternité du CH Côte de Lumière à Les Sables-d'Olonne	I	700	2011
Ile de la Réunion	Maternité du CH Gabriel Martin à Saint Paul	IIB	1700	2012
Gironde	Maternité de la MSP Bordeaux Bagatelle	I	1800	2012
Ille-et-Vilaine	Maternité du CH Vitré	I	848	2013
Loire – Atlantique	Maternité du CH Châteaubriant	IIA	675	2013
Total	20 établissements labellisés			Environ 25 500 naissances/an

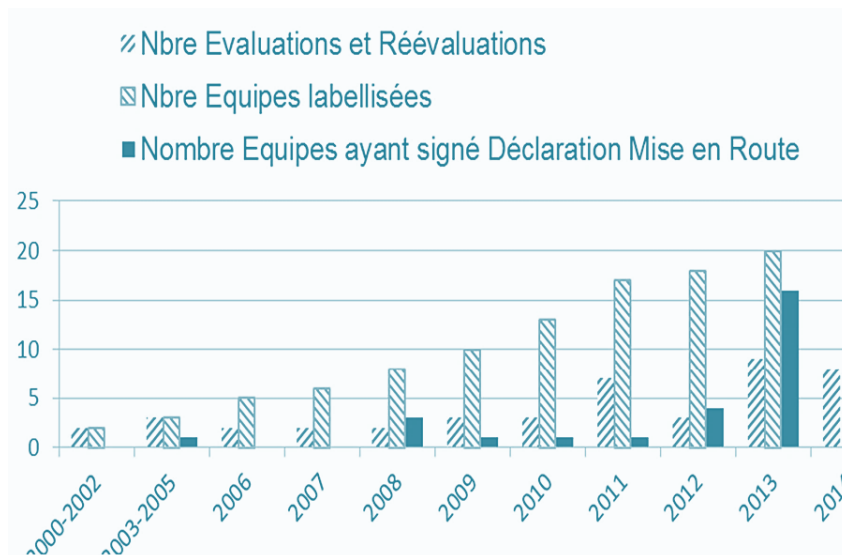
Tableau 9 : Les établissements labellisés IHAB en France <http://amis-des-bebes.fr/etablissements-labelises-ihab.php>

Les graphes 7 et 8 montrent la progression du label IHAB en France.



Graph 7 : Evaluation et réévaluations d'établissements pour le label IHAB en France

http://amis-des-bebes.fr/pdf_news/2014/PPT-13-ans-IHAB-16%20jan2014.pdf



Graph 8 : Evolution du nombre d'évaluations et de réévaluations pour le label IHAB, d'équipes déjà labellisées ou ayant signé la Déclaration de Mise en Route, entre 2000 et 2014 en France

http://amis-des-bebes.fr/pdf_news/2014/PPT-13-ans-IHAB-16%20jan2014.pdf

De plus en plus d'établissements se lancent dans la démarche IHAB, ils étaient 36 en France en Janvier 2014, ce qui représente un engagement de 7.47% des naissances. Les Réseaux de Périnatalité Santé travaillent en collaboration avec l'IHAB France et soutiennent l'expansion du label sur le territoire.

B. La Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel en France

A partir de 1997, la Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel a été célébrée chaque année en France du 1^{er} au 7 Octobre. Depuis 2006, elle a lieu une semaine du mois d'Octobre (pas nécessairement la première).

En 2014, le thème était « l'allaitement, un atout gagnant pour la vie »

Cet évènement est l'occasion pour les associations, les professionnels et le grand public de se réunir dans un but commun : le soutien et la promotion de l'allaitement maternel en France. De nombreux évènements sont organisés chaque année et à différentes échelles : rencontres, forums, ateliers, expositions etc.

Citons par exemple le programme de l'association Alter-Native en Gironde pour la SMAM 2013 qui comportait notamment des rencontres avec une consultante en lactation et une sophrologue, un atelier portage avec une monitrice agréée, une expo photos, un recueil de témoignages etc.

De plus, les rencontres de La Grande Tétée s'organisent chaque année autour de la SMAM, comme par exemple dans notre région à Mont de Marsan ou Bordeaux.

C. La Journée Nationale de l'Allaitement

La COFAM organise régulièrement une Journée Nationale de l'Allaitement qui est l'occasion pour les professionnels, associations et tous autres acteurs de la promotion de l'allaitement d'échanger et de s'informer sur ce sujet.

La JNA de 2014 s'est déroulée le 28 Mars à La Rochelle et avait pour thème « L'allaitement, une prévention pour la vie ». <http://cerdam.org/>

Différents thèmes ont été abordés sous forme de conférences, d'expositions et de témoignages : « Travail en réseau et relation d'aide pour la préservation du lien et le soutien à l'allaitement », « Epigénétique et allaitement, interactions et intérêt de l'allaitement », « Rôle de l'allaitement maternel dans les troubles de l'orthodontie » etc.

Une autre Journée de l'Allaitement fut organisée le 31 Janvier 2014 par le Groupe Allaitement (association de mères formées par des professionnels basée à Chambéry), l'association IPA et le Réseau en Savoie de Soutien à l'Allaitement Maternel (RESAM), à Chambéry.

Celle-ci était plutôt dédiée et aux associations agissant pour la promotion de l'allaitement en France.

Là encore, des professionnels sont intervenus sur des thématiques telles que la prématurité et l'allaitement maternel, les abcès du sein, la phytothérapie et l'allaitement maternel etc.

D. Le Guide de la Haute Autorité de Santé pour favoriser l'allaitement maternel en France

La Haute Autorité de Santé (HAS) est une autorité publique indépendante qui contribue à la régulation du système de santé, notamment en évaluant les produits de santé, les pratiques professionnelles et l'organisation des soins. Elle propose également aux professionnels des outils qui s'avèrent utiles notamment pour la mise en œuvre de démarches qualité (pour l'éducation thérapeutique, la télémédecine, les protocoles pluriprofessionnels etc.) et de parcours de soin adaptés et pour faciliter le Développement Professionnel Continu (DPC).

C'est dans ce contexte d'amélioration et d'évaluation des pratiques que la HAS a publié en 2006 son guide intitulé « Favoriser l'allaitement maternel : processus-évaluation ». Il propose tout d'abord une synthèse des références actuelles, puis un processus de soutien qui se compose de quatre phases :

- Information sur l'allaitement pendant la grossesse
- Démarrage de l'allaitement à la naissance
- Installation de l'allaitement exclusif
- Poursuite de l'allaitement jusqu'au sevrage

La HAS propose des exemples de marche à suivre pour le bon déroulement de ces quatre étapes sous forme de graphique où le rectangle correspond à une étape de l'activité professionnelle et le losange un « nœud de décision ».

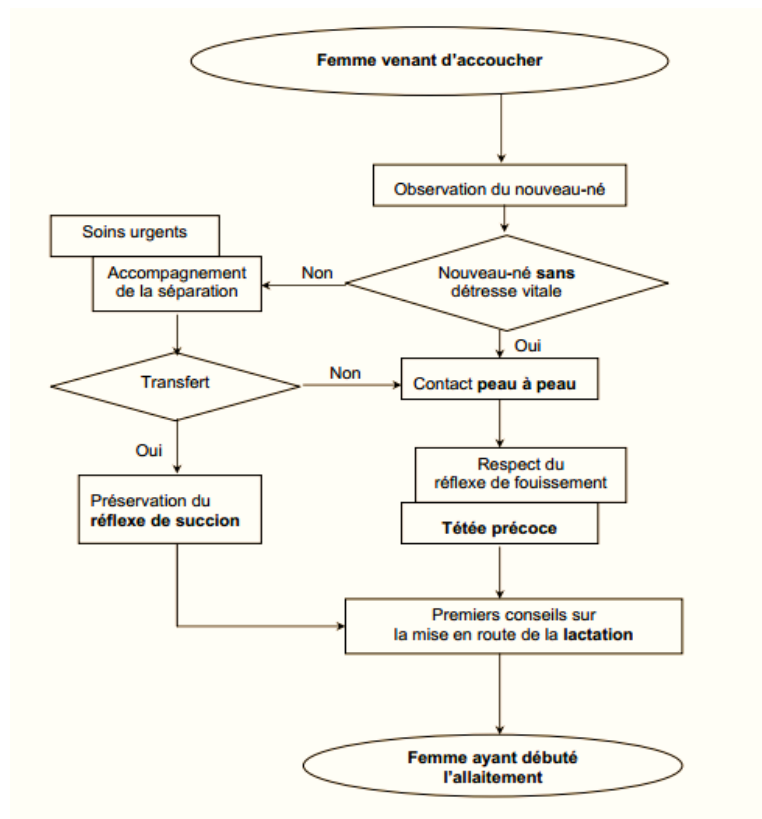


Schéma 3 : Exemple de processus de démarrage de l'allaitement à la naissance (étape 2) selon le guide 2006 de la HAS

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-10/favoriser_lallaitement_maternel_processus_-_evaluation_guide_2006.pdf

Elle encourage également à la mise en place d'un « chemin clinique » qui est une planification des actions à mener et des intervenants, sous forme d'un dossier à remplir au fur et à mesure des avancées.

Enfin, elle présente des critères d'évaluation qui doivent être utilisés pour mesurer la réalisation des objectifs de qualité, sous forme de grilles détaillées à remplir. A travers ce guide, la HAS cherche ainsi à organiser une démarche qualité au service de l'allaitement maternel.

E. Le Programme National Nutrition Santé (PNNS) et l'allaitement.

Depuis des années, l'amélioration de l'état nutritionnel de la population est une priorité de santé publique. Initié en 2001 et prolongé en 2006, le Programme National Nutrition Santé (PNNS) traite de la nutrition comme un déterminant de la santé.

Ce programme se base sur les objectifs de santé publique fixés par le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) pour définir les actions à prévoir. Ces derniers sont au nombre de quatre :

- Réduire l'obésité et le surpoids dans la population.
- Augmenter l'activité physique et diminuer la sédentarité à tous les âges.
- Améliorer les pratiques alimentaires et les apports nutritionnels, notamment chez les populations à risque.
- Réduire la prévalence des pathologies nutritionnelles.

- 1. Le mot « nutrition » doit être compris comme englobant les questions relatives à l'alimentation (nutriments, aliments, déterminants sociaux, culturels, économiques, sensoriels et cognitifs des comportements alimentaires) et à l'activité physique.*
- 2. Le PNNS prend en compte les dimensions biologique, symbolique et sociale de l'acte alimentaire et de l'activité physique.*
- 3. Les orientations développées, les messages promus dans le cadre du PNNS reposent sur une expertise scientifique organisée par les pouvoirs publics.*
- 4. Les actions mises en œuvre par le PNNS ont comme finalité de promouvoir, dans l'alimentation et le mode de vie, les facteurs de protection de la santé et de réduire l'exposition aux facteurs de risque de maladies chroniques. Toutes ces interventions intègrent dans leur conception et leur développement la question des inégalités sociales de santé.*
- 5. Le PNNS privilégie la cohérence, la complémentarité et la synergie des différentes mesures, actions et réglementations pour tendre vers les objectifs fixés. Les mesures d'incitations adaptées aux différents types d'acteurs sont privilégiées. Des mesures réglementaires peuvent être mises en place si nécessaire pour lutter efficacement contre les inégalités sociales de santé en matière nutritionnelle.*
- 6. Les stratégies et actions, mises en place et coordonnées dans le cadre des plans d'intervention développés par les pouvoirs publics qui ont un impact sur l'état nutritionnel de la population doivent être cohérentes, sans contradiction, ni explicite ni par omission.*
- 7. Les repères nutritionnels du PNNS visent à promouvoir une alimentation et une activité physique favorables à un état nutritionnel et un état de santé optimaux. Aucun des messages du PNNS ne proscrie la consommation d'un quelconque aliment ou boisson mis sur le marché. Les repères nutritionnels conduisent, dans un objectif de santé, à promouvoir certaines catégories d'aliments et boissons, ainsi qu'à recommander la limitation d'autres catégories.*
- 8. Les conditions de vie mais également l'environnement alimentaire et physique conditionnent fortement les comportements. Le PNNS doit contribuer à créer un environnement nutritionnel global, facilitant un choix positif pour la santé des consommateurs.*
- 9. Le PNNS promeut et organise le dialogue avec les partenaires du programme au niveau national, régional et local.*
- 10. L'apposition du logo du PNNS sur des documents, outils, supports de communication ou descriptifs d'action, dans le cadre prévu par la réglementation, est le garant de leur validité au regard des objectifs du PNNS.*
- 11. Toute stigmatisation des personnes fondée sur un comportement alimentaire ou un état nutritionnel particulier est bannie par le PNNS.*

La Société Française de Santé Publique (SFSP) a publié en 2010 ses propositions pour le nouveau PNNS qui furent le fruit d'une collaboration entre une trentaine de Sociétés Savantes et d'Experts en nutrition (Société Française de Santé Publique, Association Française des Diététiciens Nutritionnistes, Association Française de Pédiatrie Ambulatoire etc.).

Le PNNS 2011-2015 qui en découle se focalise d'avantage sur la lutte contre les inégalités sociales afin que les améliorations provoquées par le plan concernent la population dans sa totalité.

Parmi les axes stratégiques du programme, le premier (« Réduire par des actions spécifiques les inégalités sociales de santé dans le champ de la nutrition au sein d'actions générales de prévention ») comporte une mesure consacrée à la promotion de l'allaitement maternel, partant du principe que ses effets bénéfiques sur la santé de l'enfant et de sa mère ont été largement démontrés. Cette dernière a pour but l'organisation de la communication et d'information autour de l'allaitement, et ce de manière objective afin de respecter le choix des mères.

De plus, la Société Française de Pédiatrie a réalisé une synthèse du PNNS destinée aux professionnels de santé, dans le but de promouvoir l'allaitement maternel. <http://amis-des-bebes.fr/pdf/documents-reference/Benefices-Sante-AM-PNNS-SFP-Fev2005.pdf>

Elle vient compléter les deux guides publiés par l'Institut National de Prévention et d'Education en Santé (INPES) : « La santé vient en mangeant et en bougeant : le guide nutrition des enfants des ados pour tous les parents » <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/688.pdf> et sa déclinaison « Livret d'accompagnement du guide nutrition des enfants et des ados pour tous les parents destinés aux professionnels de santé », ainsi que les recommandations de la HAS consacrées à la mise en œuvre et la poursuite de l'allaitement maternel dans les six premiers mois de la vie.

F. Les lactariums

Les lactariums sont des établissements consacrés à la collecte, la préparation, le traitement, la conservation et la distribution du lait maternel, qui participent également à la promotion de l'allaitement maternel et l'accompagnement des mères.

En France, les premiers lactariums sont apparus au XVII^e siècle. Aujourd'hui, on compte en tout 35, en incluant ceux à usage interne.

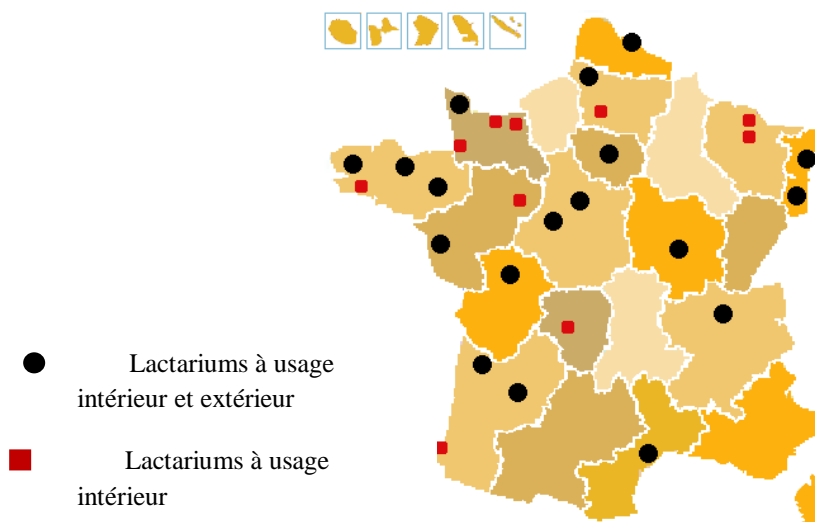


Schéma 4: Carte des lactariums de France

http://sdp.perinat-france.org/ADLF/lactariums_adlf.php#hp

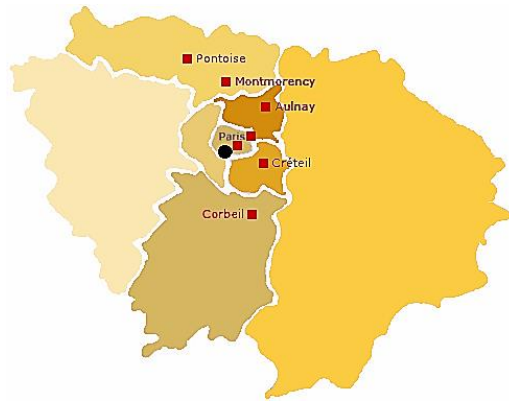


Schéma 5: Carte des lactariums d'Ile-de-France

http://sdp.perinat-france.org/ADLF/lactariums_adlf.php#hp

La répartition géographique n'est pas forcément adaptée aux besoins puisqu'elle s'est faite selon les initiatives des établissements de santé ou des régions.

Ainsi, il existe deux types de lactariums :

- les lactariums à usage intérieur (LUI) qui ne se chargent que de dons de lait dits personnalisés, c'est-à-dire par une mère pour son propre enfant.
- les lactariums à usages intérieur et extérieur qui gèrent les dons de lait personnalisés et les dons anonymes par une mère pour un autre enfant que le sien.

Les lactariums sont de véritables banques de lait maternel. Ce dernier occupe un statut particulier puisque d'après le Code de la Santé Publique (article L5311-1), il s'agit bien d'un produit de santé surveillé par l'ANSM au même titre que les médicaments, les produits sanguins labiles etc.
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idArticle=LEGIARTI000027480562&idSectionTA=LEGISCTA000006171401&cidTexte=LEGI TEXT000006072665&dateTexte=20140320>

Il faut savoir que toute femme désirant faire don de son lait peut le faire, il s'agit d'un geste simple et solidaire qui peut aider de manière considérable un enfant prématuré ou souffrant de maladies digestives immunologiques et allergiques.

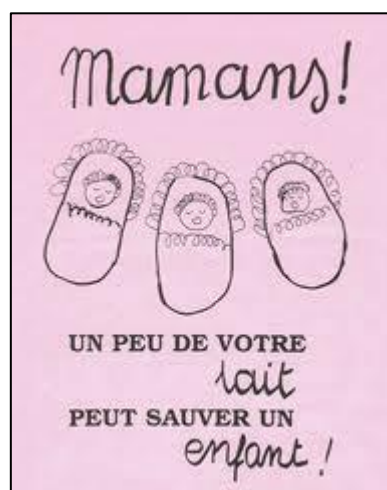


Figure 6 : Une affiche de sensibilisation au don de lait maternel

http://sdp.perinat-france.org/ADLF/don_lait_maternel_donner_adlf.php

Il est évident que les prélèvements, la conservation et le recueil du lait sont des étapes très réglementées afin de garantir l'absence de contamination bactérienne.

Pour ce faire, les mères sont informées au cours d'un premier entretien médical où l'on effectuera également un test sérologique (VIH, Hépatites B et C, Virus T-lymphotrope humain ou HTLV), puis conseillées et soutenues tout au long du processus de don.

De nombreux contrôles rigoureux sont ensuite menés au lactarium, associés à une pasteurisation du lait, avant de le redistribuer sous prescription médicale.

Le fonctionnement des lactariums est essentiellement encadré par deux textes législatifs :

- le Décret du 13 Juillet 2010 (paru au Journal Officiel n°0162 du 16/07/10) relatif aux missions, à l'autorisation et aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des lactariums.
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000022481429&fastPos=1&fastReqId=2111252806&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>
- les règles de bonnes pratiques prévues dans l'article L.2323-1 du Code de la Santé Publique et définies dans la Décision du 3 Décembre 2007 (parue au Journal Officiel n°0004 du 5 Janvier 2008).
<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000017790548&fastPos=1&fastReqId=1194353133&categorieLien=id&oldAction=rechTexte>

Elles traitent tout d'abord du personnel des lactariums qui doit être en nombre suffisant et qualifié (par une formation initiale et continue), afin d'assurer un bon management du lait maternel.

De plus, il faut que les locaux et le matériel soient adaptés et respectent certaines normes d'hygiène. Ils seront inspectés régulièrement.

Les bonnes pratiques concernent également le système de management de la qualité au sein des lactariums. Ainsi, la mise en place d'une documentation interne (procédures, modes opératoires etc.) et externe (textes réglementaires etc.), et d'un système informatique efficient et permettant la protection des données est indispensable. Des autocontrôles qualité par audits doivent être faits régulièrement.

De surcroît, ce texte prévoit des procédures concernant toutes les étapes du don de lait, depuis l'accueil des donneuses jusqu'à la distribution aux nourrissons, en passant notamment par le traitement du lait qui doit inclure une pasteurisation suivie ou pas d'une lyophilisation.

Enfin, l'accent est mis sur l'archivage des données qui doit permettre de retracer l'historique de chaque lot.

Un système d'inspection des lactariums s'appuyant sur ces règles de bonnes pratiques a été mis en place pour faire un état des lieux et les accompagner dans l'amélioration de la qualité de leurs activités. Ainsi, entre 2009 et 2010, 24 lactariums furent inspectés par l'ANSM, dont celui de Marmande.
http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/1f1612520ebed5652aac40af8fa9e683.pdf

Les lactariums français manquent de lait pour répondre aux besoins de leurs services. Ils réalisent alors des campagnes d'information sur le don de lait destinées au grand public ou aux professionnels de santé (notamment des maternités), mais aussi sur les bénéfices du lait maternel.

Ainsi, le personnel des lactariums va informer les mères sur la possibilité de faire un don et les accompagner dans leur choix d'allaitement. Des brochures et autres supports d'information (comme celle ci-dessous) sont proposés pour appuyer leurs propos et répondre aux questions que l'on peut se poser à propos du don de lait maternel.



Lactariums du CHU de Bordeaux



Vous allez donner votre lait maternel,

ce que vous devez savoir



Ce geste va vous demander de respecter certaines règles

Avant le don, un médecin doit s'assurer que vous pouvez donner votre lait sans conséquence ni pour vous ni pour les bébés qui recevront le produit issu de votre don. Il vous interrogera sur votre état de santé ; en effet, pour votre protection, celui-ci peut vous empêcher de faire don de votre lait. Certains de vos antécédents médicaux peuvent contre-indiquer le don de lait pour la protection du receveur. De plus, pour fournir un lait maternel d'une qualité optimale, des mesures de sécurité sanitaire et d'hygiène doivent être respectées afin de réduire au maximum les risques de transmission d'agents infectieux aux bébés.

Quelques conseils

- Votre bébé tète un seul sein : vous pouvez alors recueillir le lait de l'autre sein.
- Votre bébé tète les deux seins : vous recueillez le surplus dès la fin de la tétée.
- Entre chaque tétée, si vos seins sont douloureux ou tendus, vous pouvez tirer le lait à ce moment là, jusqu'à ce que vous soyez soulagée et que vos seins soient redevenus souples. Ces quelques situations illustrent les circonstances dans lesquelles vous pouvez allaiter et recueillir votre lait, mais chaque maman adapte ce moment privilégié à sa lactation.

Consignes de recueil du lait

- Lavez-vous soigneusement les mains
- Installez-vous dans un endroit propre
- Posez le biberon et le tire-lait sur une surface bien nettoyée
- Recueillez votre lait de l'un ou des deux seins selon le besoin

Le matériel

Après chaque utilisation, vous devez laver à l'eau savonneuse et rincer la tétérille, le biberon, le tire-lait et la poire en caoutchouc.

Méthodes de stérilisation :

- ébullition (10mn dans l'eau bouillante)
- vapeur (appareil à vapeur)
- stérilisation à froid (ex : procédé Milton)

La conservation du lait

- Une fois votre lait recueilli, transvasez-le dans les biberons ou flacons fournis par le lactarium. Prenez soin de ne toucher ni l'intérieur ni le bouchon et rebouchez-les soigneusement. Si le volume souhaité de lait est recueilli en une seule fois, fermez le biberon avec le bouchon. Si le volume de lait est recueilli en plusieurs étapes, ne versez pas le lait tiré-tière directement dans le biberon déjà réfrigéré mais refroidissez ce nouveau biberon au réfrigérateur puis versez son contenu dans le biberon de conservation. Notez la date du premier recueil de lait sur le biberon ; ajoutez votre nom et prénom.
- Le lait doit être congelé à -18°C dans les 48 heures après le premier recueil. Vérifiez la température de votre congélateur (-18°C). Ne stockez pas le lait au freezer ou dans le compartiment à glaçons. Veillez à ne pas remplir le biberon au delà de 200 mL. Le lait ainsi stocké peut être conservé au congélateur jusqu'au passage de la collectrice. Informez la collectrice de la prise de médicaments.
- Il ne faut pas ajouter de lait fraîchement recueilli à un biberon de lait congelé. Le lait décongelé ne doit pas être recongelé.

Les contrôles sanguins

Il existe un risque de transmission de maladies virales par le lait. Aussi, un prélèvement sanguin sera effectué par une infirmière à la demande du lactarium. Cette demande sera renouvelée tous les 3 mois jusqu'à la fin du don.

Lactariums du CHU de Bordeaux



■ Lactarium Hôpital des Enfants Bordeaux
Groupe Hospitalier Pellegrin
Place Amélie Raba Léon
33076 Bordeaux cedex
05 56 79 59 14

■ Lactarium Dr Raymond Fourcade Marmande
42 avenue des Martyrs de la Résistance
47200 Marmande
05 53 64 26 22

www.chu-bordeaux.fr

Figure 7 : Une brochure sur le don de lait maternel du lactarium du CHU de Bordeaux

http://www.chu-bordeaux.fr/chub/fileadmin/pdf/evenement/2011/decembre/Lactarium-fiche_A5-4.pdf

Par ailleurs, les lactariums sont aussi des lieux d'écoute et de conseils, surtout pour les mamans après leur retour à domicile. Le personnel leur propose des solutions et astuces à appliquer au quotidien pour que l'allaitement se passe au mieux, que ce soit à propos de la mise au sein et des difficultés qui peuvent en découler, l'utilisation du tire-lait et la conservation du lait maternel, le sevrage, ou encore la reprise du travail. Des consultations par téléphone ou sur place sont ouvertes à toute mère le désirant.

Fondée le 8 Mai 1981, l'Association des Lactariums de France (ADLF) a pour but de promouvoir l'allaitement maternel et d'améliorer les conditions de collecte et de distribution du lait humain.

Elle organise chaque année des colloques réunissant ses membres autour de thèmes comme l'enrichissement du lait maternel pour les grands prématurés ou l'allaitement et le tabac, qui furent abordés en 2013 à Rennes.

G. Les consultants en lactation IBCLC en France

Les consultants en lactation sont des professionnels de l'allaitement dont le rôle est de soutenir et conseiller les mères tout au long de leur projet allaitement. L'appellation IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant) atteste de la qualité de la formation de ces spécialistes.

Ils exercent leur travail en PMI, à l'hôpital, en indépendant ou au sein d'une association, sous forme de consultations, réunions d'information, travaux de groupes ou formations sur l'allaitement.

Leurs compétences et leurs capacités d'écoute sont très utiles pour un accompagnement le plus complet et personnalisé possible des mères allaitantes, comme l'atteste ce témoignage d'une maman ayant fait appel à une consultante en lactation : « Je suis ravie de cette consultation, au bout de trois mois d'allaitement, qui m'a permis de confirmer ce que je pressentais, et de me redonner confiance ainsi qu'en mon bébé. L'écoute puis l'observation attentives ont été suivies des conseils avisés, qui vont me permettre de remettre mon allaitement sur de bons rails, à un moment critique (démarrage de la crèche pour bébé, reprise du travail pour maman, etc.) » <http://www.allaiteraparis.fr/aide-allaitement/temoignage-consultation-allaitement/>

En France, ils sont rassemblés par l'Association Française des Consultants en Lactation, qui participe à la promotion de l'allaitement maternel et de la profession de consultants en lactation, auprès des professionnels de santé, des autorités publiques, des médias et du grand public. Cette association fut fondée en 1993 par les premières consultantes en lactation IBCLC.

Elle organise des journées de formation continue ouvertes à toute personne souhaitant approfondir ses connaissances sur l'allaitement. Elle a également travaillé à la mise en place d'un annuaire de tous les IBCLC de France (membres ou non de l'AFCL) afin de faciliter les recherches des familles et des professionnels.

H. Le plan d'action-allaitement maternel de 2010

En 2009, à la suite du PNNS, le Ministère de la Santé a demandé au Professeur Dominique Turck (chef de service de Pédiatrie Gastroentérologie à l'Hôpital Jeanne de Flandre de Lille, coordonnateur du Comité de nutrition de la Société Française de pédiatrie, membre du Comité de pilotage du Programme National Nutrition Santé (PNNS), et secrétaire du Comité Nutrition de l'European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology And Nutrition) de coordonner un travail visant à proposer des stratégies pour la promotion de l'allaitement maternel. Ce « plan d'action : allaitement maternel », fruit du travail de 33 structures (associations de promotion de l'allaitement, réseaux de soins, organismes de formation etc.) est né en 2010. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Plan_daction_allaitement_Pr_D_Turck.pdf

Il propose tout d'abord des mesures concernant l'organisation de cette promotion à diverses échelles :

- Au niveau local avec la mise en place d'un référent pour l'allaitement dans les maternités.
- Au niveau régional avec un référent pour l'allaitement dans les ARS.
- Au niveau national avec la nomination d'un coordinateur national de l'allaitement et d'un comité national de l'allaitement (CNA).

Il s'intéresse également à la prise en charge des mères à la maternité et prône notamment le développement de l'IHAB, la généralisation de l'entretien prénatal du 4^e mois en consacrant une partie à l'allaitement, et la généralisation des réunions de préparation à la naissance.

Après leur retour à domicile, le plan prévoit un accompagnement important des mères avec la création d'un PMI référent pour chaque unité territoriale.

Le sujet du travail des mères allaitantes est lui aussi abordé, avec notamment une proposition d'allongement du congé de maternité rémunéré qui passerait de 10 à 14 semaines.

Le CNA cité précédemment aurait un rôle de coordination dans la diffusion d'informations sur l'allaitement auprès du public (en ce qui concerne les campagnes de communication, un site internet regroupant les recommandations nationales, européennes et internationales sur l'allaitement, et l'éducation scolaire).

Enfin, les populations défavorisées et les enfants prématurés et de petit poids de naissance sont eux aussi visés par ce plan d'action qui propose d'améliorer la prise en charge et l'accompagnement de ces patients dans leur éventuel projet d'allaitement.

Conclusion

Au vu des nombreux bénéfices que le développement de l'allaitement maternel pourrait apporter sur notre territoire, la promotion de l'allaitement s'est imposée au fil du temps comme une nouvelle préoccupation des autorités publiques, des organisations gouvernementales et non gouvernementales et des associations.

Des avancées ont été constatées et de plus en plus d'acteurs s'impliquent sur cette voie, cependant des progrès restent à faire sur de nombreux points.

La diffusion d'informations à travers des campagnes de promotion, l'organisation de réunions de formation, de groupes de soutien, de forums internet, l'édition de brochures, vidéos etc. par les associations françaises de soutien à l'allaitement participent à l'évolution des mentalités sur ce thème, tant pour le grand public que les professionnels de santé.

L'expansion du label IHAB sera aussi un tremplin pour la promotion de l'allaitement maternel puisque l'augmentation des taux d'allaitement en France est l'une des priorités de cette initiative.

Chapitre 5 : Les déterminants de l'allaitement maternel en France

Chapitre 5 : Les déterminants de l'allaitement maternel en France

Choisir l'allaitement et le réussir, voilà le véritable enjeu. Car ce choix existe, et il se fait d'ailleurs le plus souvent avant ou en début de grossesse. *Beske EJ, Garvis MS, « Important factors in breastfeeding success », Maternal and Child nursing 7 : 174-179*

Mais les motivations quant à cette décision sont complexes et de nombreux facteurs interviennent, car la maternité et l'allaitement sont d'abord l'aventure d'un couple, d'une femme, d'un enfant, mais aussi celle de toute une société.

I. Facteurs liés à la mère et son entourage

1) Perception de l'allaitement maternel

A. Aspects naturel et médical

La première préoccupation de toute mère reste la santé de son enfant. Elle désire ce qu'il y a de mieux pour lui, le meilleur aliment possible.

On retrouve cette préoccupation dans de nombreux témoignages de mères : « Avant l'accouchement, j'avais décidé de l'allaiter pour qu'il démarre mieux dans la vie » ; « Pour moi, allaiter, c'est lié à la maternité [...] pour l'enfant, c'est le mieux [...] ». *Les cahiers du nouveau-né tome 3 : D'amour et de lait... Ouvrage collectif sur l'allaitement sous la direction d'Etienne Herbinet. 1989.303*

L'avancée des connaissances en matière de physiologie de la lactation, de composition du lait maternel, et de bénéfices médicaux pour la maman et le bébé participe à faire pencher la balance santé du côté de l'allaitement maternel lorsqu'une femme doit faire un choix pour l'alimentation de son enfant.

Ainsi, elle sait qu'elle apporte tous les éléments nécessaires à bonne croissance du bébé ainsi que des éléments de défense immunitaire primordiaux.

L'aspect naturel est également une notion qui ressort fréquemment lorsqu'on parle du choix de l'allaitement maternel : « Si on a des seins, c'est pour pouvoir allaiter » *Les cahiers du nouveau-né tome 3 : D'amour et de lait... Ouvrage collectif sur l'allaitement sous la direction d'Etienne Herbinet. 1989.303*. Les femmes le perçoivent comme une fonction humaine essentielle, une norme biologique.

Plusieurs études analysant les motifs de choix de l'allaitement maternel montrent d'ailleurs l'importance de ce facteur « santé, naturel ». Ainsi, d'après une étude menée en 2002 sur les causes d'arrêt de l'allaitement maternel, 70% des mamans choisissent l'allaitement maternel parce qu'il est meilleur pour le bébé. *Capaldi N. La femme française face à l'allaitement maternel. 2002. Mémoire de fin d'études de sage-femme. Bordeaux* Une autre étude datant de 1991 qui portait sur les critères de réussite de l'allaitement maternel à la maternité de Bordeaux montre que 93.4% des mères interrogées disent choisir l'allaitement pour la santé du bébé, et 63.9% parce qu'il est naturel. *Servant V, Loyer S. L'allaitement maternel : les critères de réussite. Mémoire de fin d'études de sage-femme. Bordeaux. 1991*

B. Dimension / influence psychoaffective : un lien fusionnel

On ne peut parler de choix de l'allaitement sans évoquer le lien fusionnel dont témoigne de nombreuses mamans : « [...] après l'accouchement on se sent dépossédée de quelque chose et après, quand on allaite, on a l'impression que le lien est de nouveau très étroit », « Pour moi le nourrir au biberon ça aurait été comme l'introduction d'un tiers entre nous » *Les cahiers du nouveau-né tome 3 : D'amour et de lait... Ouvrage collectif sur l'allaitement sous la direction d'Etienne Herbinet. 1989.303*

Cette relation très privilégiée permet à la femme de se sentir valorisée, d'améliorer sa perception d'elle-même. Elle choisit l'allaitement car elle en retire un investissement émotionnel, mais aussi des gratifications telles qu'un épanouissement dans sa féminité, et dans ce don de soi total et inconditionnel. Le lait maternel marque ici la qualité de femme, la compétence maternelle, la jouissance d'une capacité à nourrir leur enfant par leur propre corps.

Mais le corps à corps fusionnel qui caractérise l'allaitement au sein peut aussi être source d'angoisse notamment en s'associant à un sentiment de dépossession, de dévoration, à une peur de ne plus exister pour soi-même.

Le plaisir physique que certaines femmes décrivent est lui aussi sujet à controverse : « Jusqu'à l'apparition du biberon, la survivance de la race humaine reposait sur deux actes sexuels bien définis : le coït et l'allaitement. Si ces fonctions n'avaient pas été agréables, l'être humain aurait rejoint, depuis un bon nombre de siècles, le rang des espèces disparues » *Le Livre de l'allaitement maternel. Colette Clark. Intrinsèque. 1977. P155*

Ce plaisir d'allaiter a rarement été décrit dans les observations anthropologiques sur nos sociétés traditionnelles, probablement parce que la perception érotique du sein qui supplante sa fonction nourricière en font un sujet tabou.

Cette sensation est très variable d'une femme à l'autre. Citons ce témoignage d'une jeune mère sur le plaisir éprouvé lors de la première mise au sein, recueilli par le docteur Desessartz au XVIII^e siècle, qui se rapproche ici fortement de l'orgasme: "Il m'est difficile de rendre ce qui s'est passé en moi, j'ai senti une commotion que je ne peux comparer qu'à celle que produit l'étincelle électrique ; aussi vive qu'elle, elle m'a soulevée, m'a entraînée vers mon enfant, elle s'est bientôt épanouie dans tout mon corps en y répandant une chaleur délicieuse, à laquelle a succédé le calme d'une volupté inexprimable, lorsque mon enfant a saisi le mamelon et a fait couler la liqueur que la nature et ma tendresse lui destinaient." *Jean-Claude Desessartz, Traité de l'éducation corporelle des enfants en bas-âge, Paris, 1760, 2e éd. 1799, p. 366.*

Certaines sont déroutées par la sensation intense de plaisir qu'elles ressentent et s'en retrouvent inquiètes, confuses. Il en découle parfois un sentiment incestueux : « J'ai éprouvé tant de jouissance à donner le sein à mon enfant que j'avais l'impression de tromper mon mari. » <http://www.illfrance.org/Allaiter-Aujourd'hui/AA-56-Le-plaisir-de-l-allaitement.html>

Mais la plupart du temps il s'agit d'avantage d'une sensation de sensualité qui accompagne les caresses et la découverte de l'autre au cours de l'allaitement : « Ma sœur m'avait dit que lorsque son bébé la tétait, elle avait une véritable volupté sensuelle », « Pour moi c'était un plaisir physique de sentir le bébé qui vous prend quelque chose » *Les cahiers du nouveau-né tome 3 : D'amour et de lait... Ouvrage collectif sur l'allaitement sous la direction d'Etienne Herbinet. 1989.309*

Ce côté « animal » et charnel peut être tout à fait assumé ou au contraire rejeté par les femmes qui peuvent se sentir vulgarisées, certaines percevant ainsi la lactation comme une sorte d'énurésie dont elles sont les victimes. « J'avais fermement décidé de ne pas allaiter, un peu par dégoût : c'est le côté animal, le côté femelle qui me dégoutait » *Les cahiers du nouveau-né tome 3 : D'amour et de lait... Ouvrage collectif sur l'allaitement sous la direction d'Etienne Herbinet. 1989.304-5*

Pour pouvoir ressentir ce plaisir et cet épanouissement dans l'allaitement au sein, il faut que la femme soit bien dans son corps, qu'elle accepte ses seins de mère. Ainsi elle pourra voir l'allaitement comme un temps fort de son corps de femme, dénué de tout sentiment de honte de la nudité. Elle rend son corps totalement disponible et accueillant pour son bébé : « Je ne suis jamais rentrée à la maison pour allaiter. Où que nous allions, j'emmenais le bébé avec nous [...] Quand l'enfant avait faim, je mettais le foulard sur mon épaule et je mettais l'enfant au sein, n'importe où, même à la terrasse d'un café. J'étais fière et je me sentais très bien ! » *Thirion M. L'allaitement : de la naissance au sevrage. Paris : Albin Michel . 1999*

2) La place du père

A. Quand les papas se mêlent d'allaitement

Le père tient une place primordiale dans le choix et le bon déroulement de l'allaitement : sa compagne a besoin qu'il l'accepte totalement et qu'il ait envie que « ça marche » ! Il constitue une aide précieuse à travers l'écoute attentive, le soutien, le contact physique et l'amour qu'il apporte à sa compagne. « Une chose qui a joué pour moi dans la réussite de mon premier allaitement, c'est que mon mari ait été totalement acquis au fait que j'allaite notre enfant, que pour lui ça allait de soi comme la chose la plus évidente et la plus naturelle au monde » *Les cahiers du nouveau-né tome 3 : D'amour et de lait... Ouvrage collectif sur l'allaitement sous la direction d'Etienne Herbinet. 1989.294*

Il est important qu'un dialogue ait lieu au sein du couple avant l'accouchement, pour définir avec le papa le rôle qu'il souhaite jouer, la place qu'il occupera, mais aussi ses craintes et ses désirs

Car s'il est évident qu'il ne peut donner le sein à la place de la mère, le père peut tout à fait être très impliqué dans l'aventure de l'allaitement, de telle façon que ce geste maintes fois répété durant des mois devienne aussi le sien !

Tout d'abord, il a la possibilité d'assister la maman pour la mise au sein, et d'y participer à sa manière : « Je me levais la nuit pour aller chercher le bébé et l'amener à ma conjointe. Après un sein, je changeais la couche du bébé. Après le deuxième sein, je recouchais le bébé. Ceci allégeait la tâche de ma conjointe qui pouvait se reposer un peu plus et cela me permettait d'être très près de mon bébé et de ma conjointe » ; « J'aidais à placer les bébés au sein, à faire les rots, à prendre soin de la maman. Je donnais aussi les bains, ce qui est devenu un moment privilégié entre moi et mes enfants ». <http://www.mamanpourlavie.com/papa-pour-la-vie/role-et-implication/725-quand-les-peres-se-melent-d-allaitement.html>

Mais il existe une autre façon de faire participer le papa à l'allaitement de son enfant : utiliser un tire-lait qui permettra au papa de donner ensuite le lait maternel dans un biberon. Cette solution permet non seulement d'impliquer d'avantage le père dans l'alimentation du bébé, mais aussi à la maman de « souffler » un peu, et d'être libre de s'absenter.

Le tire-lait est un appareil qui permet d'extraire le lait des seins, grâce à une pompe qui peut être manuelle (plutôt pour une utilisation occasionnelle) ou électrique (pour une utilisation régulière). Il existe même actuellement des tire-laits que l'on peut brancher sur l'allume cigarette d'une voiture. On en trouve en vente par correspondance auprès des distributeurs, des animatrices LLL, mais aussi dans des magasins spécialisés en article de puériculture. Il est également possible de louer l'appareil dans une pharmacie d'officine, sachant qu'avec une ordonnance la dite location de la machine est totalement remboursée par la sécurité sociale. Seule une partie du prix du kit à usage personnel (biberons, entonnoirs, tuyaux) n'est pas prise en charge.

L'utilisation de cet appareil nécessite quelques règles d'hygiène simples : nettoyer le plan de travail ainsi que le biberon de recueil et tous les accessoires du tire-lait, et se laver les mains avant utilisation. En ce qui concerne la conservation du lait maternel, les recommandations varient selon les autorités :

Lait maternel	Conditions de conservation	ABM, 2014	LLLI, 2009	AFSSA, 2015	HAS, 2006
Lait frais, fraîchement exprimé	Température ambiante (19 à 25°C)	6 à 8h	4 à 6h	4h	4h
	Glacière avec accumulateurs de froid	24h	-	Pour le transport	-
	Réfrigérateur (+4°C)	5 jours	72h à 8 jours	48h	8 jours
Lait congelé	Congélateur (-18 à -20°C)	6 à 12 mois	6 à 12 mois	4 mois	-
	Décongelé au réfrigérateur	24h, ne pas recongeler	-	24h, ne pas recongeler	24h
	Décongelé, puis porté à température ambiante	-	-	1h	-

Tableau 10 : Comparaison des durées de conservation du lait selon différents organismes

<http://www.lllfrance.org/Autres-textes-LLL/Tableau-comparatif-des-durees-de-conservation-du-lait.html>

Ici, ABM = Academy of Breastfeeding Medicine ; LLLI = La Leche League International ; AFSSA = Agence Française de Sécurité Sanitaire des Aliments ; HAS = Haute Autorité de Santé.

Les règles les plus strictes sont celles de l'AFSSA, et ce sont elles qui sont recommandées en France par le Ministère des affaires sociales et de la santé, l'ANSES (Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail), la Société Française de Pédiatrie et l'AFPA (Association Française de Pédiatrie Ambulatoire). Consultables sur http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Depliant_lait_maternel_2013.pdf

On conseille de préférer le plastique au verre pour le recueil du lait, car les leucocytes adhèrent au verre, donc il y a un risque de perte d'une partie des qualités protectrices du lait maternel. Cependant s'il est destiné à être congelé, le verre convient tout autant, car de toute manière la congélation détruit les facteurs immunitaires. Il faut veiller à ne pas placer ces récipients dans la porte du réfrigérateur, où la température n'est pas assez basse. Pour la congélation, des sacs spécifiques qui peuvent être stérilisés existent sur le marché, mais ils sont assez onéreux.

Des sacs en plastique pour congélation pratiques et bons marché, peuvent suffire, en prenant soin de les doubler et de les placer dans des bas en plastiques rigides. Dans les deux cas, il faut penser à y noter la date du recueil.

Pour décongeler le lait, il faut le placer au réfrigérateur pendant au moins 6h avant la consommation, en gardant à l'esprit qu'un lait décongelé ne peut être recongelé par la suite. Pour le réchauffer, on peut utiliser de l'eau courante chaude mais non bouillante, le bain marie, ou le chauffe-biberon, mais jamais le micro-onde qui détruit certains composants et qui entraîne un risque de brûlure. Il faudra ensuite bien agiter le récipient et vérifier la température sur la face interne de l'avant-bras.

Ainsi, il est tout à fait possible pour le père s'il le souhaite de nourrir lui aussi son enfant sans forcément interrompre l'allaitement maternel.

B. Un sein érotiquement nourricier

Les attitudes des pères vis-à-vis de l'allaitement au sein sont variables : certains sont indifférents, d'autres le soutiennent, pensent que « c'est le mieux pour la santé du bébé », et jouent parfois un rôle de médiateur pour garantir son bon déroulement. Mais certains y sont hostiles, avouant un sentiment de jalousie envers le bébé qui « prend leur place » : « Je me sens complètement exclu de cette relation mère-enfant. Ils se suffisent à eux même. Je n'ai pas de place. » *Thirion M. L'allaitement : de la naissance au sevrage. Paris : Albin Michel ; 1999*

Il est vrai que l'arrivée d'un enfant modifie forcément les rapports du couple, et que le père doit alors se positionner dans une nouvelle identité, un nouveau rôle. Il doit parvenir à comprendre et accepter les phénomènes émotionnels et physiques que la femme vit avec son enfant, sans en souffrir.

Ce sentiment de jalousie est dû à une sexualisation de l'allaitement qui passe par une certaine érotisation du sein, décrite par Freud : « Le sein nourricier de la mère est pour l'enfant le premier objet érotique [...] La mère acquiert une importance unique, incomparable, inaltérable et permanente et devient pour les deux sexes l'objet du premier et du plus puissant des amours, prototype de toutes les relations ultérieures ». *L'érotisme maternelle. Psychanalyse de l'allaitement. Hélène Parat. Dunod. 1999.* Le sein serait donc le plus radical des objets érotiques, il est alors à la fois objet d'amour de l'enfant et de l'homme désiré.

Le compagnon doit apprendre à découvrir une autre sensualité, pour éviter cette compétition sein érotique / sein nourricier, et que finalement le couple trouve son équilibre entre fonction féminine et fonction maternelle.

Le sujet de la sexualité du couple pendant l'allaitement est lui aussi un tabou qui subsiste dans notre société. Les anciennes théories moralistes du Moyen-Age selon lesquelles la sexualité est une impureté dont la femme allaitante doit se protéger sont aujourd'hui complètement archaïques mais influencent encore certains couples de façon plus ou moins inconsciente, bien que l'évolution des connaissances scientifiques les ait discréditées. Il est évident qu'un allaitement bien mené est tout à fait compatible avec une sexualité épanouie.

3) Normes comportementales d'origine socioculturelle

« Ce ne sont pas les mères qui allaitent ou pas, mais les sociétés et les cultures tout entières ! »

Cette phrase du sociologue James Akaré (*interview de James Akaré : "Le sein n'est pas plus sain : il est normal, voire ordinaire" . Grandir autrement n°13 . Septembre-Octobre 2008*) représente bien l'influence du contexte familial, culturel et social dans lequel le couple évolue sur leur conception de l'allaitement.

De nos jours, il subsiste un fort rituel social autour de l'évènement qu'est la naissance d'un enfant, et particulièrement de l'allaitement maternel.

A. Le « conditionnement naturel » ou comportement social acquis

Contrairement aux autres mammifères, l'allaitement maternel au sein est un comportement appris chez la femme, influencé par un modèle social. Ce modèle auquel la mère se réfère a majoritairement pour origine une expérience personnelle.

Ainsi, depuis toujours, la transmission des méthodes de puériculture se faisait d'une génération à l'autre, de mère à fille.

Mais de nos jours, le cadre familial a beaucoup évolué, et la jeune maman a de moins en moins l'occasion d'observer sa propre mère ou une autre femme de sa famille allaiter, et encore moins sur son lieu de travail ou dans des lieux publics. Elle ne peut donc pas reproduire l'exemple maternel.

Or plusieurs études ont montré que l'allaitement au sein est plus fréquemment choisi et réussi si les jeunes mamans ont vu dans leur enfance une femme allaiter, et ce qu'elles s'en souviennent ou pas.

SwitzkyLT et al. Attitudinal and demographic predictors of breast-feeding and bottle-feeding behavior by mothers of six-week-old infantssychological reports. 1979. 45(1) : 3-14

Ce « conditionnement naturel » est en train de disparaître avec la perte de la transmission familiale de modèles influençant la jeune maman de façon plus ou moins consciente.

B. Religions et coutumes : un allaitement multiculturel

On peut définir la culture comme l'ensemble des valeurs, des croyances, des normes et des pratiques qui sont apprises et partagées par les membres d'un groupe particulier et qui guident les attitudes, les décisions et les gestes dans un sens déterminé

De tous temps, les pratiques entourant l'allaitement maternel ont été codifiées, chaque civilisation imposant ses rituels, ses interdits, ses tabous.

Ces coutumes sont ancrées profondément dans notre société actuelle, et influencent de manière plus ou moins consciente le choix de l'allaitement maternel et la façon de le mener.

Parlons par exemple de la religion islamique qui est un véritable mode de vie pour les femmes musulmanes. Le Coran conseille clairement l'allaitement, indiquant même qu'il devra être pratiqué pendant au moins deux ans :

« Allah dit : « Et les mères qui veulent donner un allaitement complet, allaiteront leurs bébés deux ans complets » ». *Berque J. Essai de traduction : Le Coran. Albin Michel. 1995. Coran, 2 :233.*

Allaiter un nouveau-né est considéré dans l'Islam comme le devoir naturel de la mère, ou si elle n'en est pas capable, d'une nourrice. Celle-ci deviendra alors la « mère de lait » de l'enfant. Deux enfant allaités par la même nourrice sont donc considérés comme membres de la même famille et ne peuvent pas se marier entre eux.

Le Ramadan est un mois saint au cours duquel les personnes respectant les préceptes de l'islam jeûnent du lever au coucher du soleil. En sont dispensés les malades, les voyageurs, les personnes souffrant de dénutrition, les femmes ayant leur règles, et les femmes enceintes ou allaitantes. Ces dernières peuvent repousser leur jeûne à un moment où les conditions seront différentes, ou accomplir une œuvre charitable si cela leur est impossible. Malgré cette souplesse, beaucoup préfèrent respecter le jeûne tout en allaitant. *Ertem IO et al. Attitudes and practices of breastfeeding mothers regarding fasting in Ramadan. Child Care Health and Dev. 2001 ; 276 : 545-54*

En ce qui concerne la religion catholique, la Bible ne dicte aucune règle à propos de l'allaitement, si ce n'est qu'il faut « tout mettre en œuvre pour la santé de l'enfant, son épanouissement et son apprentissage à la liberté ». L'allaitement y est considéré comme naturel, comme en témoignent de nombreuses représentations de la Vierge Marie allaitant l'enfant Jésus.

Dans le Nouveau Testament, l'allaitement maternel est d'ailleurs exclu de la malédiction du péché originel, il est décrit comme une bénédiction, riche en symbolique : dévouement de la mère pour son enfant, lien intime du couple mère enfant. Certains versets font référence à l'allaitement, mettant en avant son caractère bénéfique, naturel, nourricier :

« Mais Anne ne monta point, et elle dit à son mari: Lorsque l'enfant sera sevré, je le mènerai, afin qu'il soit présenté devant l'Eternel et qu'il reste là pour toujours. Elkana, son mari, lui dit: Fais ce qui te semblera bon, attends de l'avoir sevré. Veuille seulement l'Eternel accomplir sa parole! Et la femme resta et alla son fils, jusqu'à ce qu'elle le sevrât. » *Bible version Louis Segond. 1910. 1 Samuel 1 :22-23.*

« Magnifique le ventre qui t'a porté et le sein qui t'a allaité ! » *Bible version Louis Segond. 1910. Luc 11 :27*

En outre, les représentations de la Vierge allaitant sont peu fréquentes, et sur la plupart le sein est caché.



Figure 8: De rares représentations de la Vierge allaitant l'enfant Jésus

Vierge et l'enfant, Joovs Van Cleve, 1525 ; Vierge au coussin vert, Andrea Solario 1507

Au-delà de l'emprise de la religion sur les pratiques de l'allaitement, chaque civilisation a son lot d'idées reçues, de fausses vérités qui sont transmises de génération en génération et qui ont encore de nos jours une certaine influence sur la vision et la conduite de l'allaitement dans nos sociétés modernes. Ces dernières, qui furent imposées de tout temps, ont porté préjudice à l'allaitement en créant des craintes souvent infondées : peur d'avoir mal, d'abimer ses seins, d'être trop fatiguée, d'avoir de trop petits seins, de manquer de lait ou qu'il ne soit pas assez riche, de grossir... A l'époque ces inquiétudes étaient relayées par les professionnels de santé, qui participaient à l'entretien de règles et de tabous autour de l'allaitement.

Agnes Fine a étudié de 1978 à 1980 les interdits entourant l'allaitement dans les Pyrénées, recueillant ainsi des témoignages édifiants : *Agnes Fine. Le nourrisson à la croisée des savoirs. Annales de démographie historique. 1994. 201-214*

« Si on a une peur, une peine ou une colère, ou quelque chose qui vous tracasse, si vous donnez le sein à ce moment-là, l'enfant l'attrape ! »

« Au bout d'un mois elle a eu ses règles de nouveau, alors ce lait est devenu comme de l'eau. C'est pas la peine de donner ce lait au petit. »

Malheureusement de tels préjugés subsistent encore aujourd'hui et continuent à desservir l'image de l'allaitement maternel.

C. Le regard de la société française sur l'allaitement

De nos jours, le choix du mode d'alimentation ne peut dépendre du seul désir de la mère, puisqu'elle est soumise à des normes qui lui sont imposées par la société qui l'entoure. On ne peut donc pas dissocier ce choix du contexte social qui environne la mère.

Comme le souligne Yvonne Knibiehler, historienne spécialisée dans l'histoire des femmes, de la famille et de la santé, « L'allaitement maternel, fonction féminine réputée naturelle, relation spécifique entre la femme et l'enfant, se révèle donc aussi comme un remarquable analyseur des liens sociaux. »
Knibiehler Yvonne. L'allaitement et la société. Recherches féministes. 2003. Volume 16 n°2 : 11-23

La notion de représentation sociale est une forme de connaissance qui permet de définir, de nommer et d'interpréter les éléments de notre vie quotidienne. *Jodelet D. Représentation sociale : phénomènes, concept et théorie ». Psychologie sociale. Sous la direction de Moscovici S. 2003. Paris. 361-84.* C'est donc une façon de situer un individu dans l'espace social, de comprendre l'idéologie dominante d'un sujet dans une population donnée.

Les représentations sociales de l'allaitement maternel ont fait l'objet de plusieurs études qui nous permettent de cerner le regard que porte notre société occidentale sur cette pratique au XXI^e siècle.
Bayard Chantal. Les représentations sociales de l'allaitement maternel chez des femmes enceintes québécoises qui désirent allaiter. Mémoire présenté comme exigence partielle de la maîtrise en sociologie. Université du Québec. Montréal. 2008

Plusieurs visions en ressortent, la première étant le caractère naturel, unique et sacré de l'allaitement, et la composition « parfaite » du lait maternel qui fait de lui un « aliment santé ». Dans cette optique, il s'agit d'un acte auquel toutes les femmes seraient naturellement prédisposées. Ce premier concept soulève la question de l'autonomie du choix d'allaiter ou pas leur enfant, les mères pouvant facilement ressentir une certaine culpabilité à « dévier du droit chemin ». Cependant, cette idée de perfection et de parfaite adaptabilité du lait de femme peut aussi susciter un certain scepticisme : les gens se méfient de ce qui est « trop beau pour être vrai ». Cette incrédulité qui caractérise certaines personnes est alimentée par les nombreuses publicités louant les qualités des substituts du lait maternel, les élevant dans leurs esprits au même rang que le lait de femme voire au rang supérieur.

Le concept de « bonne mère » est aussi très souvent évoqué. Les gens perçoivent l'allaitement comme un acte de bonté maternelle, un don de soi, un cadeau que la mère fait à son enfant. Ici encore une dimension morale est mise en lumière puisque les besoins du bébé ont la priorité sur ceux de la maman, qui se donne aveuglément en s'oubliant finalement elle-même.

De surcroît, on ne peut parler des représentations sociales de l'allaitement sans développer l'image du sein en lui-même. Dans notre société, les seins sont avant tout des symboles de féminité, de sexualité féminine, de sensualité et de plaisir. Nous avons tous accès dans notre quotidien à des représentations de seins en tant que symboles érotiques, que ce soit au cinéma, à la télévision, dans les publicités, les magazines etc.

Cependant, ce sein sexuel trouve parfois difficilement sa place dans un contexte d'allaitement nourricier. Plusieurs auteurs décrivent un lien entre sexualité et pratique de l'allaitement *Carter P. Feminism, breasts and breast-feeding. 1995. New York. St Martin's Press ; Young I.M. Throwing like a girl and others essays in feminist philosophy and social theory. 1990. USA. Indiana University Press ; Newton, N. 1992. Interrelationships between sexual responsiveness, birth, and breast feeding. Pre- and Peri-Natal Psychology Journal, 6, 317-336.*

Les mères se heurtent donc au quotidien à un conflit entre fonction sexuelle et nourricière des seins, et peinent parfois à trouver un équilibre qui leur convienne.

Il est un autre problème auquel sont confrontées toutes les mamans allaitantes, et qui est directement lié à cette image sexuelle des seins : il s'agit de l'allaitement en public. De nos jours, en France, il est encore trop rare de voir une mère sortir un sein pour allaiter son enfant dans un lieu public, sans qu'elle ne ressente une certaine gêne ou un jugement de la part d'autrui. Même s'il s'agit de nourrir un bébé, montrer ses seins en public reste un geste inconvenant, voire choquant, obscène. La plupart des femmes sont très sensibles à l'embarras qu'elles suscitent, et ont donc recours à toutes sortes de tactiques pour se faire le plus discrètes possible. Quand elles ne peuvent pas se cacher dans une voiture ou les toilettes d'un restaurant, elles vont se munir d'un châle ou de tout autre objet leur permettant de dissimuler leur nudité. Certaines calculent plutôt leur horaires de sortie afin d'éviter d'avoir à allaiter leur enfant à l'extérieur de chez elles.

Cependant, il est vrai que certaines mères n'ont aucune difficulté à allaiter leur enfant dans un lieu public, elles choisissent d'ignorer le regard des autres, se réjouissant de pouvoir mettre leur enfant au sein « n'importe où », comme le montrent ces témoignages: « J'aime pouvoir allaiter Florence dehors, au supermarché par exemple, pour montrer qu'on peut le faire [...] Ce n'est pas une question de courage. C'est idiot de dire ça. C'est au contraire une solution de facilité. La vie continue comme avant. Il ne faut pas prendre les enfants comme prétexte à son inaction » ; « Je ne suis jamais rentrée à la maison pour allaiter. Où que nous allions, j'emmenais le bébé avec nous [...] Quand l'enfant avait faim, je mettais le foulard sur mon épaule et je mettais l'enfant au sein, n'importe où, même à la terrasse d'un café. J'étais fière et je me sentais très bien ! ». *Thirion Marie. L'allaitement, de la naissance au sevrage. Albin Michel. 2004. 218*

Bien que nous assistions à une évolution des mentalités envers l'allaitement en public, il reste encore bien des efforts à fournir. Voici une affiche qui fut créée à l'occasion de la Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel en 2000 dans le but de lutter contre cette forme de discrimination :



Figure 9 : Une affiche illustrant le thème de la semaine mondiale pour l'allaitement de 2000 : le droit à l'allaitement

worldbreastfeedingweek.net

Malheureusement il est encore trop fréquent en France de voir des mamans se plaindre de s'être fait mettre dehors de certains restaurants ou magasins alors qu'elles donnaient le sein.

Citons par exemple le témoignage récent d'une mère de famille Landaise que l'on a priée de sortir d'une boutique: « Je suis en bout de rayon [...], il n'y a personne à part mes deux filles. Je baisse le haut de mon pull, je sors mon mamelon qui est tout de suite pris par ma petite qui a 20 mois, qui me cache donc déjà toute la poitrine quand la gérante vient vers moi et me dit : "Madame, nous sommes dans un magasin. Et les femmes qui allaitent, c'est comme les hommes torse nu, je n'en veux pas dans mon magasin" » *Aurélie Champagne. Biscarosse (40) : une maman priée d'aller allaiter ailleurs .Sud-Ouest du 31/08/13*

En analysant les différentes représentations sociales de l'allaitement citées ci-dessus, on comprend l'emprise que peut avoir la société sur le choix et la pratique de l'allaitement au quotidien. Les femmes font l'objet de jugements quotidiens qui peuvent s'avérer très lourds à porter et les décourager. A l'ère du biberon qui est devenu une norme, il est compréhensible que beaucoup de mères se tournent vers ce symbole de facilité et de praticité, s'épargnant ainsi les regards d'autrui.

A l'occasion d'un mémoire pour le Diplôme Intra-Universitaire de lactation humaine et d'allaitement maternel, Hélène Sautriau, sage-femme libérale, a mené en 2009-2010 une enquête sur les représentations sociales de l'allaitement chez 206 personnes réparties en sept corpus différents : des mères, des femmes (n'ayant pas eu d'enfant), des sages-femmes, des obstétriciens, des généralistes, des pédiatres et enfin des hommes (n'exerçant pas les professions précédentes).

Elle leur a posé une simple question : « Quels mots vous viennent à l'esprit quand vous pensez à l'allaitement ? ».

Il en ressort une forte prédominance de mots liés à l'affectif, tous corpus confondus. Cependant, on note que les femmes évoquent plutôt l'aspect fonctionnel de l'allaitement, tandis que les mères parlent d'avantage de lien, de sentiments. Bien que le mot « naturel » revienne fréquemment chez tous les praticiens, il est intéressant de noter que 48% des obstétriciens interrogés évoquent les difficultés de l'allaitement, et seulement 11% en citent les avantages. En revanche, les généralistes parlent plus souvent des bénéfices de l'allaitement (48%) et moins fréquemment des désavantages (24%). Enfin, il est frappant de remarquer que 38% des hommes confrontés à cette question citent le mot « seins ». *Sautriau Hélène ». Représentations sociales de l'allaitement maternel ». Mémoire de DIU en lactation humaine et allaitement maternel. Faculté de médecine de Grenoble. 2009-2011).*

Selon l'INRA (Institut National de Recherche Agronomique), l'allaitement est bien une pratique socialement différenciée, d'après une enquête par questionnaires (suivie d'une campagne d'entretiens) menée d'Avril à Juin 1997 sur des mères d'enfants de moins de trois ans, allocataires de la Caisse d'Assurance Maladie du Val-de-Marne. Selon le milieu social, des différences de discours à propos de l'allaitement sont soulevées. On note également une variation des sources de conseil sur l'allaitement. En outre, il semble que les taux d'allaitement varient selon la profession de la mère : 70% des cadres supérieurs interrogés allaitent ou ont allaité leur plus jeune enfant, contre seulement 52% d'ouvrières ou employées. On remarque également que les femmes de milieux sociaux aisés se réfèrent d'avantage aux discours des professionnels de santé que celles des milieux populaires qui évoquent plutôt le côté naturel et le plaisir procuré. On peut en conclure que l'allaitement prend des modalités différentes selon les caractéristiques sociales des mères concernées. Ceci souligne bien cette emprise de la société sur la pratique de l'allaitement dont nous discutons plus haut. *Séverine Gojard. « L'allaitement : une pratique socialement différenciée ». Recherches et Prévisions n°53. 1998. 23-24*

En 2012, l'étude Epifane a soulevé ces variations de pratique de l'allaitement selon le climat sociétal. La conclusion fut la suivante : « des efforts importants en matière de promotion de l'allaitement maternel sont donc nécessaires en France », en ciblant les « groupes à risques » telles que les jeunes mères de faible niveau d'éducation.

Enfin, ajoutons que de nos jours les femmes occidentales sont de plus en plus libres dans leur vie privée et professionnelle, et ce depuis le mouvement de libération des femmes qui naquit dans les années 60. Cette évolution des mœurs leur permet de ne plus seulement organiser leur rôle social autour de leur vie de mère et d'épouse, mais également et de plus en plus autour de leur travail. De ce fait, l'allaitement a pris une image vieillotte, démodée, il représente pour certaines une femme asservie uniquement à sa famille, qui ne peut évoluer professionnellement.

En outre la compatibilité entre allaitement maternel et épanouissement professionnel n'est pas toujours évidente à concevoir, et la future reprise du travail après le congé maternité peut pousser beaucoup de mères à rejeter dès le départ l'allaitement pour ne pas avoir à faire la transition vers un autre mode d'alimentation plus tard.

Au sein même de ces mouvements féministes des années 60, certaines femmes au contraire estiment qu'elles ne devraient pas avoir à faire un choix entre allaitement et travail. Citons Luce Irigaray, psychanalyste féministe française, dont les travaux influencent le féminisme contemporain au niveau international : « Je crois qu'il importe que nous refusions de nous soumettre à une fonction abstraite de reproduction et à un rôle social désobjectivé: le rôle social maternel désobjectivé, commandé par un certain ordre, soumis à la division du travail - producteur/reproductrice - qui nous enferme dans une simple fonction. A-t-on jamais demandé aux pères de renoncer à être des hommes? Nous n'avons pas à renoncer à être des femmes pour être des mères. *Luce Irigaray. » Le corps-à-corps avec la mère ».Montréal, La Pleine Lune. 1981, p. 27*

D. Influence de l'entourage et du réseau familial

Nous avons vu précédemment que l'allaitement maternel est très influencé par le comportement social acquis et donc la présence ou l'absence d'un modèle de référence, qui est la plupart du temps représenté par la mère de l'accouchée. Nous avons parlé également du rôle du père dans l'accompagnement de la femme allaitante et la façon dont le couple peut évoluer lors de ce chamboulement que provoque l'arrivée d'un bébé.

Mais il faut aussi appréhender l'entourage, plus particulièrement le réseau familial de la mère, comme un groupe social dont l'influence sur sa perception et sa pratique de l'allaitement n'est pas des moindres. En 1979, L.T Switzky et ses collaborateurs ont étudié l'impact de facteurs démographiques, sociaux et comportementaux sur l'allaitement maternel chez des mamans de bébés âgés de six semaines. La moitié d'entre elles avaient choisi l'allaitement au sein, l'autre d'utiliser le biberon. Cette enquête a montré une forte influence du soutien de la famille et plus particulièrement du conjoint, mais aussi des amis de la mère, sur la conception et le déroulement de l'allaitement. *Switzky LT et al. Attitudinal and demographic predictors of breastfeeding and bottlefeeding behavior by mothers of six-week-years old infants . 1979. Psychological Reports n°45 : 3-14*

Tout d'abord, l'emprise de la mère de la femme qui a accouché est indéniable. En plus de représenter pour elle un repère, une référence, elle constitue souvent une aide au quotidien qui s'avère très précieuse. Cette influence est telle que plusieurs études ont démontré qu'elle est la principale source de découragement si elle n'a pas elle-même allaité auparavant. *Beske EJ, Garvis MS. Important factors in breastfeeding success. 1982. Maternal and child nursing n°7 : 174-9.* De plus, en 1984, Forman démontrait l'impact de l'éducation reçue par la mère sur le choix et la durée de l'allaitement. *Forman MR. Review of research on the factors associated with choice and duration of infant feeding in less-developed countries. 1984. Pediatrics Supplement 74(4) : 667-94.*

De manière générale, on peut décrire deux cas de figures dans lesquels la jeune mère peut se retrouver.

Dans le premier cas, elle évolue au sein d'un milieu familial favorable à l'allaitement, qui a été pratiqué par plusieurs générations (mère, grand-mère, sœur, tante etc.). Elle se sent alors soutenue et choisira probablement d'allaiter car pour elle « ça va de soi ». Elle ne doute pas de sa capacité à allaiter et de ses compétences de « bonne mère » puisqu'elle est entourée de modèles pour lesquelles l'allaitement est naturel, bénéfique.

« Moi, je veux allaiter. Je veux allaiter c'est sûr [...] ma mère m'a allaitée. Mon père s'est remarié, il a eu une autre femme avec qui il a eu mon frère et ma sœur. Elle aussi, elle a allaité »

« J'ai dix ans de différence avec ma plus jeune sœur. Ce qui fait que moi, quand j'avais 10 ans, je voyais ma mère allaiter ma jeune sœur. Pis je l'ai vue allaiter mon frère aussi »

Chantal Bayard. Les représentations sociales de l'allaitement maternel chez des femmes enceintes québécoises qui désirent allaiter. Mémoire présenté comme exigence partielle de la maîtrise en sociologie. 2008. Université du Québec. Montréal. 59-60

Il s'agit en fait d'une transmission familiale, qui a fait également l'objet de l'enquête de l'INRA de 1997 citée plus haut. Selon cette étude, il existe une nette corrélation entre le fait de s'être occupé de ses frères et sœurs et la mention de la mère en première position parmi les conseillers pour l'alimentation de l'enfant. Ainsi, 29% des femmes citent leur maman comme la principale source de conseils pour l'éducation de leur premier enfant. Ce taux passe à 34% parmi celles qui se sont occupé de leurs frères et sœurs.

Néanmoins, ce savoir-faire familial concernerait surtout les milieux populaires et serait moins présent dans les classes supérieures. En effet, dans ce deuxième cas de figure, les femmes citent plus facilement en première position leur pédiatre ou un livre. Elles s'avèrent finalement moins autonomes en ce qui concerne l'alimentation de leur enfant puisqu'elles ont plus facilement recours à un professionnel de santé. *Séverine Gojard. L'allaitement : une pratique socialement différenciée. 1998. Recherches et prévisions n°53 : 23-24*

Cependant, certaines femmes ne bénéficient pas de ce climat familial favorable à l'allaitement. Pour elles, leur entourage est plutôt source de découragement de par son attitude négative sur ce sujet-là. Elles sont accablées de recommandations, de conseils plus ou moins pertinents, qui sont souvent le résultat d'idées reçues s'avérant infondées. De plus, si une personne de la famille a eu une mauvaise expérience avec l'allaitement, elle peut de manière plus ou moins consciente transmettre son appréhension à la jeune mère.

Ces femmes sont alors parfois amenées à douter d'elles-mêmes, de leur capacité à allaiter, à être une « bonne mère ». Elles craignent de ne pas avoir assez de lait, de ne pas pouvoir allaiter sur le long terme, d'avoir mal, d'abîmer leurs seins ... Ces facteurs suffisent souvent à dissuader la jeune maman :

« Ma peur s'est accrochée à un témoignage particulier d'une amie qui avait accouché alors que j'étais aux premiers mois de ma grossesse ; elle disait avoir dû renoncer à allaiter son enfant à cause de crevasses. » *Les cahiers du nouveau-né tome 3 : D'amour et de lait... Ouvrage collectif sur l'allaitement sous la direction d'Etienne Herbinet. 1989.290*

« Un moment, j'ai pensé que je n'aurais jamais assez de lait pour te rassasier [...] D'autant plus allègrement que ma mère s'est tout de suite mise en tête de me convaincre d'abandonner. « Pourquoi ne le nourris-tu pas au biberon ? C'est tellement plus simple. D'ailleurs avec toi, c'est ce que j'ai fait et tu ne t'en portes pas plus mal. » Je me suis sentie mauvaise mère parce que j'avais fait un choix différent [...] « Et d'ailleurs, ce que me disait ma mère : si tu veux garder de beaux seins, évite d'allaiter. » [...] J'ai beau savoir qu'il s'agit là de superstition sans fondements, qui changent à chaque génération, ça ne m'a pas aidée. Heureusement, j'ai trouvé autour de moi d'autres soutiens. » *Eliacheff Caroline, Heinich Nathalie. Mères-filles : une relation à trois. 2002. Albin Michel*

Ces mères ayant une faible confiance en elles ont statistiquement moins de chance d'allaiter sur le long terme comme l'a montré une étude prospective menée sur 300 mères australiennes en 2002. Elle se basait sur un questionnaire : le « Breastfeeding Self-Efficacy Scale » qui permettait d'évaluer la confiance en soi pour l'allaitement chez ces femmes. Il en ressortait que les mères ayant une forte confiance en leur capacité d'allaiter allaitaient significativement plus, et de manière exclusive, que celles faisant preuve de peu de confiance en elles. *Blyth R, Creedy DK, Dennis CL et al. Effect of maternal confidence on breastfeeding duration : an application of breastfeeding self-efficacy theory. Birth 2002 ; 29 : 278-84*

Ainsi, l'impact de l'entourage de la mère est un facteur non négligeable parmi les déterminants de l'allaitement, car s'il est un choix pour la maman, il est aussi une affaire de famille.

Bien qu'il s'agisse toujours d'un choix individuel, basé sur des perceptions personnelles, la décision d'allaiter s'inscrit donc dans un ensemble de contraintes sociales dont on ne peut la détacher. Mais il existe bien d'autres déterminants, extérieurs à la mère et son entourage, qui influent sur le choix de l'allaitement.

II. Facteurs liés au système de santé

1) Influence des professionnels de la santé

Quelle que soit la perception de l'allaitement que peut avoir la mère, et quelle que soit la façon dont il est abordé au sein du couple, il n'est jamais inné. Il s'agit d'un acte qui ne s'improvise pas et qui nécessite un accompagnement, tout du moins pour les toutes premières tétées. Les professionnels de santé, et tout particulièrement l'équipe médicale de la maternité où a lieu l'accouchement, constituent un appui précieux pour démarrer l'allaitement. Sikorski et ses collègues ont d'ailleurs montré via une étude sur une cohorte de 23712 mères que le soutien des professionnels est d'une efficacité indéniable sur la durée de l'allaitement

Sikorski J, Renfrew MJ, Pindoria S et al. Support for breastfeeding mothers : a systematic review. Paediatric and Perinatal Epidemiology 2003 ; 17 : 407-17

Leur rôle n'est pas pour autant des plus faciles. Ils doivent assurer l'accueil des futurs parents, leur fournir des informations claires et efficaces, tout en prodiguant les meilleurs soins possibles à la jeune maman et au bébé.

En outre, ils doivent en permanence respecter les choix du couple, veiller à les guider, les encourager, sans jamais rien leur imposer.

A. Des conseils précieux

Il est primordial que tous les membres de l'équipe médicale informent de manière adaptée les parents afin de créer des conditions optimales pour que leur éventuel désir d'allaitement soit satisfait et se réalise librement.

Cela passe par des conseils pratiques qui, dans l'idéal, doivent s'inscrire au sein d'un discours commun à tout le personnel. Ces derniers concernent des sujets variables tels que la bonne position pour une mise au sein efficace et sans douleur, la préparation des seins avant les tétées, l'allaitement à la demande, la conservation du lait, les pesées etc. Les contre-indications à l'allaitement, bien que rares, doivent aussi être abordées et expliqués.

Il faudra aussi parler des difficultés qui peuvent être rencontrées au cours de l'allaitement et de la façon de les prévenir ou les guérir, qu'ils concernent maman (crevasses, engorgements, fatigue, baisse du débit de lait etc.) ou bébé (selles un peu liquides, peau sèche, bébé un peu trop « endormi » etc.). En effet, c'est souvent lors des premières tétées que surviennent les petits problèmes classiques. Il s'agit donc d'une période critique où le professionnel doit être présent pour les prendre en charge le plus rapidement et efficacement possible.

Ce sera également l'occasion d'aborder le retour à la maison, pour rendre les parents le plus autonomes possible à cette occasion, ainsi que le sevrage : quand le débiter, quelle tétée supprimer et à quel moment, comment diversifier par la suite l'alimentation du bébé etc.

Le mieux est de faire participer au maximum la jeune mère aux soins du bébé, ce qui lui permettra de poser toutes les questions qu'elle souhaite. Ainsi le professionnel pourra contrôler que tout se passe bien pour l'enfant (émission du méconium, courbe de poids, température etc.) sans en faire trop, et la maman se sentira impliquée et rassurée à propos de ses capacités maternelles.

Sages-femmes, puéricultrices, infirmières et médecins se doivent également de revenir sur les nombreuses idées reçues qui subsistent autour de l'allaitement : une petite poitrine de donnera pas assez de lait, le lait n'est parfois pas assez nourrissant, si une mère n'avait pas assez de lait alors il en sera de même pour sa fille etc.

Ainsi une fois libérée de ces croyances erronées, les femmes pourront faire leur choix concernant l'alimentation de leur enfant en toute connaissance de cause.

Précisons cependant qu'il ne faut pas apporter toutes ces informations d'un seul bloc à la jeune maman, qui se sentira vite dépassée. Toute la subtilité du soutien des professionnels de la natalité est qu'ils doivent savoir délivrer les bons conseils au bon moment, être le plus complet possible sans en faire trop.

B. Préparation pré-natale et consultations allaitement

Il existe de nos jours des séances de préparation à l'accouchement dont une partie est consacrée à l'éducation sur l'allaitement. La HAS recommande d'ailleurs d'informer les futurs parents à ce propos dès la préparation prénatale. Malheureusement, cette information est loin d'être systématique. Une étude menée à Pittsburgh aux Etats-Unis a d'ailleurs montré que la question de l'allaitement n'est abordée que dans 29% des cas lors de la première consultation prénatale, et que lorsqu'elle l'est, c'est de façon très brève. *Demirci JR et coll. Characteristics of breastfeeding discussions at the initial prenatal visit. Obstetrics and Gynecology. 2013. 122: 1263-70*

Les consultations allaitement, quant à elles, sont exclusivement dédiées à ce sujet. Elles sont animées par des conseillers en allaitement, des consultants en lactation (qui eux ont obtenu la certification IBCLC), ou des sages-femmes, et ce au sein de l'Hôpital, de centres de PMI, ou en libéral.

Toutes les mamans qui ressentent la nécessité d'un accompagnement autour de l'allaitement, que ce soit pendant la grossesse ou après l'accouchement, devraient avoir accès à de telles consultations. Elles sont pourtant encore peu connues en France.

Elles permettent d'aborder une multitude de sujets : la bonne position au sein, l'intérêt du colostrum, le peau à peau, les difficultés de la mise au sein etc. et d'apporter à la jeune mère des réponses à toutes les questions qu'elle peut se poser. Il peut également arriver qu'une femme consulte pour un problème plus ou moins grave lié à l'allaitement qu'elle ne peut résoudre seule.

Ainsi, les difficultés qui autrefois étaient souvent causes de sevrage (manque de lait, douleurs, reprise du travail etc.) sont maintenant des motifs de consultation. La durée de l'allaitement s'en trouve alors prolongée.

Ces consultations sont aussi une occasion de rassurer les jeunes mamans et de leur apporter un soutien moral qui les aidera à s'épanouir dans leur choix d'allaitement.

Plusieurs études ont montré l'intérêt d'une éducation avant l'accouchement sur le succès de l'allaitement. Une première enquête révélait en 1984 un effet significativement positif de cours sur l'allaitement dans les deux derniers mois de grossesse sur la durée de l'allaitement, chez des femmes qui avaient décidé d'allaiter au sein. *Wiles LS. The effect of prenatal breastfeeding education on breastfeeding success and maternal perception of the infant. 1984. Journal of obstetric, gynaecologic and neonatal nursing n°13 : 253-7*

Une autre a comparé trois groupes de femmes :

- Le premier dont les membres avaient droit à un cours particulier sur l'allaitement dispensé au pied du lit pendant leur séjour hospitalier.
- Le second dans lequel on leur remettait seulement une carte avec les coordonnées d'un professionnel conseiller en lactation.
- Le dernier dans lequel on leur proposait la même carte ainsi qu'un manuel d'informations dont le contenu était similaire au cours particulier du premier groupe.

Il est apparu qu'une majorité des femmes allaitant encore un mois après l'accouchement provenaient du groupe 1. Ceci souligne qu'au-delà de la qualité des informations dispensées, le contact humain a son importance dans leur transmission et leur intégration. *Johnson CA, Garza C, Nichols B. A teaching intervention to improve breastfeeding success. 1984. Journal of nutrition education n°16 : 19-22*

Par ailleurs, l'intérêt des consultations allaitement a été également démontré en post-natal. Ainsi, en 2002, Anne-Sophie Ayral présentait les résultats d'un essai portant sur l'efficacité d'une consultation spécialisée dans les quinze jours *post-partum* sur le taux d'allaitement maternel exclusif à un mois. 231 mères étaient réparties en deux groupes :

- Le groupe « consultation » dont les membres ont consulté au quinzième jour *post-partum* un praticien qui avait pour but de les aider à réaliser leur projet allaitement
- Le groupe « témoin » au sein duquel elles bénéficiaient d'une prise en charge conventionnelle laissée à leur libre choix.

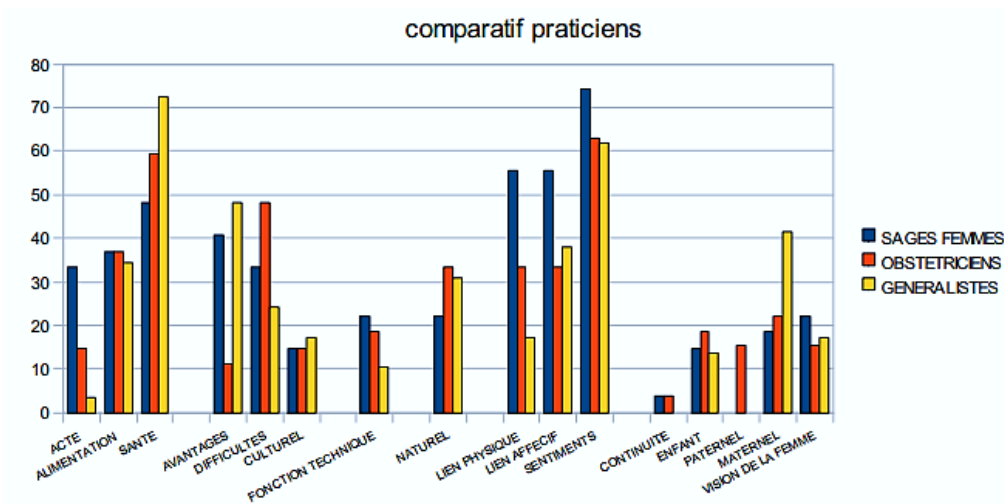
Au bout d'un mois, 83% des mères du groupe « consultation » déclaraient avoir allaité de manière exclusive, contre 72% des mères du groupe « témoin ».

Pour que l'allaitement maternel s'inscrive dans la durée, il est donc primordial d'associer soutien pré et post-natal, comme le confirme une analyse de la collaboration Cochrane en 2002 (organisation indépendante à but non lucratif qui a pour but de regrouper des informations scientifiquement validées concernant la recherche médicale, et dont les travaux sont publiés dans « the Cochrane library »). *Sikorski J, Renfrew M J, Pindoria S, Wade A. Support for breastfeeding mothers. Cochrane Review. The Cochrane Library, Issue 2, 2002. Oxford*

C. L'influence de la perception personnelle de l'allaitement des professionnels de santé

Bien entendu il est important que l'équipe se veuille impartiale, mettant de côté ses propres à priori, ce qui n'est pas toujours évident. Quel que soit le choix de la jeune mère, il doit avant tout être respecté. Ce sont son bien-être et celui de son enfant qui restent la priorité. Ainsi, si elle décide de ne pas allaiter, elle sera accompagnée dans le choix et l'utilisation des substituts du lait maternel. De même, si après avoir penché pour l'allaitement au sein elle préfère le stopper, quelle qu'en soit la raison, il faudra la guider et la conseiller pour que cette interruption se passe le mieux possible pour elle et pour l'enfant.

Comme nous l'avons vu précédemment, l'étude d'Hélène Sautriau a montré qu'il existe bel et bien des disparités en ce qui concerne la perception de l'allaitement maternel selon les praticiens. Elles sont reprises dans le graphe 9.



Graphe 9: Comparatif de la perception personnelle des praticiens : thèmes les plus fréquemment cités à l'occasion du questionnaire d'Hélène Sautriau analysant les représentations sociales de l'allaitement maternel.

Sautriau Hélène. Représentations sociales de l'allaitement maternel. Mémoire de DIU en lactation humaine et allaitement maternel. Faculté de médecine de Grenoble. 2009-2010

Ainsi l'on peut constater que le thème des sentiments est l'un des plus cités quel que soit le groupe, avec une proportion un peu plus importante chez les sages-femmes. S'agissant des généralistes, ils semblent cependant privilégier la santé. Les obstétriciens auront beaucoup plus facilement en tête les difficultés de l'allaitement que ses avantages comparé aux autres corpus. Quant aux sages-femmes, elles citent bien plus fréquemment ses bienfaits, ainsi que les liens physiques et affectifs qui se nouent au cours de l'allaitement.

Une autre étude a montré en 2004 que les obstétriciens et les pédiatres manquent de confiance en leurs compétences à soutenir l'allaitement maternel. De plus, ils ont peu de pratique et sont sceptiques quant aux bénéfices de l'allaitement maternel par rapport au lait artificiel Taveras E/M/, Li R. Grummer-Strawn L., Richardson M., Marshall R., Régo V.H., Miroshnik I., Lieu T.A., *Opinions and practices of clinicians associated with continuation of exclusive breastfeeding., Pediatrics, Vol. 113, N° 4, April 2004, pp 283-290*

Il est naturel que les professionnels de santé soient influencés par leurs propres a priori, par leurs cultures respectives. Mais ils se doivent de ne pas les laisser prendre le pas sur leur jugement scientifique, et d'éviter de compromettre leurs interactions avec les patients par de tels préjugés.

2) La formation des professionnels de santé sur l'allaitement

Bien que les bénéfices santé de l'allaitement soient unanimement reconnus, la formation initiale des professionnels de santé sur ce thème reste insuffisante.

Ainsi, les médecins généralistes comme les gynécologues-obstétriciens et les pédiatres ne bénéficient que de très peu d'heures de cours sur l'alimentation des nourrissons pendant leurs études. En ce qui concerne les sages-femmes, leur programme prévoit parmi ses objectifs de « promouvoir l'allaitement et d'assurer son suivi », mais le volume d'enseignement et l'expertise des intervenants sont très variables. Le programme dédié à la formation des puéricultrices et auxiliaires de puéricultrice est en cours de révision, pour consacrer d'avantage d'heures de cours théoriques et d'applications pratiques à l'allaitement. Enfin, pour les infirmiers comme les pharmaciens, l'allaitement maternel n'est tout simplement pas au programme !

Une enquête réalisée auprès de 20 généralistes du Val-de-Marne dans le cadre d'une thèse de médecine montre que leurs attitudes, leurs connaissances et leurs réponses sont très variables face aux mères allaitantes. On remarquait également que le plus souvent, devant un problème lié à l'allaitement (fatigue excessive, baisse de la sécrétion lactée etc.), la réponse était de le stopper complètement. *Lucas L et E. Le généraliste face aux déterminants de la conduite de l'allaitement. Thèse de doctorat en médecine. 1998. Paris 6. n°14*

En outre, une étude américaine datant de 2005 et portant sur 262 médecins (généralistes, pédiatres et gynécologues) montre que 51% estiment que leur formation sur le sujet était incomplète. Plus saisissant encore, 42% des médecins ne savaient pas que certains virus pouvaient être transmis par le lait maternel, et 27% seulement savaient qu'un apport supplémentaire en vitamine D était nécessaire pour les enfants allaités au sein. *Krogstrand KS, Parr K. Physicians ask for more problem-solving information to promote and support breastfeeding. J Am Diet Assoc 2005 ;105 : 1943-47*

Ainsi, les praticiens eux-mêmes déplorent l'insuffisance de leur formation initiale, et le manque de connaissances pratiques à ce sujet :

« Je travaillais à mi-temps dans une PMI et je me suis vite rendu compte que j'avais de grosses lacunes en matière d'allaitement. Je ne savais pas toujours quoi proposer dans les situations problématiques. Maintenant, je me sens à l'aise car j'ai complété mes connaissances aussi bien pratiques que théoriques », déclare Fabienne Perriat-Sanguinet, infirmière puéricultrice devenue consultante en lactation.

« En France, on manque de cohérence dans nos pratiques », affirme à son tour Sophie Grebot, puéricultrice et consultante en lactation. <http://www.actusoins.com/4948/naitre-et-savoir-des-formations-meconnues-pour-devenir-specialiste-de-l%E2%80%99allaitement.html> consulté le 01/07/14

Une autre enquête, allemande cette fois-ci, suivant des mères ayant fait le choix de l'allaitement à travers des entretiens téléphoniques réguliers, montrait qu'au cours des consultations prénatales, 83% des gynécologues n'avaient jamais abordé le thème de l'allaitement, et 81% n'avaient pas examiné leurs seins. *Peters E, Wehkamp KH, Felberbaum RE et al. Breastfeeding duration is determined by only a few factors. European Journal of Public Health 2005*

Mais ces lacunes ne sont pas une fatalité et peuvent être comblées par des formations adéquates.

Dans cette optique, le deuxième Plan National Nutrition Santé (2006-2010) proposait notamment de développer des plans de formation des professionnels de maternité et de nommer dans chaque maternité un professionnel référent sur les questions d'allaitement, afin de favoriser le soutien des femmes allaitantes.

En plus du certificat international de consultant en lactation IBCLC dont nous parlons plus haut, il existe en France un Diplôme Inter Universitaire sur la Lactation Humaine et l'Allaitement Maternel (DIULHAM) réservé aux médecins, sages-femmes et puéricultrices, qui peut être obtenu après une formation de 3 semaines débouchant sur la rédaction d'un mémoire et sur un examen final. Il est organisé par quatre CHU, se déroulant alternativement à Grenoble, Lille, Brest et Toulouse.

Notons également que dans la démarche du label « Ami des Bébé », le personnel soignant doit bénéficier d'une formation de 20h minimum, soit trois journées consacrées à l'allaitement, ainsi que de séances de Pratique Clinique Supervisée (PCS) d'au moins 3h.

Ces formations sont d'un intérêt majeur pour le développement de l'allaitement et plus particulièrement le soutien aux femmes allaitantes. Il a même été montré qu'un programme intensif de formation de 3 jours pour les professionnels des maternités peut être suivi d'une augmentation significative (bien que modérée) de la durée d'allaitement *Vittoz JP et al. Effect of a training program for maternity ward professionals on duration of breastfeeding. Birth 2004 ; 31 : 302-7*

3) Les pratiques hospitalières

De nos jours, il subsiste des disparités au niveau des pratiques hospitalières selon les maternités : rythme des équipes, protocoles de prise en charge, temps consacré à l'allaitement etc. Celles-ci sont directement liées à la prise de position de l'établissement vis-à-vis de l'allaitement.

Certaines maternités ont conservé un mode de fonctionnement « à l'ancienne » en ce qui concerne l'allaitement, avec des règles strictes en ce qui concerne les horaires des tétées et les pesées. L'enfant n'est pas directement mis en contact avec sa mère après l'accouchement, et la première mise au sein s'en trouve retardée. Il arrive également que des compléments soient proposés de façon systématique même lorsqu'ils ne sont pas indispensables. Ces paroles de femmes ayant accouché dans les années 80 témoignent des pratiques usuelles à cette époque-là dans les maternités :

« On m'a fait venir à 12h30, 15h30, et 18h30. Si je venais un peu à l'avance et qu'il pleurait, je n'avais pas le droit de le prendre [...] Je devais attendre qu'il soit pesé »

« Je n'avais droit qu'à dix minutes en tout pour le faire téter...L'infirmière chronométrait et au bout de dix minutes le reprenait pour le peser et donner le complément au biberon »

« J'avais du lait, mais le problème c'était un problème de temps : il fallait qu'il se réveille parce que, au bout de dix minutes, on le reprenait. »

Les cahiers du nouveau-né tome 3 : D'amour et de lait... Ouvrage collectif sur l'allaitement sous la direction d'Etienne Herbinet. 1989.102-4

A l'opposé, d'autres établissements, et plus particulièrement ceux certifiés « Ami des bébés », proposent un environnement beaucoup plus favorable à une bonne initiation et un prolongement de l'allaitement. La priorité est donnée à la proximité mère-enfant et au contact peau à peau. On favorise également une première mise au sein la plus précoce possible en laissant le temps au nouveau-né et à sa maman de se découvrir. De plus, qu'elles aient décidé d'allaiter ou pas, les femmes sont bénéficiées de la même attention et sont accompagnées dans leur choix.

« Une autre sage-femme arrive et la grand sourire c'est celle qui m'a reçue quand j'ai été hospitalisée je suis contente que ça soit elle, elle me demande si je veux une péri je dis non, et après ça elle ne sera jamais reproposée. »

« On découvre la puce, 2h environ de peau à peau rien que tous les 3, puis la sage-femme s'occupe de moi, mon homme s'occupe de la puce avec la seconde sage-femme, j'ai vite pu les rejoindre (c'était dans la même salle mais j'ai pu aller voir). »

« Au niveau de l'allaitement, elle fut épaulée à merveille, on l'aida même à pratiquer le co-dodo en toute sécurité. » <https://moncorpsmonbebeonaccouchement.wordpress.com/tag/hopital-ami-des-bebes-ihab/>

Notons cependant qu'il s'agit ici d'une comparaison de deux extrêmes et que beaucoup de maternités, sans fonctionner de manière archaïque et sans être certifiées IHAB, proposent un accompagnement tout à fait propice à l'allaitement.

De plus, la frontière est parfois mince entre encouragement et pression pour l'allaitement maternel. Certaines femmes expliquent s'être senties poussées, orientées dans leur choix, et ont même culpabilisé selon leur décision, du fait d'une prise de position trop extrémiste du personnel soignant.

« Dans l'hôpital où j'ai accouché, il y avait une énorme pression pour l'allaitement au sein. Quand une femme ne voulait pas allaiter, il y avait une délégation de médecins pour faire un sermon ! » *Les cahiers du nouveau-né tome 3 : D'amour et de lait... Ouvrage collectif sur l'allaitement sous la direction d'Etienne Herbinet. 1989. 287*

En 1999, une étude portant sur 522 femmes désirant allaiter visait à estimer l'influence de facteurs liés au système de santé sur le succès de l'allaitement. Elle a montré que 80% des mères ont évalué leur expérience d'allaitement à l'hôpital comme bonne ou très bonne, et que cette expérience était associée de manière significative au succès de l'allaitement maternel. Cependant, seulement 56% ont évalué le soutien à l'allaitement de l'hôpital comme bon ou très bon. *Kuan LW, Britto M, Decolongon J et al. Health system factors contributing to breastfeeding success. Pediatrics 1999 ; 104*

L'influence du soutien du personnel soignant sur le démarrage et la durée de l'allaitement n'est plus à démontrer. Pour une amélioration des taux d'allaitement, sa promotion devrait donc faire partie intégrante des pratiques médicales.

Mais tout ceci demande une grande implication du personnel, et surtout d'y consacrer du temps. Temps qui fait souvent défaut dans les équipes des maternités qui sont généralement débordées, d'autant plus que les durées d'hospitalisations pour accouchement sont de plus en plus courtes.

Ainsi une étude datant de 2004 montrait que 67% des obstétriciens et 48% des pédiatres estimaient que le manque de temps pour aborder les problèmes liés à l'allaitement est une barrière très importante à la promotion de l'allaitement. *Taveras E/M/, Li R. Grummer-Strawn L., Richardson M., Marshall R., Régo V.H., Miroshnik I., Lieu T.A., Opinions and practices of clinicians associated with continuation of exclusive breastfeeding., Pediatrics, Vol. 113, N° 4, April 2004, pp 283-290*

Enfin, il s'agit système relationnel complexe qui demande au professionnel de s'investir au mieux, sans laisser ses processus inconscients prendre le dessus

III. Facteurs liés aux politiques de santé

1) La publicité pour les substituts du lait maternel

Comme nous l'avons vu précédemment, le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel datant de 1981 encadre la commercialisation des produits pouvant se substituer à l'allaitement maternel, et notamment la publicité pour ces produits à travers les articles 5 et 6.

Ensuite, la directive européenne de 1991 a malheureusement réduit le champ d'application aux préparations « 1^{er} âge ».

Plus tard, la loi n°94-442 et son décret d'application de 1998 ont repris ces dispositions et ont également prévu dans l'article 5 des peines d'amende en cas de :

- Diffusion de publicités dans des supports autres que la presse écrite destinée aux professionnels de santé.
- Distribution d'échantillons gratuits directement ou par l'intermédiaire des services de santé ou de leurs agents.
- Distribution de matériels ou de documentation gratuits sur les préparations pour nourrissons ne mentionnant pas :
 - o Les avantages et la supériorité de l'allaitement au sein
 - o La nutrition de la mère, la façon de se préparer à l'allaitement au sein et de le poursuivre
 - o Les éventuels effets négatifs sur l'allaitement au sein d'une alimentation partielle au biberon
 - o La difficulté de substituer un allaitement au sein une alimentation utilisant des préparations pour nourrissons
 - o En cas de besoin, l'utilisation correcte des préparations pour nourrissons

Malgré ce cadre législatif les pressions des firmes multinationales sont toujours très fortes et l'on trouve fréquemment en France des actes de promotion irrespectueux du Code. Citons par exemple le cas de Nestlé qui en 1996 fournissait des préparations pour nourrissons gratuites ou à bas prix dans des hôpitaux de Kuming en Chine. Un rapport de l'organisation Save The Children montrait alors qu'il y avait eu augmentation de la consommation de Lactogen (un lait artificiel) alors que les taux d'allaitement avaient chuté. <http://ibfan.org/the-issue>.

L'IBFAN publie régulièrement un rapport intitulé « Breaking the Rules, Stretching the Rules » qui rapporte les violations du Code dans le monde entier.

Abordons maintenant un sujet qui fâche : la distribution d'échantillons dans les maternités. Rappelons que l'article 5 du Code de commercialisation des substituts du lait maternel stipule que : « 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 ».

Il est également dit dans l'article 7 qu' « 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 [...] .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 ».

Cependant beaucoup de mamans se voient distribuer à l'hôpital de la documentation tel que « le livre bleu » qui contient des informations très utiles mais aussi des publicités pour des laits de deuxième âge entre autres. En outre, beaucoup sortent encore de la maternité avec le fameux coffret renfermant des bons de réductions et échantillons. Ces pratiques peuvent donner aux mères le sentiment d'un aval médical aux laits de substitution.

En revanche, pour obtenir le label IHAB, les établissements se doivent notamment de respecter ledit Code et donc de ne tolérer aucune publicité ou distribution d'échantillons.

Il est évident que l'omniprésence des publicités pour les préparations pour nourrissons « 2^e âge » et la distribution d'échantillons gratuits dès la maternité ne peuvent qu'impacter la perception de l'allaitement de la population et plus particulièrement celui des jeunes mamans au moment du choix du mode d'alimentation de leur nouveau-né.

Guisse et ses collaborateurs ont d'ailleurs montré en 2003 que la distribution d'échantillons gratuits de lait réduisait la durée d'allaitement exclusif, en particulier pour les femmes n'ayant pas encore fait un choix en ce qui concerne l'allaitement. *Guisse JM, Palda V, Westhoff C et al. The effectiveness of primary car-based interventions to promote breastfeeding : systematic evidence review and meta-analysis for the US Preventive Services Task Force. Annals of Family Medicine 2003 ; 1 : 70-8*

2) La reprise du travail et le congé maternité

En France, reprise du travail rime encore bien souvent avec arrêt précoce de l'allaitement maternel. D'ailleurs, pour beaucoup de femmes, il s'agit d'une raison suffisante pour ne pas allaiter du tout, et plutôt consacrer leur congé maternité à « se remettre » de l'accouchement. Ainsi une enquête au sein de la maternité de Bordeaux a montré que la reprise du travail représentait 15.4% des raisons du choix de l'allaitement artificiel. *Servant Véronique. L'allaitement maternel : les critères de réussite. Mémoire sage-femme. 1991. Université Bordeaux II*

En d'autres termes, beaucoup considèrent que concilier vie professionnelle et allaitement est impossible.

Il faut dire que dans notre société, l'allaitement est encore aujourd'hui souvent assimilé à une mère restant au foyer, et, par opposition, le fait de travailler implique forcément de nourrir l'enfant au biberon : « Je ne me suis même pas posé la question. Ce n'est pas trop dans la mentalité française de continuer ». *Fadda Gaëlle. Allaitement et travail : enquête sur le vécu et les représentations de 229 mères actives. Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en médecine. 2004. Université Paris VI*

Une étude de l'Organisation internationale du travail concluait d'ailleurs en 1985 qu' « un des facteurs essentiels de limitation de l'accès des femmes au travail est l'idée répandue parmi les employeurs qu'elles coûtent plus cher, et qu'elles sont moins productives que les hommes. Cette idée est souvent directement liée à la grossesse et au rôle privilégié des femmes dans l'éducation des enfants [...] ». *Anker R, Hein C. Why third world urban employers usually prefer men. 1985. International labour review ; 124 (1):73-90*

N'oublions pas que dans les années 80, certaines féministes rejetaient l'allaitement car elles considéraient qu'on l'utilisait comme argument pour obliger les femmes à rester à la maison pour s'occuper des enfants.

En outre, les difficultés sont nombreuses pour une mère qui désire concilier travail et allaitement : manque de soutien de l'entourage, qu'il soit personnel ou professionnel ; difficultés d'organisation ; fatigue ; baisse de la lactation due à un manque de stimulation régulière, sont autant de facteurs qui poussent facilement au découragement. Ajoutons l'attitude de certains médecins qui conseillent plus ou moins vivement le sevrage à toute mère souhaitant reprendre le travail. On comprend facilement que ces femmes manquent parfois de motivation à se lancer dans ce qui semble un véritable « challenge » !

Il existe pourtant un accessoire qui permet de faciliter grandement la conciliation vie professionnelle/allaitement maternel : il s'agit du tire-lait. Nous en parlons plus haut : il est tout à fait possible pour une femme de tirer son lait et de le conserver au réfrigérateur ou au congélateur, ce qui permettra à la nounou, au papa ou à une autre personne de donner le lait maternel au biberon à l'enfant lorsque sa mère est absente. Ainsi, elle peut par exemple choisir de garder les tétées du matin et du soir au sein, et de tirer son lait pendant sa pause déjeuner (ou pendant la fameuse pause allaitement que nous abordons plus bas) pour faire du stock, afin que ce lait conservé soit donné à l'enfant pendant la journée au biberon. Bien que ce mode de fonctionnement puisse être fatiguant et éprouvant pour la mère qui aura besoin du soutien de son entourage, il est ainsi tout à fait possible pour une femme qui est motivée pour prolonger l'allaitement maternel d'opter pour cette solution.

Il existe en France un cadre législatif dédié au travail en cas de grossesse et d'allaitement, avec :

- Un congé maternité de 16 semaines (s'il s'agit d'un premier ou deuxième enfant) soit 6 semaines avant et 10 semaines après la naissance.
- Un congé de paternité et d'accueil de l'enfant de 11 jours.
- Une heure de pause quotidienne pour allaiter ou tirer son lait, divisée en une demi-heure le matin et une autre l'après-midi.
- Des « chambres d'allaitement » obligatoires pour les entreprises de plus de 100 salariés.

Malheureusement, beaucoup de femmes ignorent leurs droits dans ce domaine : « En fait, pour mon aîné, j'ai repris le travail et j'ai arrêté. Je ne pensais pas continuer d'allaiter parce que je n'en avais jamais entendu parler ».

Une étude de 2002 sur 270 mères salariées au sein du milieu hospitalier montrait d'ailleurs que seulement 62% connaissent la législation sur la pause allaitement d'une heure par jour, et 8% ont entendu parler de la loi sur les « chambres d'allaitement ».

Delfosse-Fernandes Corinne. Allaitement maternel et travail, enquête auprès de 270 mères actives travaillant en milieu hospitalier dans la région Nord-Pas-de-Calais. Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en médecine. 2002. Université du droit et de la santé de Lille

Parmi celles qui ont connaissance de leurs droits en matière d'allaitement au travail, beaucoup évoquent les difficultés rencontrées lorsqu'il s'agit de les mettre en pratique.

En effet, il est souvent peu évident de se dégager un temps de pause au cours de la journée, et d'organiser son travail voire celui de ses collègues en fonction de ces pauses :

« Je travaille en milieu hospitalier, avec des horaires décalées [...] Je n'ai pas vraiment d'aménagement d'horaire pour tirer mon lait » ;

« Je le faisais à midi en général, mais c'était vraiment la galère » ;

Fadda Gaëlle. Allaitement et travail : enquête sur le vécu et les représentations de 229 mères actives. Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en médecine. 2004. Université Paris VI

« Il fallait que je m'arrange avec une collègue pour qu'elle surveille pendant la pause de la récréation pour pouvoir trouver un moment pour allaiter [...] Pour elle, c'était plus contraignant, le fait que je prenne un certain temps pour allaiter. »

De Bruyn Marie-Laure. Expériences de femmes autour de l'allaitement maternel prolongé. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. 2013. Université de Caen

En outre, il est parfois difficile de trouver une pièce où s'isoler sur le lieu de travail : « Je tire quand je peux dans une chambre de libre, ou dans la salle de plâtre », « Il n'y avait pas d'endroit donc je me mettais dans les toilettes ». *Fadda Gaëlle. Allaitement et travail : enquête sur le vécu et les représentations de 229 mères actives. Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en médecine. 2004. Université Paris VI*

Autre obstacle fréquemment évoqué : la réticence de l'employeur à accorder la dite pause allaitement : « Il a fallu négocier avec le directeur des urgences et ma surveillante le fait de tirer mon lait sur le lieu de travail » ;

« Au début il m'a refusé le droit de tirer mon lait sur mon lieu de travail ! J'ai insisté, il a finalement accepté sur du temps non rémunéré »

A tire d'ailes, allaiter et reprendre le travail. Allaiter et travailler : le témoignage de Julie. Véronique Darmangeat. Février 2010

Il faut savoir qu'une entrave à l'heure d'allaitement de la part de l'employeur constitue une contravention dite de cinquième classe l'exposant à une amende de 1500€ voire 3000€ en cas de récidive dans un délai d'un an (art. L. 262-7 du code du travail).

Pourtant, une étude a montré en 1995 aux Etats-Unis que l'allaitement maternel avait un impact positif sur l'absentéisme au travail. Deux groupes de salariées dont les sociétés proposaient des programmes de soutien à l'allaitement étaient comparés : l'un dont les membres nourrissaient leurs enfants avec du lait artificiel, l'autre où elles pratiquaient l'allaitement maternel. 86% des bébés du second groupe n'étaient jamais malades pendant la première année, contre 14% de ceux du premier groupe. De plus les mères d'enfants nourris au lait industriel étaient plus de deux fois plus absentes que celles qui allaitaient au lait maternel. Enfin 74% des cas de maladies chez les bébés allaités n'entraînaient pas d'absentéisme maternel, contre 57% chez les mères du premier groupe.

Cohen R, Mrtek MB, Mrtek RG. Comparison of maternal absenteeism and infant illness rates among breastfeeding and formula-feeding women in two corporations. American Journal of Health Promotion 1995 ; 10(2) : 148-53.

Les auteurs de cette étude ont d'ailleurs conclu dans une autre enquête que pour chaque dollar dépensé dans un programme de soutien à l'allaitement maternel dans l'entreprise, trois sont économisés par diminution de l'absentéisme.

Cohen R, Mrtek MB. The impact of two corporate lactation programs on the incidence and duration of breastfeeding by employed mothers. American Journal of Health Promotion. 1994 ; 8 :436

Ajoutons qu'il est parfois difficile d'oser parler d'allaitement au travail : certaines assument leurs choix :

« Je pense qu'ils ne sont pas pour, ils me prennent pour une illuminée, je m'en fiche »

De Bruyn Marie-Laure. Expériences de femmes autour de l'allaitement maternel prolongé. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. 2013. Université de Caen,

Beaucoup préfèrent se taire pour ne pas risquer de changer le regard que les collègues ou la hiérarchie portent sur elles :

« Il m'a été difficile d'obtenir ces pauses, quant à les faire accepter ou comprendre, j'ai abandonné. Je n'en parle plus, c'est plus simple. »

A tire d'ailes, allaiter et reprendre le travail. Allaiter et travailler : le témoignage de Virginie. Véronique Darmangeat. 18 mai 2012.

« J'ai déjà senti à son attitude, même si ce n'est pas ouvertement, qu'il me le fait payer un peu cher de ne pas avoir été là pendant 6 mois, d'avoir pris un mois en maladie en plus. Si par là-dessus, en étant revenue un mois plus tard, je lui avais demandé mon heure par jour ... alors là ... »

Fadda Gaëlle. Allaitement et travail : enquête sur le vécu et les représentations de 229 mères actives. Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en médecine. 2004. Université Paris VI

« Je savais qu'elle existait mais j'avais pas osé. Déjà, je me sentais en défaut de prendre un mi-temps en fait. »

De Bruyn Marie-Laure. Expériences de femmes autour de l'allaitement maternel prolongé. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. 2013. Université de Caen

L'étude de 2002 citée plus haut montrait d'ailleurs que parmi les 270 mères allaitantes travaillant en milieu hospitalier, seules 38.8% se sentaient soutenues par leurs collègues de travail, et 21% par leur supérieur.

Delfosse-Fernandes Corinne. Allaitement maternel et travail, enquête auprès de 270 mères actives travaillant en milieu hospitalier dans la région Nord-Pas-de-Calais. Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en médecine. 2002. Université du droit et de la santé de Lille

Certaines choisirent alors de tirer leur lait en cachette :

« Je me mettais dans les toilettes. Je n'en parlais à personne » ;

Fadda Gaëlle. Allaitement et travail : enquête sur le vécu et les représentations de 229 mères actives. Thèse pour le diplôme d'état de Docteur en médecine. 2004. Université Paris VI

« Très fatigué, et puis en cachette de mes collègues et de mon chef »

De Bruyn Marie-Laure. Expériences de femmes autour de l'allaitement maternel prolongé. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. 2013. Université de Caen

Elles le font aussi parfois pour éviter qu'on leur retire la dite heure de leur salaire :

« J'ai jamais demandé à la direction de me donner mon heure allaitement parce que sinon elle pourrait ne pas me la payer [...] Si un jour elle me fait une réflexion, parce que je fume pas, je prends pas de pause, voilà, je prends dix minutes le matin, dix minutes l'après-midi, ça me fait vingt minutes pour tirer mon lait par jour, voilà, j'estime que ça fait partie de ma pause et qu'on n'a pas à me retirer une heure de salaire par jour pour tirer mon lait. »

De Bruyn Marie-Laure. Expériences de femmes autour de l'allaitement maternel prolongé. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine. 2013. Université de Caen

Malheureusement toutes les femmes ne sont pas concernées par cette réglementation puisque ce code du travail ne s'applique pas aux professions indépendantes (libérales, commerçantes...), qui sont par ailleurs moins protégées sur le plan de la maternité de façon générale.

Saluons l'initiative du groupe Michelin qui depuis 2005, à travers sa démarche « Performance et responsabilité Michelin », propose aux femmes salariées qui le souhaitent un accompagnement pour faciliter la conciliation allaitement maternel et vie professionnelle. Ainsi, des infirmières et puéricultrices formées sont réparties sur les sites Michelin et sur les deux crèches (l'une Michelin, l'autre inter-entreprise) afin de soutenir les mamans qui souhaitent profiter de l'heure d'allaitement qui leur est due pour extraire leur lait dans des lieux spécialement aménagés (infirmières disposant d'une salle de repos, d'un point d'eau et un réfrigérateur). Elles fournissent également des informations et conseils précieux sur la conciliation allaitement/vie professionnelle.

Carolina Belomo de Souza, Droit d'allaitement sur le lieu de travail : peu adapté, peu pratiqué.. INPES. La santé de l'homme n°408 : 31. Juillet-Aout 2010

L'impact de la reprise du travail sur le choix d'abord, puis sur le déroulement de l'allaitement maternel, est donc évidemment très fort. Nous verrons pourtant plus loin que poursuivre l'allaitement maternel après la reprise du travail est tout à fait possible. Cependant, les femmes qui font ce choix se heurtent à de nombreux obstacles, et des politiques d'emploi plus favorables à un allaitement maternel prolongé leur seraient sans nul doute favorables.

Notons qu'en 2010, le Parlement Européen s'est prononcé en première lecture en faveur d'un allongement du congé maternité à 20 semaines rémunérées à 100%. Néanmoins lors du vote de Juin 2011, le Parlement et le Conseil de l'Union Européenne n'ont pas réussi à se mettre d'accord.

<http://www.touteurope.eu/actualite/le-conge-maternite-dans-les-etats-membres.html>

Pour conclure, lorsqu'il s'agit du choix et du prolongement de l'allaitement maternel, de nombreux déterminants entrent dans la balance. En effet, que ce soit en pré ou post-natal, les femmes se voient de nos jours confrontées à de multiples influences, tant personnelles que familiales ou sociales, sans oublier le poids considérable que représentent l'organisation du système de santé et les politiques nationales concernant l'allaitement. Elles peuvent alors se heurter à une multitude de facteurs qui impactent de façon négative la pratique de l'allaitement maternel, comme le résume le schéma 6.



Schéma 6 : De multiples freins potentiels à l'initiation et au prolongement de l'allaitement maternel

Conclusion

En France, il y a donc du progrès à faire en ce qui concerne la pratique de l'allaitement maternel. Un héritage historique marqué par la révolution sexuelle des années 70, et une multitude de déterminants intervenants dans l'initiation et le prolongement de l'allaitement, font que le contexte français n'est pas le plus propice. Mais qu'en est-il à l'étranger ? Il est intéressant de comparer notre cas à celui d'autres pays : quelle est la prévalence de l'allaitement maternel ? Quel en est le contexte socioculturel, et quels facteurs interviennent dans sa pratique ?

DEUXIEME PARTIE : ET AILLEURS ?

Chapitre 1 : Situation de l'allaitement maternel dans les autres pays développés

Chapitre 1 : Situation de l'allaitement maternel dans les autres pays développés

Comme nous l'avons vu plus haut, il est difficile de recueillir des données statistiques récentes à propos des taux d'allaitement dans tous les pays développés, de par la disparité des critères d'inclusion utilisés selon les études. La base de données de l'OMS que nous citons en introduction fournit néanmoins quelques chiffres intéressants (bien que datant de 1996) :

	France	Danemark	Suisse	Italie	Roumanie	Espagne	Royaume-Unis	Etats-Unis
Taux d'allaitement à la naissance (%)	48.8 %	99%	92%	45%	91%	97%	63%	59.5%
Durée moyenne d'allaitement exclusif	-	8 mois	-	-	9 mois	-	-	-

Tableau11: Prévalence à la naissance et durée de l'allaitement maternel dans 8 pays industrialisés

WHO Global Data Bank on Infant and Young Child Feeding .Consultable sur : <http://www.who.int/nutrition/databases/infantfeeding/en/>

La prévalence et la durée de l'allaitement maternel sont très variables selon les pays concernés : On passe ici par exemple de seulement 48.8% d'allaitement maternel à la naissance pour la France à un taux remarquable de 99% au Danemark.

Nous verrons quels facteurs sont responsables de telles variations au sein des pays développés, le contexte dans lequel s'y inscrit la pratique de l'allaitement maternel, puis nous nous pencherons plus en détail sur l'exemple des pays scandinaves où les taux d'allaitement battent des records.

I. Un contexte socio-culturel très influent

L'allaitement maternel est le phénomène bioculturel par excellence *Stuart – Macadam P, Detwyller KA Breastfeeding, biocultural perspectives New-York. 1995*

Nous avons vu qu'il subsiste en France un climat sociétal particulier qui le plus souvent n'est pas propice à un allaitement maternel au sein. Ceci est vrai pour la plupart des pays développés, où le biberon est presque devenu une norme, et par opposition, où les femmes qui choisissent d'allaiter au sein sont encore trop souvent perçues comme des « originales ».

La perte du conditionnement naturel dont nous parlions en première partie est évidemment un facteur que l'on retrouve dans ces pays : de moins en moins de femmes ont vu une mère de leur entourage allaiter au sein

Par ailleurs, on ne peut parler de contexte socioculturel sans aborder les mouvements féministes qui ont marqué plusieurs pays développés.

1) Révolution sexuelle et dévalorisation de l'image de l'allaitement maternel

Dès la fin des années 60, une vague militante féministe est née aux Etats-Unis et en Europe de l'ouest, avec notamment la création du Mouvement de Libération de Femmes (MLF) en France et du Women's Lib dans les pays anglo-saxons.



Figure 10: Manifestations féministes au Royaume-Unis

En Australie, le gouvernement Whitlam (1972-75) a permis l'aboutissement de certaines revendications en matière de contraception, d'avortement, d'égalité salariale et d'accès à des services sociaux spécifiques telles que les crèches. (Pons Xavier. *Les mots de l'Australie*. Paris. 2005. P51)

Quels que soient les pays, on retrouvait les mêmes revendications : instaurer de nouveaux rapports entre les sexes, rendre aux femmes la maîtrise de leur propre corps. C'est la fameuse révolution sexuelle, qui va de pair avec le rejet du soutien-gorge (qui en réalité n'a pas été brûlé !), devenu symbole d'une société misogyne, de l' « aliénation » des femmes.



Figure 11 : Les femmes jettent leurs soutiens-gorge à New-York dans des « poubelles de la liberté » en Mai 68

Aujourd'hui, le droit de vote existe dans la plupart des pays industrialisés, mais la contraception et l'avortement sont des sujets plus sensibles dont le statut varie d'un pays à l'autre, notamment en fonction de l'influence plus ou moins forte de mouvements conservateurs. En Irlande du Nord par exemple, l'IVG n'est autorisée que si la vie de la mère est en danger. Dans certains Etats de l'Australie, elle est illégale sauf exceptions (viols, danger pour la mère, malformation grave du fœtus).

http://www.avortementivg.com/Lavortement_dans_le_monde_pays_par_pays-690712.html

Bien que la parité homme/femme soit encore loin d'être atteinte, des femmes peuvent prétendre à accéder au gouvernement, comme par exemple en Australie où en 2010, pour la première fois, le chef d'Etat (Elisabeth II), le chef du gouvernement (Julia Gillard) et le gouverneur général (Quentin Bryce) sont toutes trois des femmes.

Il est évident que ces mouvements féministes ont eu un impact positif sur la condition des femmes et leurs droits dans les pays concernés. Cependant, l'image de l'allaitement maternel a par le même biais été quelque peu mise à mal. Le souci pour ces femmes de « se réapproprier leur corps », d'être perçues comme « des femmes avant tout », libres et indépendantes, n'était pas forcément compatible avec l'allaitement au sein.

Ce dernier est alors perçu comme un asservissement de la femme qui va donc à l'encontre de leurs revendications : elles ne veulent plus de ce modèle de femme au foyer qui leur a été trop longtemps imposé. Elles désirent concurrencer les hommes dans le monde du travail, choisir de se consacrer à leur carrière et non plus de remplir leur devoir de mère en restant à la maison. Et d'ailleurs, puisque le biberon existait désormais, pourquoi ne pas enfin se libérer de cette « corvée » qu'est l'allaitement au sein, et se mettre « à la page », devenir une « femme moderne » ?!

Car les progrès de la science, et tout particulièrement l'avènement du biberon dans les pays développés, contribuèrent à cette dévalorisation de l'allaitement. La médecine moderne permet de satisfaire les besoins de l'enfant sans l'allaiter, ou peut pallier aux éventuels problèmes de santé.

Le biberon et les substituts industriels ont donc petit à petit supplanté l'allaitement au sein et le lait maternel. Ils paraissent alors meilleurs pour le bébé puisqu'ils sont le fruit des dernières découvertes scientifiques en la matière, d'autant plus qu'ils permettent de contrôler les quantités bues.

De plus en plus de femmes ont adopté cette solution « libératrice », plus pratique, moins contraignante, et qui par ailleurs leur a permis de favoriser davantage leur confort personnel : fini l'allaitement qui abîme les seins, est trop douloureux, est incompatible avec toute vie sexuelle.

2) L'allaitement en public dans nos sociétés modernes

Au sein de la plupart des pays développés, allaiter en public, c'est assumer un geste qui est trop souvent perçu comme désuet, dépassé, dérangeant.

L'Amérique du Nord est malheureusement l'exemple le plus flagrant du véritable harcèlement dont sont victimes beaucoup de mères allaitant en public. Nombreux sont les cas d'insultes, d'agressions de ces femmes qui ont parfois déclenché des scandales, aux Etats-Unis et au Canada notamment.

Citons tout d'abord un exemple qui fit beaucoup de bruit dans la presse, celui de cette jeune maman californienne qui publiait en Mai 2014 sur les réseaux sociaux une photo d'elle allaitant sa fille de 10 mois pendant la cérémonie de remise des diplômes. Cette image a suscité des réactions positives de soutien, d'admiration, mais aussi et surtout beaucoup de commentaires négatifs, voire injurieux à son égard.

Un autre cas plus typique de discrimination à l'allaitement en public, dans le New Hampshire, celui d'une maman qui allaitait sa fille au sein lors d'un diner au restaurant et qui fut priée de se couvrir car plusieurs clients étaient gênés. Elle décida alors de quitter les lieux mais revint plusieurs jours après avec un groupe de manifestants brandissant des slogans tels que « I make milk ! What's your superpower ?! »

Mc Crystal Laura. Nurse-in gets the word out. Breast-feeding moms, supporters say pub fumled. The Concord Monitor. 9 Août 2012

Au Texas, des étudiants ont monté une campagne de sensibilisation intitulée « When nurture calls » afin de lutter contre cette forme de discrimination.

Ainsi, des affiches représentant des jeunes mères allaitant leur enfant assises sur le trône de toilettes publiques ont pour but de provoquer le débat en suscitant des questions telles que « est-ce normal ? », « mangeriez-vous ici ? ».

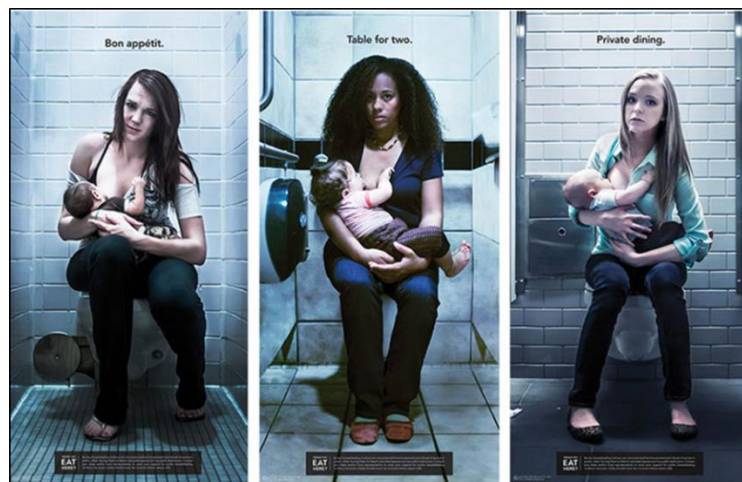


Figure 12: La campagne « When nurture calls » anti-discrimination contre l'allaitement en public aux Etats-Unis

<http://whennurturecalls.org/>

Dans le même esprit, au Québec, le CRAM (Comité Régional de l'Allaitement Maternel) a organisé en 2011 une campagne de sensibilisation pour éveiller la population « au droit, pour le nourrisson, d'être allaité en tout temps et en tous lieux».



Figure 13: Les affiches du CRAM pour le soutien de l'allaitement en public au Québec

Bien que de tels cas de harcèlement se multiplient dans ces pays, il existe un véritable effort en terme de protection du droit de l'allaitement en public par la loi, tant au Canada qu'aux Etats-Unis, où 50% des Etats ont voté une telle loi, bien que les sanctions en cas de violation de ce droit n'existent qu'à New-York (avec une amende de 1000 à 5000 \$ et une à cinq années de prison)

Mais malheureusement l'Amérique du Nord n'a pas l'exclusivité de ce genre d'affaire. Nous avons vu précédemment que la discrimination anti-allaitement en public existe bel et bien en France, mais aussi dans d'autres pays développés d'Europe comme le Royaume-Uni, avec par exemple le scandale de la Chambre des Communes en 2000 où les femmes députés étaient interdites d'allaiter dans l'enceinte de Westminster. Une enquête du Royal College of Midwives menée en 1993 auprès de 734 restaurants montrait d'ailleurs que 25% avaient une attitude négative face à l'allaitement en public. »Allaiter en public ». *Allaiter Aujourd'hui* n°51, LLL France, 2002

3) Le cas du sevrage

Dans la conscience sociale qui caractérise la France et la plupart des pays développés, allaiter jusqu'à 3 mois pour certains, voire 6 ou 9 pour d'autres, c'est largement suffisant. Au-delà d'un an, l'allaitement est considéré comme inutile, superflu, et au-delà, il est carrément malsain, bizarre, pathologique.

En témoigne la polémique déclenchée par la Une du Time magazine américain en Mai 2012, où l'on voit un enfant de trois ans perché sur une chaise pour atteindre le sein de sa mère. Si le titre l'accompagnant était plutôt provocant : " Are you mom enough ? » (Êtes-vous suffisamment mère ?), c'est plus cette image que le contenu du dossier qui a déclenché une avalanche de réactions diverses : culpabilisante, malsaine, extrême, volontairement provocatrice, incestueuse sont autant d'adjectifs qui furent employés pour la qualifier. La jeune femme qui a posé avec son fils a quant à elle défendu son point de vue : « Il y a des gens qui me disent qu'ils veulent contacter les services sociaux ou que je maltraite mon enfant. Ils doivent réaliser que c'est biologiquement normal. Socialement, ça ne l'est pas encore. Plus les gens le verront, plus ça deviendra normal dans notre culture ».



Figure 14 : La Une du Time qui fit polémique aux Etats-Unis en 2012

<http://www.famili.fr/la-une-du-time-sur-l-allaitement-fait-polemique,364,340980.asp>

Ainsi devant une maman qui choisit d'allaiter son enfant « longtemps », les réactions de l'entourage sont souvent les mêmes : « Il est encore au sein ?! », « Ca suffit, il faut que tu coupes le cordon ! », « Tu es sûre que ton lait lui suffit toujours ? », « Quand est-ce que tu arrêtes ? », « Tu le rends dépendant », « Tu vas en faire un homosexuel » ...

Prenons pour exemple les propos de Marcel Rufo, pédopsychiatre, lors de son émission sur France 5 : « J'ai connu un petit garçon qui, à 4 ans, était toujours allaité par sa mère. A 10 ans, il s'en souvenait encore. Sans aller jusqu'à cet excès, il y a dans l'allaitement un véritable abus sexuel de la part de la mère. L'enfant doit pouvoir oublier le plaisir procuré par l'allaitement, n'en garder que des traces inconscientes, et non pas des images précises qui viendraient l'embarrasser ».

http://www.france5.fr/emissions/allo-rufo/quel-est-le-bon-moment-pour-arreter-l-allaitement_11517

Il est vrai que l'âge « normal » du sevrage fait débat : à partir de quel moment peut-on considérer qu'un allaitement est long, voire trop long ?

Katherine Detwiler, anthropologue, a tenté de déterminer l'âge physiologique du sevrage de l'espèce humaine, si les facteurs culturels n'intervenaient pas. Pour ce faire, elle s'est basée notamment sur le postulat que les premiers hommes avaient des pratiques semblables à celles des grands primates, dont ils se sont éloignés au fur et à mesure que l'influence culturelle intervenait. Elle en a conclu qu'il était beaucoup plus anormal de n'allaiter que quelques semaines ou mois que de prolonger l'allaitement maternel jusqu'à 3 ans, puisque d'après son travail l'âge « biologique » du sevrage serait compris entre 2.5 et 7 ans.

Detwiler K.A. A time to wean : The hominid blueprint for the natural age of weaning in modern human populations. In : Stuart-Macadam P, Detwiler K.A. Breastfeeding, biocultural perspectives. 1995. 40-75

Par ailleurs, au Guatemala, des chercheurs ont étudié des isotopes présents dans l'émail dentaire de squelettes d'enfants âgés de 500 ans avant JC aux années 1500. Ils ont pu alors évaluer la période de sevrage qui se situait entre 2 et 6 ans.

Wright L, Schwarcz H.P. Stable carbon and oxygen isotopes in human tooth enamel : identifying breastfeeding and weaning in prehistory. American Journal of Physical Anthropology. 1998 ; 106 (1) : 1-18

De nombreuses idées reçues persistent au sein de nos sociétés modernes : une maman qui allaite un bambin est mère mais n'est pas à nouveau femme ; un enfant allaité « trop longtemps » n'est pas autonomisé, il aura du mal à s'intégrer socialement ; ce lien jugé comme exagérément fusionnel peut causer des dommages émotionnels ...

Plusieurs études ont pourtant montré un lien positif entre la durée de l'allaitement maternel et l'adaptation sociale, comme celle de Fergusson en 1987 qui concluait que les enfants allaités longtemps étaient considérés plus tard (à 6 et 8 ans) comme ceux ayant la meilleure adaptation sociale. *Fergusson DM et al. Breastfeeding and subsequent social adjustment in six to eight-years-old children. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 1987 ; 28(3) : 379-86*

Dans un tel contexte, il est compréhensible que beaucoup de mamans ne se voient pas continuer l'allaitement au-delà d'une certaine limite qui leur est personnelle : si pour certaines « trois mois ça sera déjà très bien », d'autres veulent continuer « jusqu'à 6 mois comme le dit l'OMS », ou se fixent un début de sevrage au premier anniversaire de l'enfant, et d'autres encore préféreront arrêter à l'entrée en maternelle : « Pour mon mari, il est impensable que notre fils aille à l'école alors qu'il tète encore, car il serait, dit-il, "la risée de tous" et se sentirait rejeté pour de nombreuses années... »

<http://forum.lilfrance.org/archive/index.php?t-2330.html>

Ce témoignage d'une jeune maman allaitant son enfant de 4 ans illustre bien cette notion de limite « conventionnelle » quant à la durée de l'allaitement au sein : « Alors qu'on approchait de son premier anniversaire, j'ai réalisé que c'était une date tout à fait arbitraire. J'ai regardé mon bébé qui babillait en me regardant, des gouttes de mon lait sur le menton, et mon instinct maternel m'a dit que le sevrer serait mal ». Brhel Rita. Breastfeeding beyond the toddler years. New Beginnings. 2012

4) L'influence des médias

Tous les pays développés sont entrés depuis plusieurs années dans l'ère de la communication. Les médias sont devenus une réelle puissance socioculturelle, jouant un rôle capital sur la façon dont l'allaitement maternel est perçu, et réciproquement, reflétant l'évolution de cette perception. Ainsi, de plus en plus omniprésents, on peut dire qu'ils exercent une sorte d'ascendant sur nos sociétés.

Nous accédons dans notre vie quotidienne à de nombreuses représentations de seins, que ce soit à travers la télévision, les magazines, les publicités ou le cinéma. L'image véhiculée le plus souvent y est celle du sein érotique, esthétique, beaucoup plus rarement maternel.

Toutes formes de médiatisation confondues, l'allaitement maternel, surtout au sein, est un thème encore relativement peu abordé. On en parle cependant dans des magazines « de société », dans des revues spécialisées pour les parents, mais très peu au cinéma, où le sein reste le symbole de féminité, de sexualité par excellence.

Notons cependant que l'on peut voir dans quelques séries, surtout américaines, des mamans allaiter au sein : « Desperate Housewives », « Friends », ou encore « Sex and the City ». Par ailleurs une « nouvelle mode » semble naître chez certaines stars qui se mettent à poser en train d'allaiter leur bébé au sein et à diffuser ces photos via les réseaux sociaux ou la presse féminine.

Une certaine évolution semble s'amorcer depuis quelques années concernant la médiatisation de l'allaitement maternel : de plus en plus d'articles y sont consacrés, basés sur des informations fiables, avec consultation de personnes qualifiées dans le domaine (comme des consultant (e)s allaitements), notamment dans la presse spécialisée.

Mais s'il est au contraire un sujet qui est très médiatisé dans le domaine de l'allaitement, c'est bien l'allaitement artificiel. La presse, surtout celle qui est spécialisée pour les parents, regorge de publicités pour substituts du lait maternel ou pour biberons. Et ces dernières sont souvent limite concernant le respect du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, voire contraires à cette réglementation.

Prenons l'exemple ci-dessous de la marque de laits en poudre britannique Cow and Gate (appartenant au groupe Nutricia) qui assure que « les laits Cow and Gate sont élaborés avec des nutriments spécifiques, tels que les probiotiques, qui peuvent aider votre bébé », et que ces derniers « renforcent le système immunitaire », arguments publicitaires qui sont interdits.



Figure 15 : Publicités Cow and Gate dans la presse Britannique

Toujours en Angleterre, une autre marque du groupe Nutricia, Aptamil, a diffusé sur internet et à la télévision un spot publicitaire qui, bien que vantant en première partie les bienfaits de l'allaitement au sein, fait apparaître le même « halo protecteur » autour du bébé au sein puis celui nourri au biberon. Consultable sur <http://www.theguardian.com/media/video/2009/aug/04/aptamil-tv-ad>

Ceci sous-entend une équivalence de leurs produits avec le lait maternel.

II. Promotion de l'allaitement maternel dans les pays développés

1) Aux Etats-Unis

Aux Etats-Unis, les premières prises de conscience concernant l'allaitement furent assez tardives puisque les premiers plans d'action furent lancés dans les années 80. Il a fallu attendre la fin des années 90 et le gouvernement Clinton pour que les bénéfices de l'allaitement maternel et la nécessité de le soutenir soient véritablement reconnus. Le Président suggère d'ailleurs en 1999 que l'on finance les congés maternités qui étaient jusque-là non rémunérés.

En juillet 2000, la « Division provisoire sur l'allaitement » est constituée au sein de l'American Academy of Pediatrics (AAP), dont les objectifs se font sur trois axes :

- Développer des recommandations sur l'allaitement.
- Améliorer l'information des médecins notamment à travers la formation continue, l'organisation de conférences, et en leur fournissant matériel et assistance.
- Organiser la collaboration avec d'autres groupes de l'AAP et avec des organisations extérieures.

En ont découlé notamment la création d'un programme « Promotion de l'Allaitement dans les Cabinets Pédiatriques », ainsi qu'une ligne téléphonique d'écoute et d'information sur l'allaitement maternel, la National Breastfeeding Helpline.

Par ailleurs, le département de Santé américain (Health and Human Services) rendait en 2000 également son plan d'action pour l'allaitement maternel. Après avoir fait le point sur la situation nationale, il proposait des projets pour redorer l'image de l'allaitement au sein, s'attachant plus particulièrement à faire grimper les taux dans les populations les plus pauvres. C'est alors que furent lancés les projets pilotes « Healthy People » <http://www.healthypeople.gov/>

Les objectifs pour le premier projet de 2000 étaient d'obtenir des taux d'allaitement exclusif de 75% à la naissance et 50% à 6 mois. Malheureusement ils n'ont pas été atteints.

En 2010, le deuxième plan ajoute une autre cible : un taux d'allaitement exclusif de 25% à 1 an. Il parle de la nécessité d'évaluer les connaissances sur la physiologie de la lactation, les facteurs psychosociaux influençant l'allaitement, et de celle d'un soutien plus important au sein du monde du travail.

Il faut cependant prendre en compte que les Etats-Unis sont un modèle multiculturel par excellence, ce qui implique que l'impact des campagnes de soutien et de sensibilisation à l'allaitement maternel sera très différent selon l'origine ethnique des populations (voir tableau 12).

Origine ethnique	Taux d'allaitement exclusif à la naissance	Taux d'allaitement exclusif entre 5 et 6 mois	Taux d'allaitement exclusif à 1 an
Européenne	68%	31%	19%
Hispanique	66%	28%	17%
Africaine	45%	19%	9%
Confondues	64%	29%	16%
But du projet Healthy People 2010	75%	50%	25%

Tableau12: Taux d'allaitement exclusif aux Etats-Unis en 1998 et objectifs du plan Healthy People 2010

U.S Department of Health and Human Services, Office on Women's Health. HHS Blueprint for Action on Breastfeeding, Washington D.C. 2000

Concernant la promotion de l'allaitement maternel, chaque Etat s'implique plus ou moins, notamment à travers des campagnes de sensibilisation.

Citons un exemple qui fit polémique en 2012 : celui du maire de New-York qui a souhaité restreindre l'accès au lait artificiel dans les maternités dans sa campagne intitulée « Latch on NYC ».

Les établissements ayant signé la charte du même nom s'engagent donc à réserver la distribution de substituts du lait maternel aux seules mères en ayant besoin pour raison médicale.

Autre mesure qui peut paraître plus discutable : les femmes ne souhaitant pas allaiter suivent obligatoirement un « cours » de sensibilisation, ce qui fut dénoncé par des associations féministes comme un moyen de culpabiliser celles qui optent pour le biberon.

<http://www.metronews.fr/info/etats-unis-une-campagne-pro-allaitement-fait-debat/mlhi!J1DNUhTI2Qb5w/>

2) Dans d'autres pays développés

En Allemagne, la Commission nationale de l'allaitement maternel fut fondée en 1994 à la suite de la 45^{ème} Assemblée Mondiale de la Santé, dans le but de promouvoir l'allaitement maternel. Elle se compose de chercheurs, pédiatres, obstétriciens, représentants d'associations, de sages-femmes et d'infirmières. Elle conseille le gouvernement fédéral, soutien différentes initiatives et émet des recommandations qui permettent d'informer de façon homogène tous les acteurs amenés à côtoyer les mères.

Dans ce pays où le taux d'allaitement à la naissance atteint les 90%, les femmes bénéficient d'un bon suivi et sont de plus en plus informées. Elles reçoivent notamment des visites quotidiennes d'une sage-femme durant les trois semaines qui suivent la naissance, pendant lesquelles la question de l'allaitement peut être abordée en profondeur.

Cependant, il est parfois difficile de faire évoluer les mentalités du corps médical allemand, qui est très influencé par les industriels commercialisant des substituts du lait maternel.

En Italie, le Ministère de la Santé commence à s'impliquer dans la promotion de l'allaitement maternel, notamment à travers une manifestation organisée sur une journée à Turin et à Riva del Garda, avec des stands d'associations (comme l'UNICEF et La Leche League) et plusieurs activités et ateliers proposés autour du thème de l'allaitement

En Angleterre, une campagne de promotion de l'allaitement maternel qui vit le jour en 2008 Solihull a rencontré un fort succès et s'est étendue sur tout le territoire.

Trois jeunes femmes habitantes du village qui ont posé pour la photo avec leur enfant au sein sont présentées comme des « stars » car elles allaitent.



Figure 16 : « Regardez ma maman, c'est une star ! » : Charlotte Haynes et sa fille posent pour une campagne pro-allaitement en Angleterre

Une autre campagne en Nouvelle-Zélande datant de 2010 retient l'attention grâce à l'humour qu'elle utilise pour servir la cause de l'allaitement : on y voit une mère allaitant son enfant sur le banc d'un arrêt de bus, avec le message : « Futur champion de rugby en préparation » !



Figure 17: Une campagne de promotion Néo-Zélandaise de l'allaitement

III. Allaitement et travail dans les pays développés

La reprise du travail est un des facteurs d'arrêt voire de refus de l'allaitement les plus importants dans les pays industrialisés, où l'épanouissement professionnel est primordial pour les femmes, et souvent considéré comme incompatible avec le maintien de l'allaitement maternel.

1) Soutien à l'allaitement sur les lieux de travail

A. Les pauses allaitement

Rappelons tout d'abord que l'Organisation Internationale du Travail prévoit depuis 1919 une Convention (C183) pour la protection de la maternité au travail, l'article 10 étant destiné aux droits des femmes allaitantes sur leur lieu de travail.

Ce dernier prévoit notamment des pauses allaitement qui sont des périodes de la journée de travail réservées à l'allaitement de l'enfant ou à l'expression de lait maternel qui lui sera donné plus tard.

Ces pauses sont prévues dans les législations nationales de 90 pays, leur nombre, leur durée et leur rémunération étant variable. Elles peuvent parfois prendre la forme de réductions journalières du temps de travail.

Par exemple aux Etats-Unis, le Programme de réforme du système de santé lancé en 2010 prévoit pour les entreprises de plus de 50 salariés une pause raisonnable et non rémunérée ainsi qu'un endroit adapté et intime (autre que les toilettes) pour toute employée souhaitant allaiter son enfant ou tirer son lait, et ce pendant un an. *United States Breastfeeding Committee (USBC): USBC applauds workplace breastfeeding support provision in health care reform, 2010*

En général, les femmes disposent de deux périodes de 30 minutes dans la journée, mais parfois leur durée varie selon le temps de travail, comme en Belgique où:

- Si la journée de travail est d'au moins 4h, elles disposent de 30 minutes par jour.
- Si la journée de travail est de plus de 7h30, elles ont droit à deux fois 30 minutes par jour.

Le pays prévoit depuis 2001 une loi sur la protection de la maternité qui consacre sept chapitres aux pauses allaitement. Les mères employées dans le secteur public ou privé ont ainsi droit à des pauses payées au même taux que leur congé maternité (82% du salaire) et à un local intime, confortable, propre, bien éclairé et chauffé, et ce pendant sept mois à compter de la naissance de l'enfant. Cependant elles doivent prouver tous les mois par un certificat médical qu'elles allaitent toujours. *Convention collective de travail n° 80 du 27 novembre 2001, conclue au sein du Conseil national du Travail, instaurant un droit aux pauses d'allaitement. Moniteur belge, 2002, p. 4567-76*

Ajoutons que dans certains pays, comme en Espagne, ces pauses peuvent être accordées au père.

Le tableau 13 détaille la durée et la rémunération des dites pauses allaitement dans plusieurs pays industrialisés.

B. Des installations dédiées à l'allaitement

Certaines législations nationales prévoient la mise à disposition d'un local où une femme peut allaiter ou exprimer son lait. Rappelons que la Recommandation 191 qui accompagne la Convention 183 de l'OIT indique que « Lorsque cela est réalisable, des dispositions devraient être prises en vue de la création de structures pour l'allaitement des enfants dans des conditions d'hygiène adéquates sur le lieu de travail ou à proximité ».

Ainsi des règlements sur cette pièce dédiée sont prévus notamment en Belgique comme nous l'avons vu plus haut, et aux Pays-Bas, ils sont d'ailleurs de plus en plus fréquents, mais le plus souvent ils ne s'appliquent qu'aux entreprises employant un certain nombre de femmes (en général 25 à 50 femmes minimum).

En Australie, l'Australian Breastfeeding Association (ABA) a créé un label « lieu de travail ami de l'allaitement ». Pour obtenir un certificat d'accréditation, les entreprises doivent répondre à des critères obligatoires :

- Des pauses allaitement pour les mères qui le souhaitent
- Un local adapté pour ces pauses
- Un règlement intérieur favorable à l'allaitement ;

ainsi qu'à d'autres critères non obligatoires mais conseillés :

- Aménagements d'horaires
- Crèches d'entreprises
- Possibilité que la personne qui garde l'enfant l'amène sur le lieu de travail pour l'allaitement
- Mise à disposition de tous les employés des documents sur l'allaitement
- Accès à une conseillère en lactation pour celles qui le désirent
- Mise à disposition de tire-laits si nécessaire

Eldrige S, Crocker A. Breastfeeding Friendly Workplace Accreditation. Creating a supportive workplace for breastfeeding mothers. Breastfeed Review. 2005 ; 13(2) : 17-22

2) Le congé maternité dans les pays développés

La grande majorité des pays développés prévoit un congé maternité pour toute femme salariée, c'est à dire une période durant laquelle elle quitte son activité à l'occasion de la naissance d'un enfant.

En réalité, les Etats-Unis sont le seul pays développé sans congé maternité. Il n'y a en effet aucune législation fédérale à ce sujet, et la plupart des femmes prennent donc des congés sans solde. Cette exception fut d'ailleurs déplorée par le Président Obama lui-même qui prenait la France en exemple, lors du « Sommet pour les familles qui travaillent » en Juin 2014 : "Il existe un seul pays développé dans le monde qui n'offre pas de congé maternité. C'est nous. Et ce n'est pas le genre de liste sur laquelle on souhaite figurer tout seul [...] D'autres pays savent le faire. Si la France le peut, nous le pouvons aussi ». *Congé maternité : quand Obama prend la France en exemple. Le Huffington Post. 24/06/2014 Consultable sur http://www.huffingtonpost.fr/2014/06/24/conge-maternite-barack-obama-france-exemple_n_5524355.html*

Notons que certaines américaines ont droit à un congé selon l'Etat et l'employeur, mais il reste très limité.

L'ONG Canadienne Women and Tech proposait en 2012 un palmarès des congés maternité dans le Monde (pays développés et en développement confondus) sous forme du schéma 7.

PAID MATERNITY LEAVE

How do nations compare when it comes to government mandated paid leave?



SAME-SEX AND ADOPTIVE PARENTS ARE ALSO ELIGIBLE FOR LEAVE BENEFITS IN CANADA, SWEDEN, FRANCE & THE UK.

3 YEARS



Central European countries have the longest maternity leave regulations. In some countries, the standard duration is 3 years.

YES, BOSS!



In many countries, paid leave benefits are provided by employers. In the U.S.A., women rely on employers to provide paid leave.

\$0



Only 4 countries have no mandated paid leave:
Liberia
Swaziland
Papua New Guinea
U.S.A.

Schéma 7: Palmarès des congés maternités dans le monde d'après l'ONG Canadienne Women and Tech

http://womenandtech.com/infographic-paid-maternity-leave/?utm_source=Women+And+Tech&utm_campaign=61af8a986c-Women_Tech_Newsletter_2_11_12_2012&utm_medium=email

Cette infographie permet de visualiser non seulement la durée du congé, mais aussi sa rémunération. Plus le biberon est plein, plus le revenu perçu est égal au salaire de l'employée. Le nombre de semaines est indiqué à droite du nom du pays. Lorsqu'il est divisé en deux, c'est que la première partie de congé maternité correspond à un taux de salaire, et que le reste du congé maternité est payé à un taux différent, voire à une somme fixe au lieu d'un pourcentage du salaire (dans ce cas le biberon est rose avec le symbole \$).

On peut ainsi constater que la Suède remporte la première place avec 56 semaines payées à 80% du salaire, puis 13 semaines à une somme fixe dont le montant est variable. Le prochain pays développé est le Canada qui obtient la troisième place avec 50 semaines rémunérées à 55% du salaire. Il faut redescendre encore quelques marches pour atteindre la France à la 9^{ème} place, avec ses 16 semaines payées à 100%. Les Etats-Unis se retrouvent évidemment tout en bas de la liste.

Dans certains pays une partie du congé est réservée au père, avec en haut du classement le Canada (jusqu'à 35 semaines), la Suède et la Croatie (jusqu'à 34 semaines), puis le Royaume-Unis (26 semaines) et l'Italie (24 semaines). La France, avec ses deux semaines de congé seulement pour le père, a néanmoins le mérite de proposer le dit congé qui reste d'avantage une exception que la règle.

Le tableau ci-dessous, fourni par la WABA, récapitule la situation de la plupart des pays développés concernant le congé maternité, les autres congés parentaux, et les pauses allaitement.

	Congé maternité (semaines)									Autres congés (jours)		Pauses allaitement		
	12	13	14	15	16	17	≥18	≥26	Qui paye ?	Congé parental	Congé paternité	Oui/non	Payées/non payées	Durée
AMERIQUE														
Canada						X			□	245		Non	-	-
Etats-Unis *	X								∅ ■			Non	-	-
ASIE														
Japon			X						■ □	365□	365□	Oui	Payées	60min/jour pendant 1 an.
Corée du Sud		X							■	365		Oui		60min/jour pendant 1 an.
Singapour					X				■ □	6	3	Non	-	-
EUROPE														
Allemagne			X						■ □	730□ (non payé au-delà de 3ans)	2	Oui	Payées	60min/Jour
Belgique				X					□ ●	90	10	Oui	Payées	30min/jour pendant 7 mois
Danemark							X		■ □		14	Non	-	-

Espagne						X			□		2	Oui	Payées	60min/jour pendant 9mois
Finlande			X						□	158	12	Non	-	-
France				X					□		7	Oui	Non payées	60min/jour pendant 1an
Italie							X		□	330□		Oui	Payées	60min/jour si structurées dédiées; sinon 120min/jour
Norvège								X	□	400	84	Oui	Payées	120min/jour
Pays-Bas				X					□	65	2	Oui	Payées	¼ du temps de travail pendant 9 mois
Royaume-Unis								X	□	91x2 non payé	14 □	Non	-	-
Suède			X						□	480 □	60	Oui	Non payées	Durée non spécifiée
Suisse			X						□			Oui	Payées	Pendant 12mois
OCEANIE														
Australie							X		□	1206 □	7	Non	-	-
Nouvelle-Zélande			X						□	98 □	14	Oui	Non payées	Durée non spécifiée

Légende :

- Fonds publics
- Employeur
- Autres

Tableau 13 : La protection de la maternité au travail dans le Monde selon la WABA

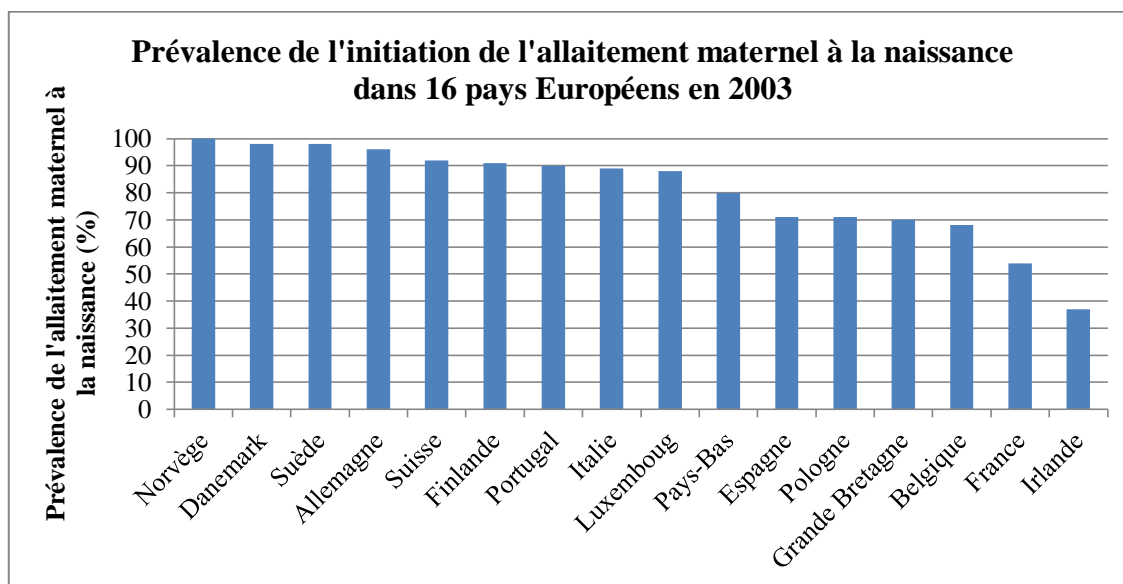
WABA. Status of maternity protection by country. Update September 2011 Consultable sur <http://www.waba.org.my/whatwedo/womenandwork/pdf/mpchart2011a.pdf>

* Il n'y a pas de congés maternités aux Etats-Unis selon la législation nationale, mais certaines femmes peuvent prendre 12 semaines selon l'Etat et l'employeur.

IV. Le modèle Scandinave

Les pays scandinaves représentent un véritable idéal en ce qui concerne l'allaitement maternel, si bien qu'ils sont souvent pris en exemple par l'OMS pour en promouvoir les avantages.

Il est vrai qu'ils font figure d'exception en Europe avec des taux qui battent des records, en particulier en ce qui concerne l'allaitement maternel à la naissance, comme le montre le graphe 10.



Graphe 10

Cattaneo and al. *Protection, promotion and support of breast-feeding in Europe: current situation. Public Health Nutrition. 2005 ;8(1) : 39-46*

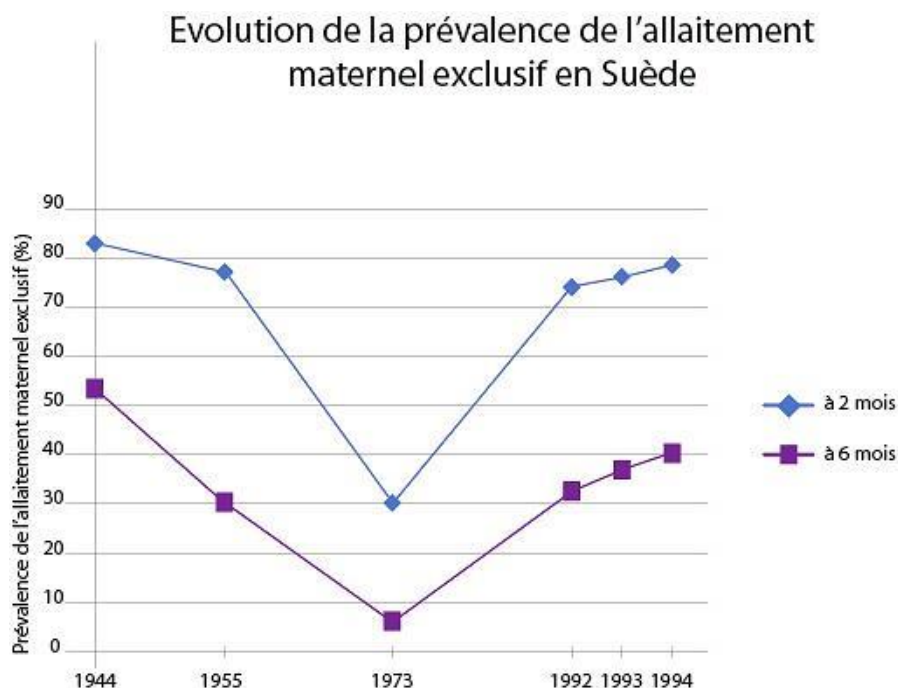
Il est plus difficile d'obtenir des chiffres représentatifs concernant la durée de l'allaitement.

On sait cependant qu'il a beaucoup plus tendance à se prolonger que dans les autres pays développés, avec par exemple 65% d'allaitement (exclusif et partiel confondus) à 6 mois pour la Suède en 1993.

Michaelsen KF, Weaver L, Branca F, Robertson A. *Breastfeeding : initiation, duration and practice of exclusive breastfeeding. In : Feeding for the WHO European region, with emphasis on the former soviet countries. Geneva : WHO ; 2000 : 28-31*

1) Evolution des taux d'allaitement depuis les années 50 dans les pays scandinaves (exemples de la Suède et la Norvège)

Si l'on se penche sur l'évolution des taux d'allaitement maternel en Suède depuis la fin de la seconde guerre mondiale jusqu'au milieu des années 90, on constate que la courbe décrit un « U » spectaculaire, avec un minimum aux alentours de 1972 (voir graphe 11). Les taux d'allaitement en Norvège ont eux aussi suivis la même tendance.



Graphe 11

Hofvander Y, Sjölin S. Breastfeeding trends and recent information activities in Sweden. Department of Paediatrics University of Uppsala, Sweden. 1979. In : Les cahiers du nouveau-né tome 3 : D'amour et de lait... Ouvrage collectif sur l'allaitement sous la direction d'Etienne Herbinet. 1989.197

Des études statistiques plus récentes menées par le Swedish Breastfeeding Institute ont détaillé la progression des taux d'allaitement maternel exclusif, partiel, et d'alimentation au biberon, entre 1992 et 1994.

		Taux d'allaitement maternel exclusif (%)			Taux d'allaitement maternel partiel (%)		Taux d'alimentation au biberon (%)	
		1992	1993	1994	1993	1994	1993	1994
Age du bébé	1 semaine	-	93.9	94.4	-	93.9	1.8	1.3
	2 mois	74	76.3	78.5	74	76.3	9.9	9
	4 mois	56	60.7	64.1	56	60.7	22.8	20.2
	6 mois	32	36.7	40	32	36.7	36.7	32.7

Tableau 14: Prévalences de l'allaitement maternel exclusif et partiel et de l'alimentation au biberon en Suède de 1992 à 1994

Swedish Breastfeeding Institute, Malte, 2007 Consultable sur <http://www.swedish.org/services/pregnancy-and-childbirth/mom-baby/breastfeeding>

On remarque une nette évolution en faveur de l'allaitement maternel, exclusif notamment, en seulement 2 ans. L'utilisation du biberon a quant à elle diminué, et ce quelle que soit la tranche d'âge.

Ajoutons que la Norvège a suivi sensiblement la même évolution que son voisin, comme le montre le tableau ci-dessous :

		Taux d'allaitement maternel exclusif (%)	
		1993	1999
Age du bébé	3 mois	86	90
	6 mois	68	78
	9 mois	42	53
	12 mois	14	31
	16 mois	-	17

Tableau 15: Prévalence de l'allaitement maternel exclusif en Norvège en 1993 et 1999

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

Nous verrons que cette remontée rapide est la conséquence de multiples facteurs, avec notamment un contexte socioculturel et une politique gouvernementale particuliers, ainsi qu'une promotion importante de l'allaitement maternel au sein de ces pays nordiques.

2) Le modèle nordique de protection sociale de la grossesse et de la petite enfance

Il se caractérise par des niveaux d'emploi féminin particulièrement élevés (la Suède est le pays de l'Union Européenne avec la plus grande proportion de mères qui travaillent), ainsi qu'une offre de services et aides publics aux familles importante.

Ainsi, les premières institutions scandinaves pour la protection des enfants furent créées dès le XVIII^e siècle. Plus tard, à la fin de la seconde guerre mondiale, la petite enfance est devenue une préoccupation prioritaire et les premiers services publics de crèches et dispositifs de congés rémunérés furent adoptés.

A. Un congé parental généreux

La politique familiale de ces pays vise à soutenir le modèle familial où les deux conjoints travaillent, et ce notamment grâce à des congés parentaux très avantageux.

1. En Suède

La Suède est un pays précurseur en ce qui concerne le congé parental.

Ainsi, dès les années 1900, les femmes ont obtenu 4 semaines de congé maternité, et une aide financière fut envisagée en 1931, si bien qu'en 1955 toutes les mères avaient droit à un congé de 6 mois dont 3 rémunérés.

Depuis la situation n'a cessé d'évoluer en faveur des parents, avec :

- En 1962, un congé 6 mois rémunéré à 60% du salaire précédent
- En 1974, 6 mois à 90% du salaire pour le père et la mère, à utiliser librement jusqu'aux huit ans de l'enfant (c'est la naissance du congé parental en Europe)
- En 1989, 12 mois à 75 à 90% du salaire. De plus un congé parental temporaire de 60 jours par an (voire 120 jours dans certains cas) est prévu en cas de situation imprévue comme une longue maladie.
- En 1996 est né un congé spécifique au père, le « mois papa », rémunéré à 90% du salaire.

C'est ainsi qu'aujourd'hui et depuis 2002, les parents suédois disposent de 480 jours de congé parental, dont 60 jours pour la mère, 60 jours pour le père, et les 360 restants à se partager comme ils le souhaitent. Il est payé à 80% pendant un an, puis un montant fixe est appliqué, dont la somme varie selon les cas. *Gudny Bjork Eydal. Politiques de la petite enfance dans les pays nordiques. Lien social et Politiques n° 50, 2003, p. 165-184*

Ajoutons que depuis 2012, il est possible que les deux parents prennent 30 des 480 jours de congé parental en même temps, au cours de la première année de l'enfant.

2. En Norvège

L'évolution historique du congé parental est un peu moins impressionnante en Norvège : les femmes ont eu droit à 2 mois et demi de congés rémunérés en 1956, puis 12 semaines en 1971 et 18 semaines en 1977.

En 1993, un congé parental est instauré basé sur le dispositif « Time-Account Scheme » : les parents ont le choix entre 47 semaines (soit environ 11 mois) payées à 100% du salaire, ou 57 semaines (14 mois) à 80%. 4 semaines de ce congé sont consacrées au père, et la mère doit obligatoirement prendre au moins 3 semaines avant et 6 semaines après la naissance.

Plus tard, la part réservée au papa est passée à 12 semaines.

Depuis le 1^e Juillet 2013, ce congé parental est de 49 semaines rémunérées à 100% ou 59 semaines à 80%, avec un minimum de 14 semaines pour le père.

Par ailleurs, les parents ont la possibilité de diminuer leurs heures de travail après une naissance, en accord avec l'employeur.

B. Une offre de crèches avantageuse

Les pays nordiques ont développé des systèmes publics de crèches fortement subventionnés, toujours dans le souci de favoriser un équilibre entre responsabilités familiale et vie professionnelle.

Ainsi le tableau 16 montre que le nombre d'enfants pris en charge dans ces structures de garde n'a cessé d'augmenter depuis les années 80 :

	Taux d'enfants de 0-2 ans pris en charge en crèche (%)		
	1981	1990	2000
Danemark	37	48	77
Finlande	18	31	35
Norvège	4	12	37
Suède	25	32	60

Tableau 16 : Pourcentage d'enfants de moins de 2 ans pris en charge dans une crèche dans quatre pays nordiques

Sipila Jorma. Social Security in the Nordic Countries.2000

La garde d'enfants par les services publics est garantie pour tous les parents, et la plupart des structures de garde d'enfants sont ouvertes de 6h30 à 18h30. En Suède, les services préscolaires ou de garderie sont gratuits pour les enfants âgés de trois à six ans, pour un maximum de 15 heures par semaine. De plus, les frais parentaux sont directement proportionnels au revenu des parents et inversement proportionnels au nombre d'enfants dans une famille.

C. Des prestations financières importantes pour les familles

Au sein de ces pays, plusieurs mesures ont été adoptées afin de réduire le fardeau financier des parents élevant un enfant. Par exemple, en Suède, il existe :

- Des prestations pour les femmes enceintes qui ne peuvent pas travailler dû aux exigences physiques de leur emploi de 50 jours payées à 80% du dernier revenu.
- Une allocation temporaire payée à 80% des revenus annuels pour un enfant malade de moins de 12 ans
- Une allocation pour enfant à charge se montant à 1050 couronnes suédoises (environ 122€) par mois et par enfant, avec des suppléments pour les familles nombreuses allant de 150 couronnes suédoises (environ 17€) pour le deuxième enfant, à 1250 couronnes suédoises (environ 145€) à partir du 5^e enfant.
- Une allocation de logement pour les familles à faible revenu qui varie selon le revenu, les coûts et la taille du logement, et nombre d'enfants à charge.

3) La culture de l'allaitement dans les pays nordiques

Les femmes scandinaves bénéficient d'un climat bien plus favorable à l'allaitement maternel que leurs consœurs des autres pays industrialisés, profitant d'une véritable et exceptionnelle culture de l'allaitement.

Il faut savoir que le mouvement féministe des années 70 a pris une orientation particulière dans les pays nordiques : plutôt que de percevoir l'allaitement maternel comme un devoir, les femmes ont revendiqué un droit d'allaiter. Des groupes de femmes se sont créés pour encourager une meilleure promotion et un plus grand soutien aux mères allaitantes.

Ces efforts ont non seulement permis de garder l'allaitement sur la scène publique et de mobiliser plusieurs intervenants autour de cette cause, d'évoluer vers une protection sociale des familles de grande qualité, mais aussi de diriger l'évolution des mentalités vers le caractère naturel de l'allaitement.

Ainsi, les femmes ont redécouvert leurs corps dans une mouvance de plaisir et d'équilibre, et dans cette évolution vers un rapport au corps plus pragmatique, l'allaitement maternel est devenu une évidence. Si bien que pour la majorité des femmes de ces pays, le problème ne se pose même pas.

Elles sont d'ailleurs très bien entourées, notamment par leurs mères, qui pour la plupart s'attachent d'avantage que dans d'autres pays développés à transmettre leur savoir et leur savoir-faire autour de l'allaitement maternel.

Ajoutons que les pays nordiques sont particulièrement en avance sur le reste du monde en ce qui concerne la parité entre hommes et femmes, notamment à travers une politique qui favorise l'engagement du père dans la vie familiale. Ainsi la participation des hommes à la prise en charge des enfants est considérée comme une étape essentielle vers l'égalité des sexes.

D'ailleurs, pour inciter au partage de la garde des enfants de manière plus équitable et afin d'améliorer la participation des mères à la vie professionnelle, le gouvernement suédois a créé en 2008 une « prime d'égalité des sexes ». Initialement, cette prime a été mise en œuvre comme une réduction d'impôt, mais depuis Janvier 2012, elle est à la place liée à l'adoption de l'allocation de congé parental (avec un maximum de 13500 couronnes suédoises soit 1570€ par enfant).

Le cas récent d'une ministre norvégienne qui a pris un congé maternité illustre bien cette culture de l'allaitement particulière. Il s'agissait de la première femme dans l'histoire du pays qui maintenait son poste ministériel après la naissance d'un enfant. Les réactions de la presse ne se firent pas attendre, mais tous les articles s'inquiétaient surtout de la façon dont elle pourrait combiner un allaitement maternel long et ses fonctions au sein du gouvernement. Il était ainsi tenu pour acquis que la ministre allaiterait cet enfant, malgré son poste exigeant. *Ammehjelpen .The case of breastfeeding in Norway, The Norwegian Breastfeeding Association., September 1994.*

4) La promotion de l'allaitement maternel dans les pays scandinaves

Comme nous l'évoquions plus haut, les gouvernements de ces pays sont manifestement en faveur d'un allaitement maternel long et s'engagent dans cette cause, notamment à travers différentes mesures sociales qui ont laissé plus de place au père et encouragé l'autonomie des mères (congés parentaux généreux, systèmes de gardes subventionnés etc.).

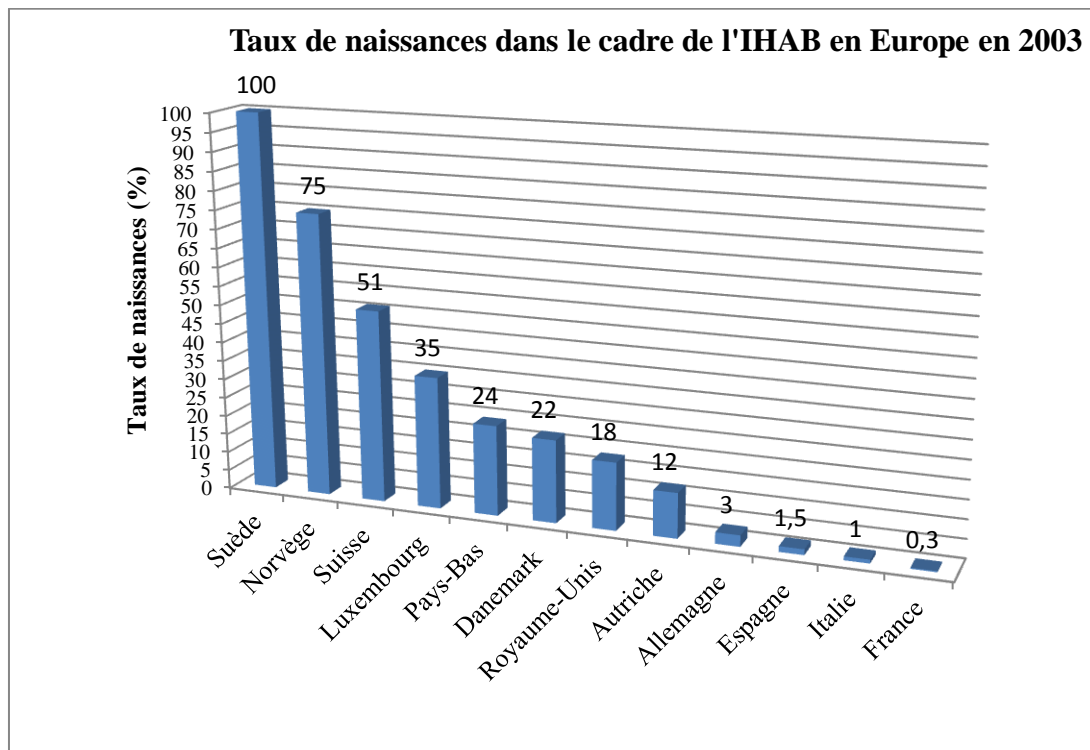
Cet engagement va parfois plus loin, par exemple en Suède où une stratégie nationale pour le développement du soutien parental fut adoptée en 2009.

Elle vise à promouvoir la santé des enfants et leur développement positif au travers des parents et à maximiser leur protection contre la maladie et les problèmes sociaux, et ce en offrant un soutien aux parents pendant les 17 premières années de l'enfant.

Le gouvernement suédois a ainsi alloué un certain budget aux autorités locales et instituts de recherche, afin de stimuler les efforts de soutien parental régionaux et locaux.
http://europa.eu/epic/countries/sweden/index_fr.htm

Par ailleurs, on ne peut parler de promotion de l'allaitement maternel dans les pays nordiques sans s'intéresser à l'Initiative Hôpital Ami des Bébé (IHAB), que la Norvège et la Suède furent les premiers pays à adopter en Europe. La Suède peut se vanter d'avoir 100% de ses hôpitaux répondant aux critères IHAB, la Norvège n'étant pas en reste puisque 90 % de ses unités de soins intensifs néonatales y sont également conformes. L'adoption de cette initiative dans les années 90 coïncide d'ailleurs avec la remontée des taux d'allaitement que nous avons vu plus haut.

Le graphe ci-dessous montre bien que les pays scandinaves occupent le haut du podium en ce qui concerne le nombre de naissances dans le cadre de l'IHAB en Europe : on peut parler pour ces pays d'une IHAB généralisée.



Graphe 12

Promotion of Breastfeeding in Europe. Eu Project Contract . IRCCS / WHO. 2003 Consultable sur <http://www.grandetete.com/allaitement/Allaitement-Maternel-etat-des-lieux-mars2004.pdf>

Il faut également savoir qu'il existe dans les pays scandinaves de nombreuses associations, en particulier des groupes de soutien de mère à mère, qui s'engagent dans la promotion et la protection de l'allaitement maternel.

Citons l'exemple d'Ammehjelpen, organisation norvégienne de soutien aux mères qui fut créée en 1973 par Elisabeth Helsing (qui est également l'auteur du « Boken om amming » ou livre de l'allaitement, traduit dans plusieurs langues).

Des femmes bénévoles qui ont une expérience personnelle de l'allaitement et des connaissances de qualité sur le sujet (ce qui est contrôlé par l'organisation) proposent ainsi des conseils pratiques, un accompagnement et un soutien à toutes les mères qui le désirent.

En outre, l'association se consacre à relancer l'information sur l'allaitement, pour les femmes comme les praticiens, et a su agir auprès du gouvernement, par exemple en matière de publicité pour les substituts du lait maternel.

Les pays nordiques sont d'ailleurs particulièrement attachés au respect du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, et les contrôles sont bien plus fréquents.

Ainsi, il n'existe que deux groupes qui commercialisent du lait industriel en Norvège, et il leur est formellement interdit de promouvoir leurs produits. Il n'y a donc aucune publicité pour ces substituts dans le pays.

De plus, en Suède, le Code a été révisé à la fin des années 90 pour un texte plus rigoureux et plus spécifique : il s'applique désormais aux produits utilisables de la naissance à un an, dont les substituts du lait maternel, les préparations de suite, les biberons, les tétines et les sucettes.

Ajoutons que les gouvernements de ces pays veillent à la mise en place d'une formation de qualité concernant l'allaitement, avec notamment le maintien de normes élevées pour les soins mère-enfant et pour la formation des professionnels sur l'allaitement, mais aussi de part une éducation systématisée : tous les étudiants suédois apprennent ainsi au cours de l'enseignement secondaire les bienfaits de l'allaitement maternel. *Shields L and al. Nursing and health care in Sweden. The Australian journal of advanced nursing. 2002 ; 20 (1) : 20-6*

Conclusion

Au sein de la plupart des pays développés, l'allaitement maternel s'inscrit dans un contexte socioculturel qui est parfois peu favorable, d'autant plus que le soutien des femmes souhaitant concilier allaitement et vie professionnelle est variable et souvent considéré comme insuffisant.

Pourtant, des efforts non négligeables ont été faits quant à la promotion de l'allaitement maternel.

De plus, il semble qu'il revienne « à la mode » : les femmes commencent à vouloir se réapproprier leur corps pour ne pas être seulement des « objets sexuels », elles veulent avoir le choix de donner la vie quand elles le souhaitent, et d'allaiter ou pas cet enfant. Par ailleurs, les progrès scientifiques impactent plus positivement la perception de l'allaitement maternel, puisqu'on entend de plus en plus que le lait maternel est meilleur pour l'enfant, à tel point que de nombreuses de mères ressentent une certaine culpabilité à ne pas choisir d'allaiter.

En outre, les médecins sont aujourd'hui mieux informés sur le sujet et prescrivent plus facilement des tire-laits pour permettre aux mamans de continuer à allaiter tout en travaillant.

Ensuite, même si l'omniprésence des médias a de toute évidence une influence négative sur la perception de l'allaitement maternel, l'explosion d'internet a permis aux mères de communiquer entre elles, de se soutenir, de transmettre leurs expériences. Elles se retrouvent d'une certaine manière beaucoup moins seule, quand les modèles concernant l'allaitement dans leur entourage se font rares.

Mais il faut garder à l'esprit qu'au sein des pays développés, il s'agit avant tout d'une histoire de confort et d'environnement socioculturel. Une étude chez des femmes employées dans la région de Boston, montrait d'ailleurs que « l'absence de différence significative entre les femmes qui poursuivent l'allaitement et celles qui nourrissent leur enfant au biberon quant à la difficulté du travail exercé ou les allocations perçues démontre que le choix de concilier ou non maternage et emploi salarié est d'avantage une question de culture et de conviction personnelle qu'une question de nécessité économique ou matérielle » *Zeitlin, M.F., Connell, D.C., and Schlossman, N.P. Women's Employment and Infant Feeding in the Six Months Following Childbirth: Results of a 1983 Survey in Boston Maternity Hospitals. A Final Report Submitted to the Ford Foundation, 1984*

Ainsi, le cas des pays nordiques nous démontre qu'avec une politique de protection sociale des familles avantageuse et une promotion importante au niveau gouvernemental comme local, les taux d'allaitement peuvent monter en flèche. Mais il faut évidemment prendre en compte que ces pays jouissent d'une culture de la maternité et de l'allaitement très ancrée.

Chapitre 2 : La situation de l'allaitement maternel dans les pays en voie de développement

Chapitre 2 : La situation de l'allaitement maternel dans les pays en voie de développement

Nous abordons plus haut les notions de protection sociale des familles, de l'influence des médias et du biberon libérateur. Changeons à présent totalement de contexte pour nous plonger dans la situation des pays en voie de développement (PVD). Car le souci y est tout autre : dans ces pays où les taux de malnutrition et de mortalité infantile atteignent des niveaux effrayants, l'allaitement maternel est avant tout un enjeu vital.

En effet, 180 millions d'enfants de moins de 5 ans sont atteints de retard de croissance et 55 millions souffrent d'émaciation (dont 20 millions sous sa forme sévère). Les régions les plus touchées sont le sud de l'Asie centrale et l'Afrique subsaharienne. Ainsi, environ 90 % des enfants atteints de retard de croissance vivent dans 36 pays, dont 20 sont en Afrique Subsaharienne. La prévalence la plus élevée se trouve donc en Afrique, mais si l'on parle du nombre d'enfants atteints de retard de croissance, le triste record revient à l'Asie centrale et du sud. *UNICEF, Progress for Children, A World Fit for Children, Statistical Review, Number 6, UNICEF, December 2007*

L'UNICEF a établi en 2001 une carte des facteurs affectant la survie, la croissance et le développement des enfants dans le monde, parmi lesquels figure un faible taux d'allaitement maternel exclusif dans les 4 premiers mois. Elle estime d'ailleurs, avec l'OMS, que si tous les nourrissons et jeunes enfants étaient nourris exclusivement au sein pendant les six premiers mois de leur vie et recevaient ensuite des aliments nutritifs en complément de l'allaitement jusqu'à l'âge de deux ans, on pourrait sauver chaque année 1,5 million de vies d'enfants.

Bien que des progrès notables aient été faits, le Fond des Nations Unies pour l'Enfance considère que dans la plupart des pays les taux d'allaitement maternel sont encore trop faibles : en effet en 2002, moins de 50% des enfants dans le monde sont exclusivement nourris au sein pendant les 4 premiers mois. *UNICEF. La situation des enfants dans le monde.2002.87*

Le tableau suivant fait un état des lieux de plusieurs indicateurs de la nutrition recueillis par l'UNICEF, dont la prévalence d'allaitement maternel, dans des pays en voie de développement.

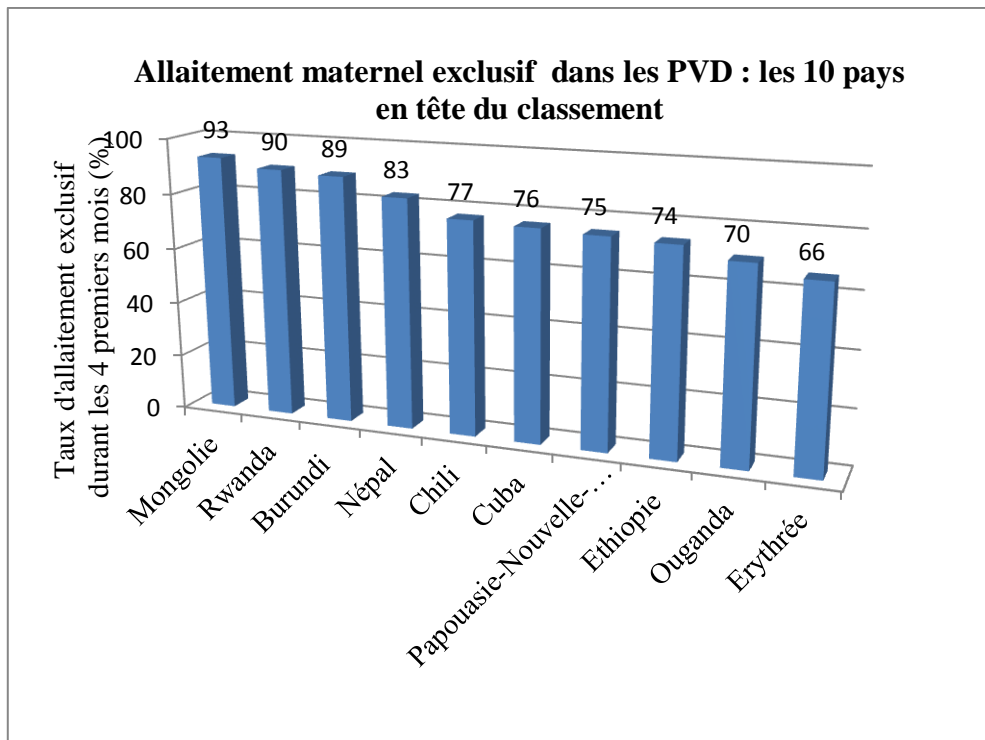
	Rang concernant la mortalité des enfants de moins de 5 ans*	Taux d'enfants de moins de 5 ans souffrant de sous-poids modéré à sévère (1995-2000) (%)	Taux d'enfants allaités au lait maternel (1995-2000) (%)		
			Allaitement exclusif (0-3 mois)	Allaitement+ complément (6-9 mois)	Allaitement prolongé (20-23 mois)
Afghanistan	4	48	25	-	-
Angola	2	42	12	70	49
Bangladesh	53	56	53	-	-
Bénin	24	29	15	97	65
Brésil	89	5	42	30	17
Burkina Faso	13	36	5	56	-
Cameroun	26	22	16	-	29
Chine	87	-	64 x	-	-
Côte d'Ivoire	22	24 x	4	77	-
Egypte	73	12	60	-	-
Ethiopie	19	47	84	-	77
Haïti	33	28	3 x	83 x	25 x
Honduras	83	25	42	69	45
Inde	49	53 x	51 x	31 x	67 x
Indonésie	73	34	52	-	65
Kenya	37	22	17	94	54
Mali	5	40	13	33	60
Maroc	72	9 x	31	33	20
Mongolie	57	10	93	84	74
Niger	3	50	1	-	47
Paraguay	98	5	7	59	15
Philippines	83	28	47	-	23
Sénégal	37	22	16	69	50
Sierra Leone	1	29 x	-	94 x	41 x
Soudan	43	34 x	14 x	45 x	44 x
Thaïlande	101	19 x	4	71	27
Yémen	36	46	25	79	41

Tableau 17: Quelques indicateurs pour la nutrition des enfants dans 27 pays en développement d'après l'UNICEF

UNICEF. *The State of the World's Children 2001*. 82-5 Consultable sur <http://www.unicef.org/sowc/archive/ENGLISH/The%20State%20of%20the%20World's%20Children%202001.pdf>

* L'UNICEF fournit une liste dans laquelle les pays sont classés selon la mortalité des enfants de moins de 5 ans en 1999. Il s'agit d'un indicateur très représentatif de la qualité de vie des enfants dans ces pays. Un rang leur est donc attribué, dans l'ordre décroissant. Ici le x indique des données qui correspondent à une période différente de celle spécifiée dans la colonne, différent des définitions standards, ou se réfèrent seulement à une partie du pays.

Quant au graphe ci-dessous, il établit le palmarès des 10 pays selon leurs taux d'allaitement exclusif durant les quatre premiers mois.



Graphe 13

UNICEF. *L'allaitement maternel : pour grandir en bonne santé. 1999.4*

Nous verrons tout d'abord dans quelle mesure l'allaitement maternel est un objectif vital et un enjeu de santé publique dans les pays en voie de développement, puis nous nous intéresserons à l'influence du contexte socioculturel, pour finir par aborder les actions de promotion et de soutien de l'allaitement qui y sont menés.

V. L'allaitement maternel dans les pays en voie de développement : une nécessité vitale

On estime que si les taux d'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois passaient à 90% dans le monde, cela diminuerait de 13% le nombre de décès d'enfants de moins de 5 ans, ce qui équivaldrait à 1.3 millions de vies sauvées par an (en tenant compte de la surmortalité due à une éventuelle contamination du lait maternel par le Virus d'Immunodéficience Humaine ou VIH).

Si les avantages pour la santé de l'allaitement maternel sont une évidence quel que soit le pays, ce sont bien les deux tiers de la population mondiale vivant dans la pauvreté qui en tirent le plus de bénéfices.

1) Les conséquences de l'allaitement artificiel dans les pays en voie de développement

Dans les années 70, les firmes multinationales sont apparues dans le quotidien de ces populations en difficulté notamment en investissant les hôpitaux et en fournissant gratuitement des substituts du lait maternel aux maternités. Le lait artificiel et le biberon sont alors devenus des symboles de la réussite économique des pays industrialisés, et les mères ont accueilli ce progrès avec enthousiasme, pensant à une avancée dans leur mode de vie.

Mais les conditions de vie sont évidemment très différentes dans les pays en voie de développement, tant d'un point de vue sanitaire qu'économique, et cet avènement du biberon a encore aujourd'hui des conséquences désastreuses dans ces populations.

Ceci est d'autant plus vrai dans les situations « d'urgence ».

Citons l'exemple de l'Indonésie qui a subi un séisme en Mai 2006. On a alors distribué du lait infantile aux familles pour aider les mères à nourrir correctement leurs enfants. Mais cela pourra avoir fait plus de mal que de bien, selon les dires de Dorothy Foote, la responsable de la nutrition d'urgence de l'UNICEF à Jogjakarta : « l'environnement est malpropre, il y a de la poussière et l'accès à de l'eau salubre est limité. Les femmes ne disposent pas d'endroit pour faire la cuisine, l'endroit où normalement elles font bouillir de l'eau et lavent leur vaisselle. Les gens font la cuisine en plein air. Les gens mangent fréquemment dans des cuisines collectives, il y a par conséquent une vraie perte de contrôle sur la propreté de l'environnement, explique-t-elle, cela augmente la probabilité pour les enfants de tomber malades à cause de ce qu'ils consomment. Et le passage au lait maternisé réduit aussi la protection que leur assurent les anticorps contenus dans le lait maternel ».

Depuis le séisme, on estime que 80% des foyers ont reçu des substituts du lait maternel (le double de la consommation normale). Selon Mme Foote, ce n'est pourtant pas la meilleure solution : « Les femmes auront plus de difficultés à revenir à l'allaitement au sein. Il vaut mieux qu'au lieu de recevoir du lait maternisé une mère soit encouragée à continuer à donner le sein et qu'elle reçoive des rations supplémentaires de nourriture et d'eau pour elle-même, de cette façon, elle n'a pas à s'inquiéter que son lait tarisse. » http://www.unicef.org/french/infobycountry/indonesia_35137.html

A. Un risque d'infections accru

L'utilisation du biberon multiplie les risques de contamination par des organismes pathogènes, dans ces pays où la plupart du temps les conditions d'hygiène sont médiocres avec :

- Un accès à une eau saine très compliqué : elle provient le plus souvent d'un puit ou d'un cours d'eau contaminé par les excréments humains. Cette eau est non seulement utilisée pour diluer le lait en poudre, mais aussi pour nettoyer le matériel. La seule solution pour stériliser les accessoires est alors d'allumer un feu, ce qui implique d'acheter des combustibles.
- Un environnement domestique contaminé par les excréments et les insectes.
- L'absence de système de conservation ou lieu de stockage sain pour le lait.

Par ailleurs, les populations manquent de matériel adapté et parfois le biberon n'est qu'une bouteille en plastique, difficile à nettoyer.

Enfin, les mères sont souvent peu informées sur la contamination microbienne et les règles d'hygiène et de conservation du lait.



Figure 18 : Les conditions optimales de préparation de lait artificiel sont peu probables dans une cuisine africaine

Dans ces conditions les préparations pour nourrissons deviennent rapidement des bouillons de culture. L'OMS estime d'ailleurs que dans les pays en voie de développement :

- Pour les enfants âgés de 0 à 5 mois uniquement nourris au lait artificiel, les risques de décès par diarrhée ou pneumonie sont respectivement 7 et 5 fois plus élevés que chez les enfants bénéficiant d'un allaitement maternel exclusif.
- Dans la même tranche d'âge, les enfants recevant un allaitement mixte présentent un risque de décès par diarrhée ou pneumonie 2 fois plus élevé que celui des enfants exclusivement nourris au sein.

B. L'allaitement artificiel au biberon : une cause de malnutrition

Dans les pays en développement, la malnutrition est un des problèmes de santé publique les plus graves. Dévastatrice, elle joue un rôle dans plus d'un tiers des décès d'enfants.

Bien que le nombre d'enfants sous-alimentés ait diminué par rapport aux années 90, 150 millions souffrent toujours d'insuffisance pondérale, dont plus de la moitié vivent en Asie du Sud.

Une partie de ces chiffres est due à l'utilisation du lait artificiel au biberon à la place de l'allaitement au sein.

Tout d'abord, nous avons vu que la contamination microbienne entraînait un plus grand risque d'infections, notamment de type diarrhées et gastroentérites, qui favorisent la survenue de retards de croissance et de malnutrition protéino-énergétique chez le nourrisson et le jeune enfant.

Par ailleurs, l'arrivée du biberon dans les maternités a fait négliger l'allaitement maternel : les baisses de lactations sont alors plus fréquentes et se trouvent rapidement compensées par le recours au lait artificiel.

Ce dernier est d'ailleurs distribué gratuitement, ce que les mères perçoivent comme une opportunité de suivre le modèle moderne occidental.

Cependant, lorsque ces femmes retournent chez elles, les substituts du lait maternel ne sont plus gratuits, et représentent même une part énorme de leur budget. Par conséquent, elles ont tendance à diluer davantage la poudre, pour faire des économies. Le lait obtenu, en plus d'être probablement contaminé par des microorganismes pathogènes, est de mauvaise qualité nutritionnelle. Cette insuffisance d'apports entraîne un retard de croissance qui pourra évoluer de façon chronique vers une dénutrition voire un marasme nutritionnel.



The baby killer

Ces faits sont relatés dans le livre intitulé « The baby killer », où « War on Want », une ONG anglaise, dénonce les stratégies marketing de Nestlé dans les années 70. En effet, le groupe distribuait des boîtes de lait infantile dans les maternités des pays en voie de développement, notamment en envoyant des vendeuses habillées comme des infirmières.

Mais, une fois rentrées chez elles, les femmes n'avaient pas les moyens d'acheter le lait, elles ne comprenaient pas les instructions souvent écrites en anglais ou elles ne savaient pas lire et elles n'avaient pas accès à de l'eau potable. Les biberons étaient souvent mal reconstitués et trop dilués avec une eau contaminée. Les familles n'ayant pas les moyens d'acheter du lait en poudre se tournaient alors vers des aliments inadaptés comme le lait concentré sucré. Mike Muller. *The baby killer. A War on Want investigation into the promotion and sale of powdered baby milks in the Third World. 1974.5*

Ces pratiques sont malheureusement toujours d'actualité dans de nombreux pays comme on peut le voir dans le documentaire « Formula for Disaster » réalisé par l'UNICEF qui a constaté le même problème aux Philippines. <https://www.youtube.com/watch?v=3PBtb-UDhEc>

C. Les enjeux économiques de l'allaitement artificiel

Nous le disions plus haut, dans les pays en voie de développement, les préparations pour nourrissons représentent un coût important pour les familles. Ceci est d'autant plus vrai qu'il faut le plus souvent les importer.

Au Vietnam par exemple, cela représenterait 257\$ par an et par famille, sachant que le produit national brut est de 320\$ par habitant.

Au Pérou, le coût annuel par enfant de l'utilisation d'un lait artificiel est supérieur au budget familial de plus de la moitié de la population. UNICEF. *L'allaitement maternel : pour grandir en bonne santé. 1999* http://www.unicef.org/french/publications/files/pub_breastfeeding_fr.pdf

L'usage de ces préparations accroît donc la pauvreté de familles aux revenus déjà très modestes.

Par ailleurs, elles impliquent également une dépense de ressources précieuses puisque la préparation d'un biberon nécessite de l'eau salubre (on estime qu'il faut 3 litres d'eau par jour et par bébé, dont un pour le mélange et deux pour la stérilisation du matériel), mais aussi un combustible, et du temps.

Ajoutons que le taux plus important d'infections par contamination de l'alimentation du nourrisson implique des frais médicaux. Par exemple, aux Philippines, l'hôpital José Fabella a économisé en un an plus de 100 000 \$ (soit 8% de son budget annuel) grâce à la promotion de l'allaitement maternel exclusivement au sein. UNICEF. *L'allaitement maternel : pour grandir en bonne santé. 1999*

Préserver l'allaitement maternel et réduire l'allaitement artificiel est donc d'un intérêt économique crucial pour les pays en développement.

2) L'allaitement maternel : une méthode naturelle d'espacement des naissances

L'allaitement exclusif en *post-partum* est utilisé depuis des siècles pour espacer les grossesses. Aujourd'hui, il est prouvé scientifiquement que l'intensité, la fréquence, et la durée de l'allaitement ont des incidences positives sur la période d'aménorrhée *post-partum*, en bloquant l'ovulation et en diminuant la fertilité.

Si bien qu'en 1983, l'OMS déclarait qu'à l'échelle planétaire, l'aménorrhée lactationnelle était plus efficace pour la régulation des naissances que n'importe quelle autre méthode de planification familiale.

Le mécanisme de ce phénomène est encore mal connu, mais on sait qu'il s'agit de réactions hormonales en réponse à la stimulation des récepteurs sensoriels de l'aréole lors de la succion, qui vont bloquer l'ovulation.

Rappelons que, comme nous le disions dans la première partie, plusieurs conditions sont indispensables à la réussite de la méthode MAMA (Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée) :

- Un allaitement exclusif
- Un bébé âgé de moins de six mois
- Des intervalles de 4h maximum le jour et 6h la nuit entre deux tétées
- L'absence de retour de couches (premières règles après l'accouchement)

Si ces points sont respectés, plus de 98% des grossesses seront évitées pendant les six premiers mois de l'enfant. *Greiner T. Breastfeeding and LAM : beyond conventional approaches. Bellagio Conference. Washington, 15-16/05/1997*

Cette méthode présente un intérêt capital dans les pays en voie de développement, où elle est statistiquement la méthode la plus efficace. Dans ces pays, le déclin de l'allaitement maternel a des conséquences catastrophiques, non seulement sur la santé infantile, mais aussi sur le plan démographique.

Ainsi, l'accès aux méthodes de contraception modernes y est très limité : l'UNFPA (Fond des Nations Unies pour la Population) estimait en 2012 que dans les pays en développement, 222 millions de femmes n'ont pas les moyens de remettre les grossesses et la procréation à plus tard, et que la demande augmentera de 40% dans les 15 prochaines années. Ceci touche plus particulièrement les femmes les moins éduquées, les plus pauvres et habitant majoritairement en milieu rural.

Il en est de même pour l'accès à la planification familiale, dont l'amélioration permettrait pourtant d'abaisser fortement le risque de mortalité maternelle. Celui-ci atteint des sommets dans certains PVD : par exemple, au Soudan, une femme a une chance sur sept de mourir de causes liées à la grossesse.

UNFPA. Oui au choix, non au hasard. Planification familiale, droits de la personne et développement. Etat de la population mondiale 2012

De plus, la majorité des plus chanceuses qui accèdent à des moyens de contraception ne peuvent se permettre une telle dépense.

Par ailleurs, d'autres paramètres, plus subjectifs, interviennent quant à la notion de contraception en général. Ainsi, au sein de certaines populations, particulièrement celles dont la culture est très proche de la nature, la fécondité est encore très marquée par son caractère sacré, contre lequel il ne faut pas intervenir. Il peut alors arriver que ce soit l'homme qui refuse que sa compagne utilise une méthode de contraception.

D'autres femmes vont préférer ne pas limiter délibérément les naissances car leurs enfants constitueront pour elles un appui matériel et moral lorsqu'elles seront plus âgées.

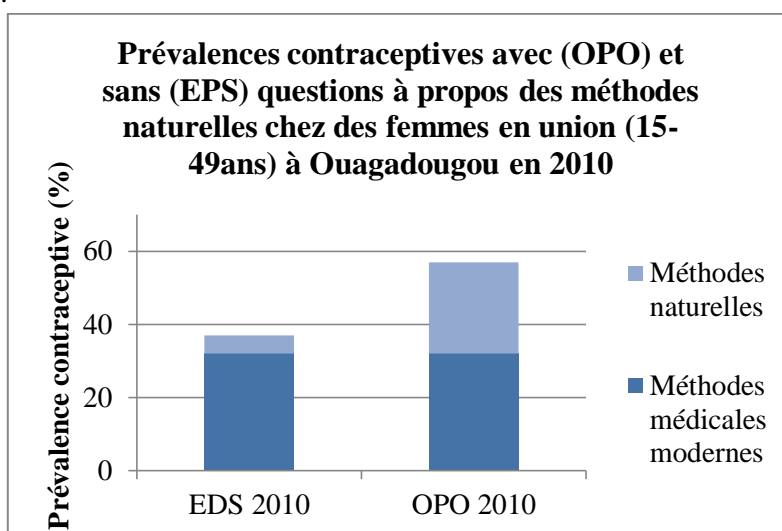
Certaines encore sont peu informées sur les moyens de contraception modernes et ont peur des effets secondaires.

Dans ces cas-là, la méthode MAMA est souvent mieux perçue et mieux acceptée, car elle considérée comme naturelle, et que les mères n'ont pas l'impression de « faire quelque chose » pour limiter les grossesses.

Cependant, dans beaucoup de pays, ces résistances d'ordre moral et psychosociologique ont été vaincues avec l'arrivée des méthodes modernes de contraception.

Il est difficile d'évaluer les taux d'utilisation de la MAMA, car les EDS (Enquêtes Démographiques et de Santé) menées dans de nombreux pays ne comprennent pas de questions spécifiques sur les méthodes naturelles de contraception. Ces dernières sont donc souvent sous-déclarées, car les femmes ne considèrent pas ces efforts de prévention naturelle comme une contraception à proprement parler.

Au Burkina Faso, l'OPO (Observatoire de Population de Ouagadougou) enquête depuis 2008 sur les questions de pauvreté, de santé et d'accès aux services sociaux de base. Celle-ci a révélé une prévalence d'utilisation des méthodes naturelles cinq fois plus grande que celle calculée dans l'EDS de la même année (voir graphe14). Toutes méthodes confondues, la plus utilisée était l'abstinence périodique (31% des utilisatrices de contraception), suivie par la pilule (22%), les injections (15%) et la MAMA (11%).



Graphe 14

Les méthodes de contraception naturelles comptent aussi. Ouaga Focus, baser les politiques sur les résultats de la recherche. N°2. Institut Supérieur des Sciences de la Population.2014

Il est important de préciser que la MAMA ne protège évidemment pas des infections sexuellement transmissibles et du virus du sida.

3) Allaitement maternel et SIDA

A. Un fléau mondial qui fait des ravages dans les pays en voie de développement

Le Syndrome d'Immunodéficience Acquise (SIDA) est une pandémie qui constitue une préoccupation majeure de santé publique partout dans le monde.

Il s'agit du dernier stade consécutif à une infection par le Virus de l'Immunodéficience Humaine ou VIH, la contamination pouvant se faire selon trois modes :

- Par voie sexuelle.
- Par voie sanguine.
- De la mère à l'enfant, soit *in utero*, soit à l'accouchement, ou encore par l'allaitement maternel.

Ainsi après une première phase de primo-infection souvent asymptomatique, la destruction des lymphocytes T4 par le VIH va mener au fil des années vers le stade SIDA qui est une immunodépression profonde en général accompagnée de symptômes. Ceci va entraîner l'apparition de maladies opportunistes qui seront la cause du décès.

La prévention, telle que l'usage du préservatif, constitue le principal moyen de lutte contre ce fléau, puisqu'il n'existe actuellement aucun vaccin permettant de se protéger du virus, et que les traitements antiviraux ne permettent actuellement aucune guérison.

Les chiffres du schéma 8 parlent d'eux même : 35,3 millions de personnes sont vivent avec le VIH dans le monde en 2012, dont 260 000 enfants. On remarque néanmoins que le taux de nouvelles infections diminue et que l'accès aux traitements antiviraux est de plus en plus important.

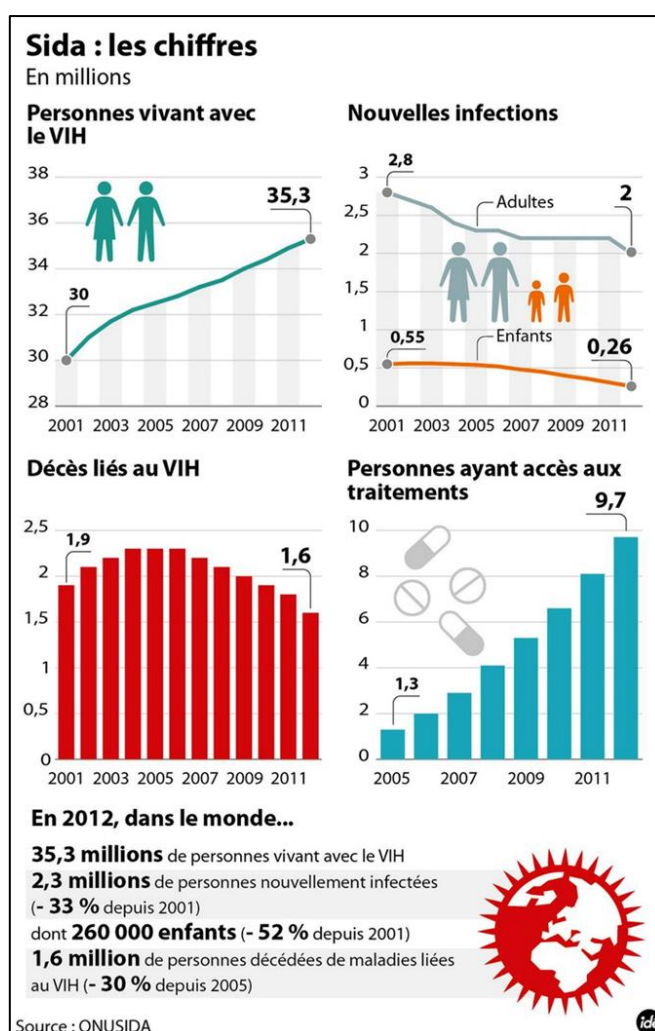


Schéma 7: Le SIDA dans le monde en 2012 selon l'ONUSIDA

<http://www.unaids.org/fr>

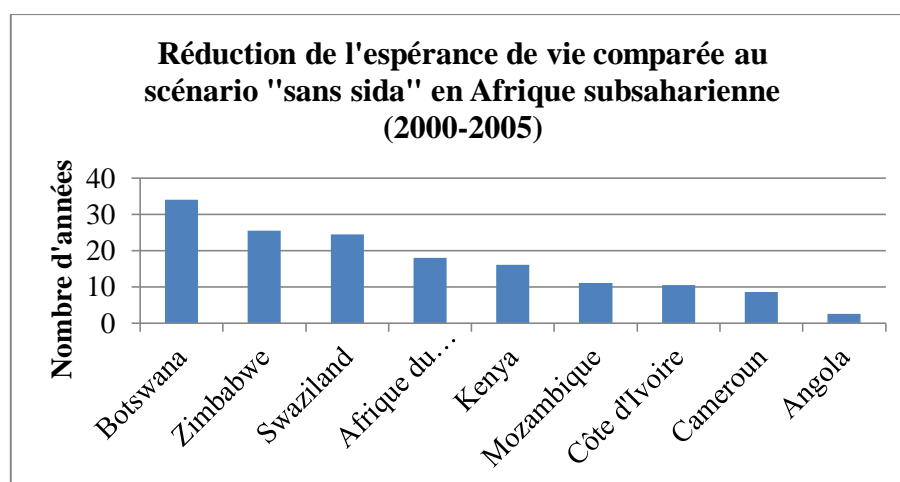
La répartition mondiale est inégale, comme le montre le tableau 18. L'Afrique subsaharienne est largement plus touchée que les autres régions puisqu'en 2013 le VIH touchait 24.7 millions de personnes et en avait tué 1.1 millions. La seconde place revient à l'Asie et le Pacifique qui atteignent 4.8 millions de personnes vivant avec le VIH et 250 000 décès.

Région	Personnes vivant avec le VIH en 2013		Nouvelles infections au VIH en 2013		Total des décès liés au sida en 2013
	total	enfants	total	enfants	
Afrique subsaharienne	24.7 millions	2.9 millions	1.5 millions	210 000	1.1 millions
Asie et Pacifique	4.8 millions	210 000	350 000	22 000	250 000
Amérique latine	1.6 millions	35 000	94 000	1800	47 000
Europe occidentale et centrale, Amérique du Nord	2.3 millions	2800	88 000	<500	27 000
Europe orientale, Asie centrale	1.1 millions	14 000	110 000	<1000	53 000
Caraïbes	250 000	17 000	12 000	<1000	11 000
Moyen-Orient, Afrique du Nord	230 000	16 000	25 000	2300	15 000
Monde	35 millions	3.2 millions	2.1 millions	240 000	1.5 millions

Tableau 2: SIDA : statistiques mondiales et régionales de 2013 <http://www.unaids.org/fr>

Il s'agit donc bien d'une situation d'urgence dans les PVD, et particulièrement le continent africain, où les conditions sont réunies pour favoriser la propagation du virus : pauvreté, inégalité des sexes et manque flagrant de systèmes de santé et de prévention appropriés.

L'Afrique paye ainsi un lourd tribut à la maladie, comme le montre le graphe 15, où la comparaison des hypothèses « avec ou sans sida » fait apparaître des réductions d'espérance de vie considérables entre 2000 et 2005 (de 2 ans et demi en Angola jusqu'à 34 ans au Botswana).



Graphe 15

Ajoutons que dans tous les pays en développement la diffusion des antirétroviraux est freinée par leur coût et le manque de systèmes de santé adaptés.

L'ONU a réagi avec la création en 1995 d'ONUSIDA, un programme destiné à coordonner l'action des différentes agences spécialisées pour lutter contre cette pandémie.

Fin 2003, l'OMS et l'ONUSIDA ont lancé l'initiative « 3 by 5 » ou « 3 millions d'ici 2005 » visant à mettre trois millions de personnes vivant avec le VIH sous traitement d'ici la fin de l'année 2005 dans les pays à faible ou moyen revenu. *ONUSIDA, OMS Elargissement de l'accès au traitement antirétroviral dans le monde : rapport sur l'initiative « 3 millions d'ici 2005 » et au-delà Genève : OMS, 2006*

S'est alors déclenchée une véritable dynamique de prise en charge, et le nombre de personnes suivant un traitement antirétroviral dans ces pays a considérablement grimpé, avec par exemple en Afrique subsaharienne une augmentation de 800% : 100 000 personnes sous traitement à la fin 2003 contre 810 000 fin 2005.

L'ONUSIDA considère que le nombre de personnes sous thérapie antirétrovirale dans les pays en voie de développement atteignait 6,65 millions de personnes fin 2010, ce qui est 22 fois supérieur au taux de 2001. *ONUSIDA, OMS, UNICEF La riposte mondiale au sida : extraits du rapport de situation 2011 Genève : ONUSIDA, 2011*

B. Transmission du sida par l'allaitement maternel

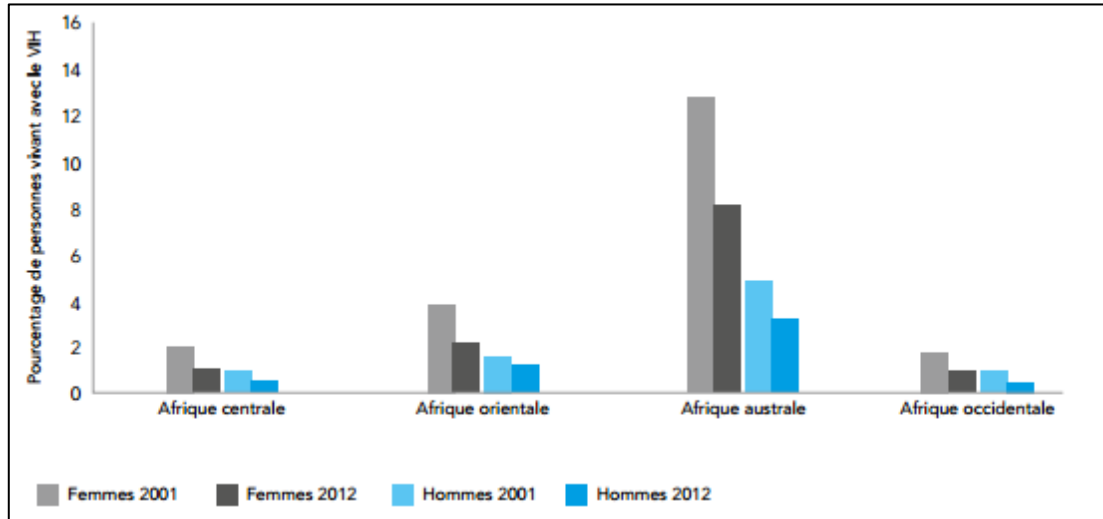
1. Les femmes et le VIH

« Chaque minute, une jeune femme contracte le VIH » : le constat est sans appel pour l'ONUSIDA, bien qu'au niveau mondial il y ait à peu près autant de femmes que d'hommes qui souffrent du VIH, il existe bien une inégalité entre les sexes en ce qui concerne le risque d'infection. Du fait de leur mauvaise situation économique et socio-culturelle, les femmes et les filles sont ainsi lésées dans un grand nombre de pays pour ce qui de négocier des rapports sexuels protégés et d'accéder à des informations et des services de prévention du VIH.

La proportion de femmes parmi les personnes infectées n'a d'ailleurs pas cessé d'augmenter : elles étaient 41% en 1997, puis près de 50% en 2002. D'après l'OMS, en Afrique subsaharienne, les trois-quarts des 15-24 ans vivant avec le VIH sont de sexe féminin.

ONUSIDA, OMS. Le Point sur l'épidémie mondiale de SIDA : 2004 Consultable sur http://www.unaids.org/sites/default/files/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2004/GAR2004_fr.pdf

Le graphe 16 montre qu'en dépit d'une tendance à l'amélioration entre 2001 et 2012, la prévalence du VIH chez les femmes reste plus de deux fois supérieure à celle des hommes en Afrique subsaharienne.



Graph 16 : Evolution de la prévalence du VIH selon les sexes en Afrique

ONUSIDA. Rapport mondial : Rapport ONUSIDA sur l'épidémie mondiale de sida 2013.17

2. La transmission du VIH via le lait maternel

Une mère peut transmettre le virus du sida à son enfant de trois manières : in utero, pendant l'accouchement, ou via l'allaitement maternel. Comme le montre le tableau 18, si la femme pratique l'allaitement, le taux de transmission est évalué à en moyenne 5 à 10% in utero, 10 à 20% en *intra partum* et 10 à 20% en *post-partum*. Nous verrons cependant plus bas qu'il est compliqué de savoir à quel moment un enfant a été contaminé, et donc d'obtenir des chiffres fiables concernant les modes de transmission.

Moment de la transmission	Allaitement maternel non pratiqué		Allaitement maternel pratiqué	
	Taux de transmission(%)	Part attribuable	Taux de transmission(%)	Part attribuable
<i>In utero</i>	5-10	1/3	5-10	1/5
<i>Intra partum</i>	10-20	2/3	10-20	2/5
<i>Post-partum</i>	-	-	10-20	2/5
Total	15-30	-	25-50	-

Tableau 19 : Estimation du risque de transmission mère-enfant du VIH en fonction du moment de l'infection.

De Cock KM et al. Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: translating research into policy and practice. *Journal of the American Medical Association*, 2000, 283(9):1175-1182

Les premières suspicions concernant le passage du VIH dans le lait maternel datent de 1985, avec le cas d'une mère ayant été contaminée en *post-partum* précoce par transfusion, et qui l'aurait transmis à son enfant via l'allaitement maternel.

Ziegler JB et al. Postnatal transmission of AIDS-associated retrovirus from mother to infant. *Lancet* 1985 ; 1 : 896-98

On sait aujourd'hui que ce risque existe bel et bien, mais il est difficile de le chiffrer, les tests de dépistage ELISA ne permettant pas de savoir à quel moment les anticorps anti-VIH ont été transmis. Par ailleurs, qu'un enfant soit contaminé ou pas, il sécrète des anticorps contre le VIH en réponse à l'infection de sa mère, donc leur présence ne peut pas être interprétée comme un signe d'infection active.

En outre, une étude haïtienne a constaté que chez certaines femmes le VIH est détectable dans leur lait pendant toute la lactation, tandis que chez d'autres il n'est jamais retrouvé.

Ruff A, Coberly L, Halsey NA et al. Prevalence of HIV-1 DNA and p24 antigen in breast milk and correlation with maternal factors. J Acquir Immun Defic Syndr Hum Retrovirus 1994 ; 7 : 68-73

Afin d'évaluer le taux de transmission du virus du sida pendant l'allaitement, plusieurs études ont comparé des groupes d'enfants allaités et non allaités. C'est en reprenant cinq d'entre elles que Dunn a estimé en 1992 que l'allaitement était responsable d'en moyenne 14% des cas de transmission du VIH. Cependant ces études portaient sur des petits échantillons et présentaient de nombreux biais méthodologiques.

Dunn DT et al. Risk of human immunodeficiency virus type 1 transmission through breastfeeding. Lancet 1992 ; 340 : 585-88

D'autres études, plus récentes ont utilisé la technique de la PCR (Polymerase Chain Reaction) pour tenter de dépister de manière précoce la contamination. Elles se basent sur le principe que toute contamination détectée après six semaines est liée à l'allaitement, aboutissant à une transmission de 8 à 16.2% liée à l'allaitement.

Coutsoudis A et al. Are HIV-infected women who breastfeed at increased risk of mortality ? AIDS 2001 ; 15 : 653-5

Nduati R et al. Effect of breastfeeding and formula feeding on transmission of HIV-1 : a randomized clinical trial. JAMA 2000 ; 283 : 1167-74.

Cependant, il a été démontré que la fiabilité d'une PCR n'est que de 55.8% chez un nourrisson de moins d'un mois, puis de 82.3% chez des enfants plus âgés.

Owens DK et al. A meta-analytic evaluation of the polymerase chain reaction for the diagnosis of HIV infection in infants. JAMA 1996 ; 275(17) : 1342-8

D'autres auteurs ont évalué en 2000 le risque de contamination par litre de lait maternel ingéré, et par jour d'allaitement. La probabilité de transmission du VIH par le biais du lait maternel était approximativement de 0,64 pour 1000 litres de lait maternel absorbés par l'enfant, soit de 1 contamination pour environ 1500 litres de lait maternel consommés. Les enfants ont consommé environ 150 litres de lait maternel pendant toute la durée de l'allaitement. La probabilité de transmission était de 28% pour 1000 jours d'allaitement, ce qui correspondait à environ 10% d'infections par année d'allaitement. Le risque évalué était donc semblable à celui pour un adulte d'être infecté par le VIH au cours d'un acte hétérosexuel non protégé.

Nduati R et al. Effects of breastfeeding and formula feeding on transmission of HIV-1 : a randomized trial. JAMA 2000 ; 283 : 1167-74

Précisons cependant que toutes les études citées précédemment n'ont pas fait de différence entre allaitement exclusif ou partiel et n'ont pas pris en compte la durée de l'allaitement. Or, on pense de nos jours que le risque de transmission du VIH pendant l'allaitement est fonction de la pratique d'allaitement plus que de l'allaitement en soi.

Ainsi, Illif et ses collaborateurs ont travaillé en 2005 sur trois groupes d'enfants, suivant qu'ils étaient exclusivement, essentiellement ou partiellement allaités. Le taux de transmission du VIH était de 5,1 % d'enfants par année d'allaitement chez ceux qui avaient été exclusivement allaités pendant les 3 premiers mois, contre 6,7 et 10,5 % dans les 2 autres groupes. Ils en ont conclu que l'introduction de solides ou d'un lait autre que le lait maternel avant 3 mois augmentait fortement le risque de transmission du VIH.

Illiff PJ et al. Early exclusive breastfeeding reduces the risk of postnatal HIV-1 transmission and increases HIV-free survival. AIDS 2005 ; 19 : 699-708

Une équipe américaine a fait un constat similaire en suivant 900 mères séropositives et non traitées entre 2002 et 2004. Ces dernières étaient séparées en deux groupes : l'un où elles allaitaient exclusivement pendant plus de quatre mois, l'autre où après quatre mois l'allaitement exclusif devenait partiel avec introduction de « préparations à base de céréales spécifiquement formulées et fortifiées pour des nourrissons de cet âge ». Quatre mois et demi après l'accouchement, le lait maternel de chacune a été recueilli.

Les plus fortes concentrations en VIH se trouvaient dans le lait des femmes qui avaient cessé d'allaiter à 4 mois, et à l'inverse, celles qui avaient continué au-delà de 4 mois de manière exclusive, présentaient les concentrations virales les plus faibles dans leur lait. Au final, un plus grand nombre de nourrissons a été infecté dans le groupe sevré après seulement 4 mois d'allaitement.

Kuhn L et al. , HIV-1 Concentrations in Human Breast Milk Before and After Weaning. Sci. Transl. Med. 5, 181ra51.2013

Ce caractère protecteur de l'allaitement exclusif peut être expliqué par la présence d'anticorps dans le lait maternel qui permettraient de protéger les muqueuses du bébé, limitant ainsi la transmission du virus ; alors qu' au contraire , l'introduction d'aliments contenant potentiellement des contaminants ou des bactéries pourrait éroder cette barrière.

Cependant l'impact de la durée de l'allaitement sur le risque de transmission reste controversé, Leroy ayant constaté en 1998 par exemple que plus l'enfant est allaité longtemps, plus son risque d'être infecté en postnatal est important.

Leroy V et al. International multicentre pooled analysis of late postnatal mother-to-child transmission of HIV-1 infection. Ghent International Working Group on Mother-to- Child Transmission of HIV. Lancet 1998; 352: 597-600

Il existe d'autres facteurs qui peuvent influencer le taux de transmission par le lait maternel : d'abord les charges virales du plasma et du lait maternel, mais aussi la santé des seins. En effet une lésion type mastite ou abcès peut causer une augmentation du risque de contamination de l'enfant. Ainsi, d'après une étude conduite au Malawi, la présence d'une mastite dans les six premiers mois du *post-partum* doublerait le risque de transmission du VIH par le lait maternel.

Semba RD et al. HIV load in breast milk, mastitis, and mother- to-child transmission of HIV-1. Journal of Infectious Diseases, 1999, 180, 93-8

De plus, le statut nutritionnel de la mère, notamment une éventuelle carence en vitamine A, impacterait le risque de transmission du virus, mais cette relation reste controversée.

Il existe une hypothèse selon laquelle le virus pouvait être détruit par l'acide gastrique et les enzymes du système digestif du bébé. Ceci pourrait s'expliquer en partie par le fait qu'il a été démontré que la lactoferrine a une action inhibitrice sur le VIH.

Harmsen MC et al. Antiviral effects of plasma and milk proteins: lactoferrin shows potent activity against both human immunodeficiency virus and human cytomegalovirus replication in vitro. Journal of Infectious Diseases.1995 Aug;172(2):380-8

Par ailleurs, aux Etats-Unis, des chercheurs ont découvert récemment que la protéine TNC (Tenascin-C), qui joue un rôle important au cours du développement fœtal et dans des processus de réparation tissulaire, serait capable de neutraliser le virus. En occupant les sites de fixation du VIH aux cellules, celle-ci empêcherait alors sa pénétration. Le système immunitaire des bébés combattrait alors bien plus facilement ce virus neutralisé.

Fouda G et al. Tenascin-C is an innate broad-spectrum, HIV-1-neutralizing protein in breast milk. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America. 2013 Nov 5;110(45):18220-5.

3. Prévention de la transmission mère/enfant du SIDA

On arrive de nos jours à réduire sensiblement le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant (jusqu'à 5% voire moins) grâce à l'utilisation d'antirétroviraux en prévention. L'ONUSIDA estime d'ailleurs que si ces progrès se poursuivent, il sera possible de fournir des services de prévention de cette transmission à 90% des femmes enceintes vivant avec le VIH d'ici 2015.

Les efforts d'ores et déjà accomplis en matière d'accès au traitement préventif par antirétroviraux ont permis de diminuer le nombre de nouvelles infections d'enfants dans les pays en voie de développement : ils étaient 260 000 en 2012, soit 35% de moins qu'en 2009.

Malheureusement, le nombre d'enfants nouvellement infectés par le VIH atteint encore aujourd'hui un niveau inacceptable. De plus, ils bénéficient d'une couverture de traitement bien inférieure aux adultes car l'intensification des services de traitement a été beaucoup plus lente dans leur cas.

4. Allaitement et SIDA : les recommandations officielles

Compte tenu du risque de transmission du virus du SIDA par le lait maternel, l'OMS émet les recommandations suivantes :

« Dans les régions où les maladies infectieuses et la malnutrition sont les principales causes de décès des enfants et le taux de mortalité infantile élevé, l'allaitement maternel doit être conseillé aux femmes enceintes, y compris à celles qui sont atteintes par le VIH. La raison en est que les risques d'infection virale par le lait maternel chez un nourrisson restent plus faibles que les risques de décès occasionnés par d'autres facteurs si celui-ci n'était pas nourri au sein. ».

Ainsi, dans les pays en voie de développement, où les maladies infectieuses et la malnutrition sont sources d'une mortalité élevée, le risque lié à l'alimentation au lait artificiel est considéré comme supérieur à celui de contamination par le VIH par le biais de l'allaitement. Depuis 2009, l'OMS recommande également que les mères séropositives ou leurs enfants prennent des antirétroviraux pendant l'allaitement pour éviter la transmission du VIH.

VI. Le poids du contexte socioculturel dans les pays en voie de développement

L'allaitement maternel relève d'un processus biologique conditionné par les comportements socioculturels, accusant le seuil entre nature et culture.

Si cette influence est tout aussi présente dans les pays développés que ceux en voie de développement, nous verrons que le contexte y est tout autre.

1) Rituels et Coutumes autour de l'allaitement maternel

Quelle que soit la société à laquelle on s'intéresse, le lait maternel n'est pas perçu seulement comme un simple liquide biologique, et sécrète également des fantasmes, des idéologies, qui sont à l'origine de traditions et rituels fortement ancrés.

L'allaitement maternel se vit dans une culture donnée, dans un environnement humain qui a ses codes.

Des comportements alimentaires autour du bébé très disparates existent selon les populations, pour s'adapter à cette culture. Si des attitudes paraissent évidentes pour une communauté, elles peuvent paraître irrationnelles pour d'autres.

A. L'allaitement maternel au sein des cultures africaines



Figure 19 : Un allaitement « de grand » en Afrique

Il existe une multiplicité de groupes ethniques sur le continent africain, avec autant de rituels et croyances différents autour de l'allaitement maternel. Dans la société africaine traditionnelle, le sein est exclusivement un organe nourricier qui a pour fonction l'allaitement du nourrisson et du bébé.

De manière générale, l'allaitement y est considéré comme un acte naturel, une évidence. La majorité des femmes allaitent, et plutôt longtemps. Cependant, le plus souvent, l'allaitement exclusif ne dure pas, et l'on introduit très tôt des compléments au lait maternel. Pour la majorité des cultures traditionnelles, le sevrage ne se fait pas avant l'âge de deux ou trois ans, et plutôt progressivement, mais il arrive qu'il soit bien plus précoce et brutal.

Ainsi, les femmes Mossi du Burkina Faso allaitent exclusivement pendant huit mois, et les maliennes durant six mois. Alors qu'au Kenya et au Zaïre (où l'allaitement dure au moins un an), des compléments liquides ou solides sont introduits respectivement dès le premier et le quatrième mois.

Par contre, en Zambie, les Bembas ne considèrent pas le lait maternel comme une nourriture et donnent donc des produits d'origine agricole aux nourrissons dès le début de leur vie.

Dimond, H.J. et A. Ashworth. «Infant feeding practices in Kenya, Mexico and Malaysia», Human Nutrition: Applied Nutrition, 41A, 1987, 51-64

Gussler, J.D. et N. Mock. «A comparative description of infant feeding practices in Zaire, the Philippines and St. Kitts-Nevis», Ecology of Food and Nutrition, 13, 1983, 75-85

Souvent, le colostrum est considéré comme mauvais, voire dangereux. Ainsi, chez les Bassaris du Sénégal, le bébé recevra le lait d'une autre femme (souvent une co-épouse ou une parente) jusqu'à maturation de celui de sa mère. Dans d'autres cas, le colostrum est remplacé par de l'eau ou des laits animaux. En Somalie, la mère extrait elle-même et jette le colostrum, jusqu'à ce que surgisse le lait mûre.

Au Maghreb, l'enfant doit rester au sein même s'il ne tète plus, car il a besoin de la « nef » de sa mère. Il s'agit d'un élément immatériel qui représente l'énergie vitale transmise à travers l'âme, la chaleur, l'odeur et l'haleine.

Bouabdallah Z. Le sein pour apaiser et endormir. Techniques d'apaisement et d'endormissement des jeunes enfants en Algérie. 1993. 45-62

Dans cette région, tout comme au Mali et au Sénégal, une parentalité biologique peut naître aussi bien d'un lien de sang que de lait. Ainsi deux enfants allaités par la même personne deviennent frères et sœurs, et toute union entre eux est considérée comme incestueuse.

Rabain J. L'enfant du lignage. De la classe d'âge chez les Wolofs du Sénégal. 1994

Lacoste-Dujardin C. La filiation par le lait au Maghreb. Revue transculturelle. Dans : L'autre, édition La pensée sauvage, n°1, 2000.69-76

Pour les Touaregs (berbères sahariens), le lait maternel est une substance bisexuée qui résulte de la transformation du sang, lui-même issu de la rencontre entre une semence masculine et féminine.

Walentowitz S. Alter et ego ou comment la parenté fait corps avec la personne chez les Touaregs de l'Azawagh. Dans : Hériter F, Xanthakou M. Corps et affects. 2004.169-185

Il existe chez certains peuples une certaine aura mystique qui entoure l'allaitement.

Au Liban par exemple, certaines pensent qu'après la naissance, le Malin peut s'en prendre au lait, et pour s'en protéger fréquentent des sanctuaires dédiés à Notre-Dame des Mamelles ou Notre-Dame au Lait abondant.

Certaines Somaliennes croient également que pendant ses 40 premiers jours de vie, le bébé doit être protégé du «mauvais œil», et que si un étranger le regarde et le désire, celui-ci pourra être victime d'événements malheureux.

De plus, il y a parfois des interdits concernant la conciliation allaitement / activité sexuelle.

Ainsi, au Mali, surtout dans les régions rurales, les femmes tombent rarement enceintes pendant leur allaitement, car elles évitent d'avoir des relations sexuelles au cours de cette période. Si c'est tout de même le cas, elles sèvent alors leur bébé car l'allaitement devient incompatible avec la nouvelle grossesse.

Dettwyler, K.A. «Breastfeeding and weaning in Mali: Cultural context and hard data», Social Science and Medicine, 24 (8), 1987, 633-644

Au Burkina Faso, la femme allaitante Mossi doit attendre le retour de couches avant de reprendre une activité sexuelle.

Bonnet D. Cops biologique-Corps social.Procréation et maladies de l'enfant en pays mossi Burkina Faso. 1988

Chez les Thongas, dans le Sud-Est de l'Afrique, le lait maternel répandu sur les organes génitaux de l'enfant pourraient le frapper d'impuissance.

Rachewiltz B. Sexualité des adultes. Eros noir. Mœurs sexuelles de l'Afrique noire. De la préhistoire à nos jours. 1993. 279

B. L'allaitement maternel dans les cultures asiatiques

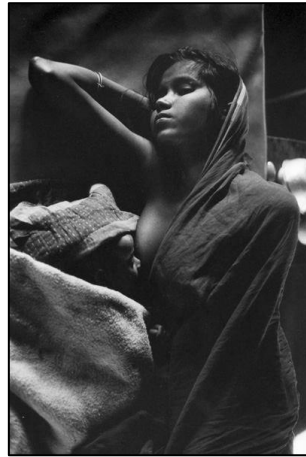


Figure 20: Un allaitement au sein de nuit en Inde

Dans les cultures traditionnelles asiatiques, on considère que l'accouchement retire chaleur, sang et souffle de vie à la femme.

En Chine, ce déséquilibre est perçu comme un choc entre l'énergie froide de la mère (ying) et l'énergie chaude du fœtus (yang), celui-ci formant un « poison » qui se dissipe au fur et à mesure que se défait la symbiose mère/enfant.

Lauwaert F. Les alternances des discours savants sur les femmes chinoises. Dans : Jonckers D et al. Femmes Plurielles. Les représentations des femmes : discours, normes et conduites. 1999. 59-70

De ce fait, pendant une certaine période, elle doit rester à la maison et respecter certaines règles pour rétablir l'équilibre rompu, comme éviter les courants d'air, ne pas prendre de bains et s'habiller chaudement. Par ailleurs, il lui est conseillé de manger des aliments «chauds» (poulet, porc, gingembre, sel, poivre noir, riz bouilli, thé chinois) et d'éviter ceux qui sont «froids» (fruits et légumes crus, aliments frits en grande friture et gras).

Les recommandations concernant les comportements et surtout l'alimentation des mères sont très présentes et varient selon les populations.

Au Vietnam par exemple, la soupe au chou, aux carottes, au chou-fleur et aux patates est vue dans comme un met qui favorise la production de lait.

Mathews, M. et L. Manderson. «Vietnamese behavioral and dietary precautions during confinement», Ecology of Food and Nutrition, 11, 1981, 9-16

En Inde, les mères évitent les aliments épicés et lourds, qui peuvent être cause de diarrhée infantile, et consomment un porridge spécial, fait de farine de millet, de lait chaud et de sucre pour augmenter leur production de lait.

Yoshida M., Davies M. «Parenting in a new culture: Experiences of East Indian, Portuguese, and Caribbean mothers»Multiculturalism, V (3), 1982, 3-5

Au Sri Lanka, dans le même objectif, elles ne mangent pendant les cinq premiers jours qu'un seul repas composé de riz et de poisson séché par jour, en limitant leur consommation d'eau et en bannissant les fruits et légumes. Le nombre de repas augmente ensuite progressivement, jusqu'à trois par jour après un mois.

Ici encore, le colostrum est souvent considéré comme du « vieux lait », « sale » et « impur » et rejeté au profit d'eau bouillie sucrée ou de thé de ginseng ou de racines de plantes jusqu'à ce que le lait soit « clair ».

Black J. Paediatrics among ethnic minorities. Asian families. II. Conditions that may be found in their children. BMJ 1984; 290:530-3.

Dans la culture Hmong au Laos, l'allaitement au sein commence quand on considère que l'enfant est «prêt», c'est-à-dire qu'il a évacué une ou deux selles et qu'il est plus alerte.

Morrow, K. «Adapting to Hmong birth customs in California», Journal of Nurse Midwifery, 31, 1986, 285-288

L'allaitement est souvent relativement prolongé dans les cultures asiatiques, le sevrage ne survenant le plus souvent pas avant l'âge de six mois. Toutefois, tout comme en Afrique, il est rarement longtemps exclusif.

Par exemple, au Vietnam, au Cambodge et au Laos, on donne en plus du lait maternel de la pâte de riz prémastiquée ou un porridge de riz et de sucre. Puis on introduit de la bouillie de farine de riz diluée et des porridges vers les six mois de l'enfant.

Fishman, C., R. Evans et E. Jenks. «Warm bodies, cool milk: Conflicts in post partum food choice for Indochinese women in California», Social Science and Medicine, 11, 1988, 1125-1132

Au Sri Lanka, les aliments solides sont introduits à six mois pour les garçons et à sept mois pour les filles. L'introduction des aliments solides se fait au temple, lors d'une cérémonie au cours de laquelle une personne qui mange donne du riz sucré au bébé.

C. L'allaitement maternel dans les cultures latino-américaines



Figure 21 : Allaitement chez les Xavantes, peuple amérindien du Brésil

Comme nous l'avons vu pour le continent asiatique, l'une des particularités des cultures hispaniques est la croyance selon laquelle la mère et l'enfant sont plus vulnérables au cours d'une certaine période en *post-partum*.

Les jeunes mamans doivent alors respecter «la Cuarentena» (ou quarantaine en français), une période de repos de 40 jours au cours de laquelle elles limitent leurs activités et suivent certaines règles alimentaires.

Ainsi, il leur est conseillé de rester à la maison, d'éviter les gros travaux, de ne pas prendre de bains ni avoir de rapports sexuels.

Zepeda, M. «Selected maternal-infant care practices of Spanish-speaking women», JOGNN, 11 (16), 1982, 371-374

En ce qui concerne leur alimentation, elles évitent les aliments jugés trop acides (oranges, tomates, citrons et pamplemousses) et préfèrent les aliments chauds tels que les fromages blancs secs, les tortillas et poulets rôtis, le café con leche, le chocolat et le cacao.

Bertelsen, C. et K.G. Auerbach. «Nutrition and breastfeeding: The cultural connection», Lactation Consultant Series. Franklin Park, IL, La Leche League, 1987

Elles doivent cependant prendre garde à ne pas abuser de ces aliments bénéfiques car s'il y a trop de chaleur à l'intérieur de la mère, le lait ingéré par l'enfant va cailler et sera mal digéré, on dit alors que le bébé est « enlechado ».

Par ailleurs, elles évitent également le persil et les légumes, pendant cette période, qui pourraient assécher leurs seins.

Currier, R. «The hot-cold syndrome and symbolic balance in Mexican and Spanish-American folk medicine», Ethnology, 5, 1966, 251-263

Ajoutons que pour beaucoup de femmes latino-américaines, un trop grand stress ou une trop forte émotion risquerait de nuire à leur lait qui deviendrait « leche agitada » ou lait perturbé nocif pour leur enfant.

Bertelsen, C. et K.G. Auerbach. «Nutrition and breastfeeding: The cultural connection», Lactation Consultant Series. Franklin Park, IL, La Leche League, 1987

On retrouve d'autres similitudes avec les cultures abordées précédemment : l'allaitement maternel est commun, mais il reste exclusif peu de temps, puisque les bébés latino-américains sont souvent sevrés très tôt (la plupart du temps avant l'âge de trois mois). Souvent, les mères ajoutent du sucre, de la fécule de maïs ou du sirop de maïs dans le biberon du bébé, et il n'est pas rare qu'elles commencent à servir des céréales pour nourrisson et des purées de fruit à leur bébé à peine âgé de six semaines.

Bryant, C.A. «The impact of kin, friend and neighbor networks on infant feeding practices», Social Sciences and Medicine, 16, 1982, 1757-1765

Au Mexique, la majorité des nourrissons reçoivent des aliments solides et des substituts de lait maternel dès leurs quatre mois.

Dimond, H.J. et A. Ashworth. «Infant feeding practices in Kenya, Mexico and Malaysia», Human Nutrition: Applied Nutrition, 41A, 1987, 51-64

Le colostrum possède une fois de plus une image négative de lait «sale», et de nombreuses femmes attendent plusieurs jours avant de mettre l'enfant au sein, pour éviter de leur donner ce lait « vicié ».

Pour finir, il existe une particularité peu commune en ce qui concerne les pratiques d'allaitement chez les Xavantes, peuple indigène du Brésil, où les tantes ou les grand-mères peuvent prendre le relais pour l'allaitement du bébé si la mère n'est pas disponible. Le plus souvent ces personnes vivent dans le même foyer.

Welch JR: Age and Social Identity among the Xavante of Central Brazil. In . Doctoral dissertation New Orleans: Tulane University; 2009

2) La forte influence du modèle occidental

Nous en parlions plus haut : l'arrivée des biberons et des substituts du lait maternel dans le quotidien des populations a bouleversé les pratiques de l'allaitement dans les pays en voie de développement.

Ces derniers sont symboles de modernisme, de progrès scientifique. Les femmes vont alors chercher à adapter leurs modes de vie au modèle occidental, pour se rapprocher de cet idéal, de cette nouvelle norme. Elles pensent ainsi faire bénéficier leurs enfants des derniers progrès de la diététique moderne. Or, nous savons les dégâts que peut causer l'usage de ces laits industriels dans ces pays où les conditions sanitaires et économiques n'y sont pas du tout propices.

Certains anthropologues voient d'ailleurs la poursuite de l'allaitement maternel comme un indicateur inverse de l' « occidentalisation ». Ainsi, ils estiment que le rythme auquel un groupe culturel donné adopte l'allaitement au biberon et renonce à l'allaitement maternel peut permettre de déterminer dans quelle mesure ce groupe a remplacé ses croyances et pratiques traditionnelles par celles du monde occidental.

Henderson, S. M. et J.S. Brown. «Infant feeding practices of Vietnamese immigrants to the Northwest United States», Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal, 1 (2), 1987, 153-169

Plusieurs études corroborent ce phénomène : par exemple, Meldrum révélait en 1982 que les femmes Nigériennes considéraient l'utilisation des substituts du lait maternel comme le mode d'alimentation idéal de leur enfant

Meldrum, B. et C. DiDomenico. «Production and reproduction. Women and breastfeeding: Some Nigerian examples», Social Sciences and Medicine, 16 (13), 1982

Ensuite, d'après une étude Canadienne, de plus en plus de femmes Somaliennes vivant en milieu urbain considèrent que l'allaitement au sein est «démodé».

Groupe de femmes somaliennes. Les Somaliennes au Canada : Guide pour les professionnels de la santé et des services d'appui. Vanier (Ontario), Centre de santé communautaire de Sandy Hill, 1991

Enfin, aux Etats-Unis, John et Martorell démontraient en 1989 que le choix de l'allaitement au sein et la période d'allaitement chez les immigrantes d'Amérique latine diminuent à mesure que la période post-immigration se prolonge, ce qui illustre bien ce phénomène d'acculturation

John, A. et R. Martorell. «Incidence and duration of breastfeeding in Mexican American infants, 1970-1982», American Journal of Clinical Nutrition, 50, 1989, 868-874

Ainsi de nombreuses femmes des pays en voie de développement ont abandonné et abandonnent encore aujourd'hui l'allaitement maternel au sein « primitif » pour opter pour le biberon moderne, soucieuses de se « civiliser » et d'obtenir un « statut social ».

3) Autres sociétés, autres regards

Dans la plupart des cultures traditionnelles des pays en voie de développement, l'allaitement maternel est la norme. Les femmes, en particulier dans les milieux ruraux, optent majoritairement pour cet acte car il est naturel, évident, mais aussi car elles n'ont pas vraiment d'autre alternative.

Mais il est surtout une notion primordiale qui différencie la situation de ces pays de celle des pays développés : si le choix de l'allaitement maternel est clair pour la mère, il est aussi une évidence pour tout le groupe social.

Ainsi, la plupart des mères vivent dans des familles élargies, entourées et préservées. Les femmes de leur entourage les soutiennent et se rendent responsables du bon déroulement de l'allaitement, au point parfois de les remplacer pour nourrir l'enfant au sein si, pour une raison grave, elles ne pouvaient plus le faire.

Au Mali par exemple, lorsque la mère rentre à domicile après l'accouchement, elle peut compter non seulement sur le soutien et les conseils des membres de sa famille, mais aussi de ses amis et voisins.

En Inde comme au Sri Lanka, pendant la période traditionnelle de repos post-accouchement où la maman doit rester à la maison, elle cohabite souvent avec sa mère qui prend soin d'elle, et toute la famille s'emploie à l'aider et la soutenir.

Par ailleurs, le couple mère/enfant est toujours très respecté par le groupe social, le sein est perçu comme l'objet de l'enfant, et les mamans allaitent sans retenue, instinctivement, sans aucun jugement.

Ces pratiques traditionnelles se raréfient lorsqu'on se rapproche des zones urbaines, où elles sont remplacées par les méthodes modernes.

VII. Promotion et soutien de l'allaitement maternel dans les pays en voie de développement

L'allaitement maternel exclusif pendant les six mois suivant la naissance est considéré par l'OMS comme un objectif mondial de santé publique, en particulier dans les pays en voie de développement. En effet, dans les milieux défavorisés où l'insalubrité et la malnutrition marquent le quotidien, il peut sauver des vies.

Vers les années 60, la hausse de la mortalité infantile engendrée par l'augmentation de l'utilisation des substituts du lait maternel a poussé l'UNICEF à déclencher la sonnette d'alarme : il est devenu indispensable d'entreprendre des actions afin de protéger la santé et le développement des enfants, notamment en encourageant la pratique de l'allaitement maternel dans ces pays.

Par ailleurs, les préoccupations relatives à la pandémie de VIH et le risque de transmission mère-enfant par l'allaitement au sein constituent un défi particulier pour la promotion de l'allaitement maternel.

Comme tout enjeu de santé publique, l'allaitement maternel doit donc être protégé, soutenu et encouragé dans les pays en voie de développement, tant au niveau international que national et local.

1) Application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel

A la suite de réunion sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant de 1979, le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel fut créé dans le but de protéger l'allaitement maternel des politiques commerciales agressives de l'industrie alimentaire infantile.

Son application varie selon les mesures législatives et les politiques de contrôle des pays. Nous prendrons l'exemple de l'Afrique de l'Ouest et du Centre, l'UNICEF ayant publié un rapport sur l'application du Code depuis sa naissance à l'année 2007.

Sokol E, Aguayo VM, Clark D. Protéger l'allaitement maternel en Afrique de l'Ouest et du Centre. 25 années d'application du Code International sur la Commercialisation des Substituts du Lait Maternel. © UNICEF, Bureau Régional pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre, 2007.

Beaucoup a été fait en 25 ans dans cette région où la protection des pratiques optimales de l'allaitement maternel est primordiale : des comités nationaux pluridisciplinaires ont été mis en place, des lois, décrets et règlements ont été publiés, des agents de santé formés, et des campagnes de lutte contre la promotion commerciale abusive de substituts du lait maternel ont été lancées.

Malheureusement, peu voire aucune mesure de contrôle de l'application du Code n'ont été prises.

Parmi les 24 pays composant l'Afrique de l'Ouest et du Centre, en 2007, la moitié (Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Cap Vert, République démocratique du Congo, Gabon, Gambie, Ghana, Mali, Niger, Nigeria et Sénégal) bénéficiaient de lois, décrets ou règlements mettant en œuvre la plupart ou toutes les dispositions du Code. En Guinée, Guinée-Bissau et Sao Tomé et Principe un cadre juridique était instauré, mais il ne transmettait que peu de dispositions. Dans six autres pays (Congo, Côte d'Ivoire, Mauritanie, Sierra Leone, Togo et Tchad), des ébauches de mesures attendaient d'être approuvées par le gouvernement. Enfin, dans trois pays, aucune action n'avait été entreprise pour appliquer le Code (en République de Centre Afrique, en Guinée Equatoriale et au Liberia).

Les progrès constatés sont donc énormes, mais beaucoup de travail reste à faire, notamment dans les pays qui débutent dans la mise en œuvre du Code.

Dans cette région et dans les pays en voie de développement en général, plusieurs facteurs font que le chemin est parfois semé d'embûches.

Tout d'abord, il est souvent difficile d'obtenir que la promotion de l'allaitement maternel et l'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel soient dans l'agenda de politique nationale, dans ces pays où l'allaitement maternel est encore très fréquent et n'est pas considéré comme un problème qui requiert l'attention du gouvernement.

Ensuite, la rédaction et l'adoption des lois appliquant le Code est souvent compliquée par l'intervention des fabricants d'aliments pour nourrissons, qui font pression pour que ces textes soient un maximum en leur faveur.

Par ailleurs, la plupart des professionnels de santé sont encore peu ou mal informés sur le sujet, et beaucoup pensent que les substituts du lait maternel constituent une bonne alternative à l'allaitement et ne posent pas de problème particulier. Des systèmes de formation et d'information efficaces des professionnels sont donc indispensables à la mise en application des mesures nationale.

Il ne suffit donc pas de voter des lois pour la mise en œuvre du Code, car encore faut-il que ces dernières soient mises en pratiques de façon efficace, et respectées. C'est ainsi qu'en 2003 on recensait autant de violations du Code au Burkina Faso, qui avait alors adopté une législation nationale sur le sujet, qu'au Togo où il n'y en avait aucune.

Le cas du Nigéria est un exemple du succès de l'application du Code en Afrique de l'Ouest et du Centre. C'était en effet le premier à adopter un cadre législatif dans ce but, en 1990, avec le décret n°41 sur la Commercialisation des Substituts du Lait Maternel.

Malheureusement, aucune résolution quant à son suivi et son champ d'application n'avaient été prise, et ce dernier ne fut donc pas mis en œuvre avant une dizaine d'années.

En 1999, la NAFDAC (Agence Nationale pour l'Administration et le Contrôle de l'Alimentation et des Médicaments) fut désignée responsable de l'application du décret. Pour mener à bien cette mission, elle organisa un atelier de formation de son personnel avec la collaboration de l'UNICEF.

S'en est suivi en 2006 l'émission de réglementations plus précises concernant le champ d'application et les pénalités encourues en cas de violation, ainsi que la diffusion d'un questionnaire de suivi pour évaluer les progrès accomplis.

Rappelons que l'IBFAN œuvre dans le monde entier pour l'élimination de pratiques irresponsables de commercialisation d'aliments infantiles artificiels, notamment en veillant à la retranscription et au respect du Code.

2) Actions de soutien à l'échelle mondiale

A. L'OMS, l'UNICEF et La Leche League œuvrent pour la promotion de l'allaitement maternel dans les pays en voie de développement

Sur le plan international, grâce à l'OMS et l'UNICEF particulièrement, de nombreuses initiatives ont été mises en œuvre à grande échelle au cours des vingt dernières années pour promouvoir l'allaitement maternel. Les pays en voie de développement sont des zones sensibles particulièrement visées par ce type d'action.

Rappelons que les recommandations de l'OMS et l'UNICEF concernant l'alimentation infantile au niveau mondial sont les suivantes :

- Un allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de la vie.
- A partir de six mois, l'introduction d'aliments de compléments adaptés aux besoins spécifiques de l'enfant.
- Une poursuite de cet allaitement maternel partiel pendant deux ans minimum.

http://www.who.int/nutrition/topics/infantfeeding_recommendation/fr/

De plus, ces deux organisations ont également élaboré ensemble la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant en 2002. Celle-ci s'intéresse au cas des « situations de difficultés exceptionnelles » qui comprennent les pays en voie de développement, où la baisse des taux d'allaitement maternel est considérée comme un danger. Les recommandations quant au soutien de l'allaitement dans ces pays sont les suivantes :

- Veiller à ce que les professionnels de santé disposent de connaissances fiables et les compétences nécessaires.
- Créer tant que possible des conditions favorables à la promotion de l'allaitement, par exemple en mettant à disposition des jeunes mères allaitantes des rations alimentaires supplémentaires et de l'eau potable.
- Vérifier que les aliments introduits en complément du lait maternel soient adaptés et de qualité.
- Rechercher activement les nourrissons et jeunes enfants souffrant de malnutrition pour pouvoir les traiter, les nourrir, et aider les personnes qui s'occupent d'eux.
- S'ils sont nécessaires, conseiller quant aux conditions d'utilisation et à la qualité des substituts industriels du lait maternel, et faire en sorte qu'ils soient fournis aussi longtemps que l'enfant en aura besoin.
- Veiller à ce que des agents de santé compétents soient toujours disponibles pour informer les mères VIH-positives qui allaitent.
- Adapter les mesures découlant de l'IHAB en tenant compte du problème du SIDA.

La mise en place de ces recommandations nécessite la collaboration de tous les acteurs impliqués dans la promotion de l'allaitement maternel : les gouvernements, les associations de professionnels de santé, les organisations internationales, mais aussi les entreprises commercialisant des substituts du lait maternel.

L'UNICEF est spécialisé dans la protection de la santé et l'éducation des enfants, dans le monde entier. Le soutien de l'allaitement maternel, en particulier dans les pays en voie de développement, est dont un de ses sujets de lutte principaux.

Lors du Sommet mondial pour les enfants de 1990, la Directrice générale de l'UNICEF, Carol Bellamy, a insisté sur la nécessité d'accélérer le rythme du progrès pour les enfants : « Pour vaincre la pauvreté et son cortège d'instabilité, nous devons commencer par investir pour nos enfants [...] J'exhorte les dirigeants nationaux à examiner sérieusement leur bilan en ce qui concerne les enfants. Vos enfants vont-ils tous à l'école ? Sont-ils tous protégés de la maladie ? Sont-ils à l'abri des sévices, de l'exploitation et de la violence ? Malheureusement, nous connaissons déjà les réponses. Nous savons que nous avons bien du travail à faire ». L'un des 27 objectifs de cette réunion portait sur une amélioration des taux d'allaitement maternel exclusif à trois mois dans le monde en développement, et une amélioration avait d'ailleurs été constatée puisque ce dernier était passé de 39 à 46% entre 1989 et 1999.

UNICEF. La Session extraordinaire des Nations Unies consacrée aux enfants. 7^e édition. 2002

L'UNICEF agit aussi sur le terrain en organisant des campagnes de sensibilisation et des programmes de formation d'agents de santé pour favoriser l'extension des actions de promotion de l'allaitement maternel.

C'est le cas par exemple en Somalie où des animatrices sociales formées par l'UNICEF font des visites à domicile afin de conseiller les mères sur la façon de maintenir leur famille en bonne santé, de repérer les cas de malnutrition pour les prendre en charge le plus tôt possible et éviter les hospitalisations, mais aussi d'intervenir en matière de promotion de l'allaitement au sein. Selon Kaltun Hussein, agent de santé nationale pour la Société du Croissant-Rouge, « le manque d'éducation est un problème ; les femmes pensent que la bouteille, c'est civilisé tandis que le sein, c'est barbare. Cela veut dire que de nombreux bébés sont exposés aux microbes à partir d'un âge bien top jeune ». Ces animatrices deviennent alors des conseillers de proximité qui vont jusqu'aux portes des femmes pour les informer sur les bénéfices d'un allaitement exclusif au sein.



Figure 22 : En Somalie, Halima Awali, une assistance sociale formée par l'UNICEF, vérifie la santé des enfants du quartier

http://www.unicef.org/french/infobycountry/somalia_57294.html

En Indonésie, sur l'île de Lombok, la plupart des femmes n'allaitent pas exclusivement au sein. Dwinta Dyah Larasanti fait partie des sages-femmes formées par l'UNICEF, et transmet tous les jours son savoir dans le centre de santé local, à propos notamment des moyens d'allaiter correctement les bébés : « Vous devez donner seulement à vos bébés du lait maternel de la naissance jusqu'à l'âge de six mois. Pas de lait maternisé, pas de nourriture solide. Rien d'autre que le lait de la mère. [...] Même quand vous commencez à sevrer votre enfant, le lait de la mère peut être donné jusqu'à l'âge de deux ans et même au-delà ». Le témoignage de cette jeune maman qui a bénéficié de tels cours, et qui est bien décidée à diffuser ses nouvelles connaissances au sein d'un groupe d'entraide, illustre l'impact de ces formations : « Je sais combien l'allaitement maternel est important. [...] Je n'ai pas allaité correctement au sein mon premier enfant. Mais je sais ce que je veux faire. Je veux veiller à ce que mon nouveau bébé et tous les bébés de mon village soient en bonne santé et à l'abri. »

http://www.unicef.org/french/infobycountry/indonesia_44880.html

Au Niger, l'UNICEF a participé à l'implantation de dispensaires qui permettent aux populations vivant dans des villages isolés d'avoir accès à un lieu de soins, avec notamment une politique de soins gratuits pour les enfants de moins de cinq ans et les femmes enceintes, et la distribution de médicaments et de fournitures médicales. Ainsi, en 2010, 2500 agents s'engageaient dans plus de 2400 dispensaires pour réduire la mortalité infantile et maternelle. Ceci passe par des consultations et soins médicaux, mais aussi par la diffusion d'informations notamment sur l'importance de l'allaitement exclusif au sein pendant les six premiers mois de la vie de l'enfant. Cette opération est un succès puisque si la moitié des enfants seulement avaient accès à des soins de santé en 2006, les trois quarts en bénéficiaient en 2010.

http://www.unicef.org/french/infobycountry/niger_57247.html

Par ailleurs, l'UNICEF collabore depuis longtemps avec les chefs religieux pour défendre une vie meilleure pour les enfants. Ce fut par exemple le cas le 29 Novembre 2010 à Katmandou au Népal, à l'occasion de la Journée mondiale de prière et d'action pour les enfants, où les représentants de diverses confessions religieuses se sont joints à UNICEF Népal. Cette année-là, le thème était la promotion de la santé maternelle et de la survie des enfants, en mettant l'accent sur les avantages d'un allaitement maternel exclusif.

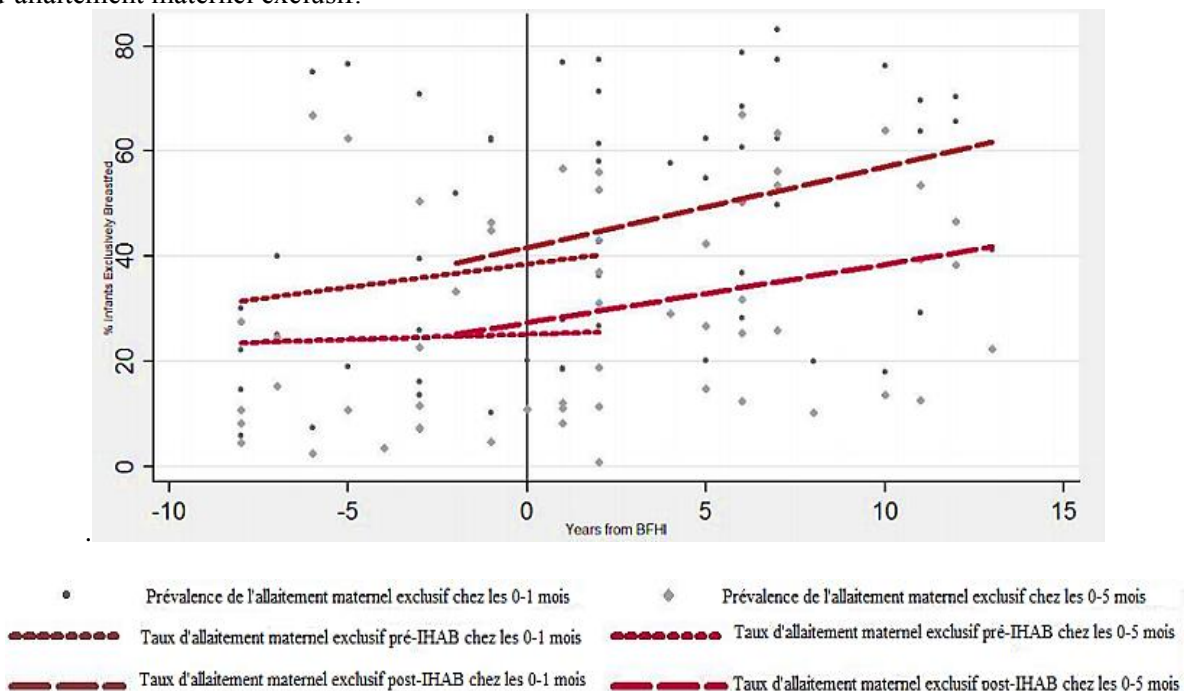


Figure 23: L'ex-Directeur général adjoint de l'UNICEF Kul Gautam (à droite) entouré de chefs religieux lors de la Journée mondiale de prière et d'action pour les enfants de 2010 au Népal

http://www.unicef.org/french/nutrition/nepal_57029.html

The Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI) ou l'Initiative Hôpital Ami des Bébés est née en 1991 sous la direction de l'OMS et l'UNICEF, pour favoriser la promotion de l'allaitement maternel au sein des maternités. Elle est aujourd'hui implantée dans le monde entier. Une étude récente s'est intéressée à l'impact de ce programme sur les taux d'allaitement exclusif dans 14 pays en voie de développement.

Le graphe 17 illustre ses résultats : l'implantation de l'IHAB est associée à une augmentation des taux d'allaitement maternel exclusif.



Graph 17 : Prévalence de l'allaitement maternel exclusif avant et après l'implantation de l'IHAB dans 14 pays en voie de développement

Abrahams Sheryl, Labbok Miriam. Exploring the impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on trends in exclusive breastfeeding. *International Breastfeeding Journal*. 2009, 4 :11

Ajoutons que La Leche League est active dans le monde entier pour assurer la promotion de l'allaitement maternel, ce qui inclut bien entendu dans les pays en développement, où elle vient contrebalancer la présence croissante des industriels de l'alimentation infantile. Le contact de mère à mère est particulièrement favorable à la transmission d'informations sur l'allaitement et au soutien des femmes allaitantes dans ces pays. La Leche League travaille notamment avec l'UNICEF pour former des bénévoles, en grande partie issus de communautés défavorisées, à devenir conseillers en allaitement.

B. La protection de la maternité au travail dans les pays en développement

Pour les femmes qui travaillent, il est essentiel de pouvoir trouver un équilibre entre leurs responsabilités maternelles et leur vie professionnelle. Aujourd'hui, la grande majorité des travailleuses dans le monde ne bénéficie pas de protection de la maternité adéquate, dont 80% vivent en Afrique et en Asie.

Ainsi, pour beaucoup de femmes, l'accès à un travail décent est compliqué, et nombreuses sont celles qui doivent encore s'affranchir de la discrimination et du licenciement pour cause de grossesse ou de maternité.

La protection de l'enfance et de la maternité est une des principales préoccupations de l'Organisation Internationale du Travail ou OIT, qui a légiféré sur ce point à travers plusieurs Conventions. Parmi celles-ci, la Convention (n°183) sur la protection de la maternité d'adresse depuis 2000 à toutes les femmes employées, y compris dans le cadre de formes atypiques de travail dépendant.

Le travail de l'OIT sur ce thème se base sur trois dispositions principales :

- Le droit de la mère à une période de repos après un accouchement nommé congé de maternité, pour préserver la santé de la femme et celle de son enfant durant la période périnatale.
- L'accès à des prestations suffisantes pour subvenir aux besoins de la famille.
- La garantie pour une mère de retrouver son emploi à l'issue du congé maternité.

La WABA a recensé différents indicateurs de la protection de la maternité au travail dans le monde entier, voici la situation de plusieurs pays en voie de développement, récapitulée dans le tableau suivant :

	Congé maternité (semaines)									Autres congés (jours)		Pauses allaitement			
	1-11	12	13	14	15	16	17	≥18	≥26	Qui paye ?	Congé parental	Congé paternité	Oui/non	Payées/Non payées	Durée
AFRIQUE															
Algérie			X							<input type="checkbox"/> ■		3■	Non	-	-
Bénin				X						<input type="checkbox"/> ■		3	Oui	Payées	-
Botswana		X								■			Oui	Payées	60min/jour pendant 6 mois.
Côte d'Ivoire				X						■□ ●		3	Oui	Payées	60 min/jour pendant 15 mois
Libéria		X								∅			Non	-	-
Mali				X						■□		3	Oui	Payées	
Maroc				X						<input type="checkbox"/>			Oui	Payées	
Namibie		X								<input type="checkbox"/>			Non		
Niger				X						■□ ●			Oui	Payées	60min/jour pendant 12 mois
Sénégal				X						<input type="checkbox"/>			Oui	Payées	60min/jour pendant 15 mois
Somalie				X						■			Oui	Payées	120min/jour pendant 12 mois
Zambie		X								■		5	Non	-	-
AMERIQUE															
Bolivie	X									■□			Oui	Payées	60min/jour

Guatemala									X	■□		2	Oui	Payées	60 min/jour
Haïti		X								■			Oui	Payées	
Jamaïque		X								■			Non	-	-
Paraguay		X								□■		2	Oui	Payées	60min/jour
ASIE															
Bangladesh						X				■			Non	-	-
Chine		X								■		15	Oui	Payées	60min/jour pendant 12 mois
Inde		X								■	730	15	Oui	Payées	2 fois par jour pendant 15 mois
Irak	X									□			Oui	Payées	
Libye	X									□■			Oui	Payées	60 min/jour pendant 18 mois
Pakistan		X								■			Non	-	-
Sri Lanka		X								■			Oui	Payées	60-120 min/9h pendant 12 mois
Thaïlande		X								■□			Non	-	-

- Fonds publics
- Employeur
- Autres

Tableau 20: La protection de la maternité au travail dans le Monde selon la WABA : quelques exemples dans les PVD

On remarque qu'il subsiste plusieurs pays dans lesquels les dispositions sont quasi-inexistantes, mais que dans beaucoup il existe à la fois des congés maternités et des pauses allaitement rémunérés.

L'OIT travaille également sur le plan national avec d'autres organisations pour promouvoir des campagnes visant une meilleure santé maternelle et postnatale.

Par exemple, elle participe à un programme de pays «Un Seul ONU» pour une meilleure santé des mères dans plusieurs pays en développement (Cap-Vert, Mozambique, Pakistan, Rwanda, Tanzanie, Uruguay et Viet Nam). Celui-ci a pour but notamment l'amélioration des conditions de travail et vise la sensibilisation aux dangers sur les lieux de travail dans l'agriculture, le commerce de rue et l'industrie, auprès du Ministère du travail, des employeurs et des travailleurs.

http://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_090037/lang--fr/index.htm

Les engagements internationaux garantissant la protection de la maternité au travail existent donc depuis longtemps, mais il faut désormais passer un peu plus à la pratique. Des progrès ont déjà été réalisés dans plusieurs pays en développement comme au Brésil, où le régime de sécurité sociale octroie un congé de maternité rémunéré aux chômeuses, ou au Sri Lanka.

Countdown Working Group on Health Policy and Health Systems, 2008

3) Des initiatives de solidarité à l'échelle locale

Le souci de protéger et promouvoir l'allaitement maternel est de plus en plus présent dans les pays en voie de développement, et les initiatives au niveau communautaire sont de plus en plus nombreuses à faire la promotion des pratiques essentielles familiales, dont l'allaitement exclusif.

Les groupes de soutien entre mères sont intéressants car ils permettent une transmission efficace des connaissances : des mamans bénévoles sont formées sur les bonnes pratiques » en matière d'allaitement, et transmettent leur savoir aux femmes de leur village ou leur région. Les stratégies de communication reposent sur la solidarité, la cohésion et la confiance : les mères sont d'autant plus à l'écoute que ce sont des femmes « comme elles » qui les conseillent, originaires du même endroit, et qui ont vécu leur propre expérience de l'allaitement.

Prenons l'exemple du groupe de soutien « Mère modèle » à Ka Hang au Cambodge, qui encourage les femmes enceintes à recourir aux soins prénatals et les mères qui viennent d'accoucher à commencer et à poursuivre l'allaitement au sein exclusif. Les bénévoles interviennent au sein du village au sein de groupes de discussions, et les groupes de plusieurs villages voisins se réunissent tous les trois mois pour échanger leurs observations, leurs expériences, et suivre les progrès de l'allaitement.

Sun Vandy explique les raisons pour lesquelles elle a voulu devenir une « Mère modèle » à Ka Hang : « Je voulais m'occuper des enfants. Je désirais les aider, ainsi que leurs mères, et me sentir fière de mon village».

http://www.unicef.org/french/infobycountry/cambodia_43437.html

Un autre groupe de soutien aux mères a été créé en 1998 à Ouagadougou au Burkina Faso. Une quinzaine de femmes, formées sur la pratique de l'allaitement maternel, font des visites aux mères de leur village pour transmettent informations et conseils sur l'allaitement, et se réunissent également tous les mois pour faire le point. Certaines sont infirmières ou assistantes sociales, d'autres couturières ou commerçantes, mais réunies par la cause de la promotion de la santé maternelle et infantile. Puisqu'elles ne disposent d'aucun moyen matériel ou financier, elles organisent des « projets d'activités génératrices de revenus » avec par exemple la vente de poulets ou de plats cuisinés pour financer leurs visites aux mères.

Desclaux Alice. Le traitement de l'allaitement dans le système de soin. Extrait de Alice Desclaux et Bernard Taverne, Allaitement et VIH en Afrique de l'Ouest. De l'anthropologie à la santé publique. 2000. 10

En Mai 2006, à Manille aux Philippines, un évènement particulier fut organisé par la ville de Manille, l'organisation de soutien aux mères « Enfants pour l'allaitement maternel » et le Ministère de la santé, avec l'aide de l'UNICEF. Près de 4000 mamans se sont ainsi réunies pour établir un nouveau record du monde d'allaitement maternel en simultané, pulvérisant le précédent établi aux Etats-Unis par 1135 femmes. « Des rencontres de ce genre, c'est important.

Cela permet de sensibiliser l'opinion aux avantages évidents, mais trop souvent négligés, de l'allaitement maternel » soulignait le Secrétaire du Département de la Santé Philippin, Francisco T. Duque.

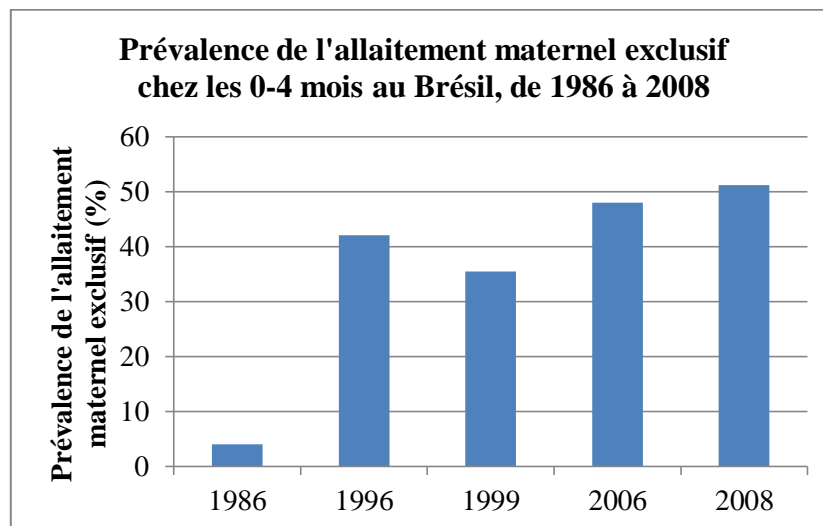
http://www.unicef.org/french/infobycountry/philippines_33982.html

VIII. L'exemple Brésilien

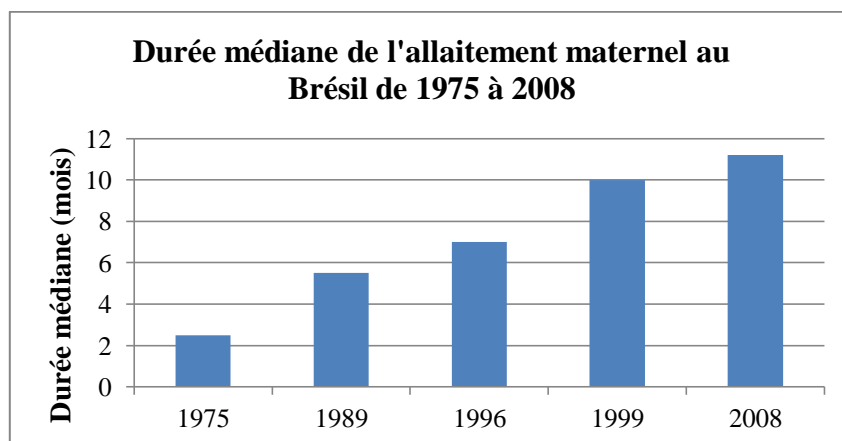
Au Brésil, bien que les taux d'allaitement maternel demeurent encore en deçà des recommandations de l'OMS, sa pratique a beaucoup progressé grâce à une politique de soutien très présente.

Le graphe 18 montre que la prévalence de l'allaitement maternel exclusif à quatre mois est passée de 4% en 1986 à 51.2% en 2008, et le graphe 19 que la durée médiane de l'allaitement a augmenté de presque 9 mois en 33 ans (de 2.5 mois en 1975 à 11.2 mois en 2008).

Ministério da Saúde. II Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais Brasileiras e Distrito Federal. Brasília, 2009.



Graphe 18



Graphe 19

En 2012, le pays a atteint le quatrième Objectif du millénaire pour le développement : réduire le taux de mortalité des moins de 5 ans de deux tiers.

1) Contexte culturel de l'allaitement maternel au Brésil

Pour la plupart des femmes Brésiliennes, comme dans les autres pays en voie de développement, l'allaitement maternel est perçu comme un acte complètement naturel. Toute femme ayant accouché devient ainsi logiquement une mère nourricière.

Certaines veulent prolonger l'allaitement le plus longtemps possible, comme Esmeraldinha, 25 ans qui souhaite allaiter « jusqu'à ce que ça donne du lait. Si je pouvais j'allaiterais jusqu'à un an, deux ans, trois, qu'est-ce que j'en sais! »

Pour d'autres, la durée de l'allaitement d'articule autour des impératifs du travail : Antonia, 29 ans, employée domestique: « Je vais allaiter seulement jusqu'au quatrième mois, ou alors je vais allaiter la nuit, quand j'arrive du travail, et s'il en veut ».

Alfonsina Faya Robles. L'humanisation de l'accouchement et de la naissance au Brésil : de nouveaux dispositifs de régulation des corps des femmes pauvres ?. Lien social et Politiques. 2008 (59) :121

L'allaitement au sein demeure un tabou dans la société brésilienne : il divise symboliquement le rôle de mère et d'épouse. De nos jours, beaucoup de mères n'osent pas allaiter en public. La proscription des rapports sexuels jusqu'au « resguardo » (retour de couches) est encore très pratiquée.

Enfin, la notion de causalité naturelle entre corps féminin et pratique de l'allaitement se heurte à une culture du biberon qui a fait irruption dans le quotidien des populations.

2) Un système de santé à part

Le système de santé brésilien est basé sur la notion d'humanisation des naissances, une idéologie apparue dans les années 60-70. L'OMS a publié ses recommandations pour le « processus d'humanisation de la maternité » en 1985, qui furent mentionnées au Brésil lors de la Conférence interrégionale sur la technologie appropriée à l'accouchement.

OMS. Les soins liés à un accouchement normal : guide pratique – Rapport d'un groupe de travail technique. Genève : Collection Maternité sans risque. 1997

Ce mouvement s'est alors développé de manière simultanée et inhérente au système de santé publique brésilien.

Dans les maternités, cela se traduit par un ensemble de dispositions telles que la présence d'une accompagnatrice pendant l'accouchement et l'hospitalisation, le droit de visite pour le père en dehors des horaires réglementaires, l'introduction de « doulas » (sages-femmes) lors de l'accouchement, la possibilité de faire chambre commune avec le bébé, etc.

La promotion de l'allaitement maternel se trouve au centre de ce mouvement, comme en témoigne cette infirmière brésilienne : « L'allaitement (est le changement le plus important), c'est sûr, c'est l'allaitement. Avant c'était comme ça: il n'y avait pas de respect pour la patiente, c'était quelque chose d'imposé, par les médecins [...] Les patients ne savaient pas, ils n'avaient pas idée. »

Alfonsina Faya Robles. L'humanisation de l'accouchement et de la naissance au Brésil : de nouveaux dispositifs de régulation des corps des femmes pauvres ?. Lien social et Politiques. 2008 (59) :122

Le système unique de santé brésilien repose sur 3 grands principes :

- L'universalité : garantie d'attention à la santé pour toute la population, sans restriction.
- L'équité : droit à être reçu, sans discriminations ni privilèges, en accord avec les besoins de chaque individu.
- L'intégralité : ensemble articulé et continu d'actions et de services préventifs et curatifs, individuels et collectifs.

3) Politique brésilienne de soutien à l'allaitement maternel

Depuis plusieurs décennies, le Brésil a mis en place une stratégie de soutien à l'allaitement maternel dans le cadre de sa politique de santé publique, faisant des femmes de milieux populaires la principale cible.

Le premier programme national, nommé « Programa Nacional de Incentivo ao Aleitamento materno » (PNIAM) est né en 1981. Il comporte des actions de promotion très diverses, depuis la formation de professionnels de santé et la création de groupes de soutien, en passant par des campagnes médias et le contrôle des pratiques marketing des industriels de l'alimentation infantile.

Alencar S.M.S. A Política Nacional de Aleitamento Materno. In: O aleitamento materno no contexto atual. Políticas, práticas e bases científicas. São Paulo : Sarvier, 2008 : p. 70-101

En 1983, la résolution n°18 mise en place par le Ministère de la santé rend obligatoire la résidence commun pour la mère et l'enfant : on parle d' « unité kangourou » ou de « Rooming in ». Puis en 1988 apparait le droit à un congé maternité de 120 jours.

La fin du XX^e siècle sera marquée par la création et la diffusion de l'Initiative hôpitaux amis des bébés. En 2005, le Brésil comptait 338 hôpitaux amis des bébés.

Ministério da Saúde. A Iniciativa Hospital Amigo da Criança no Brasil : histórico, situação atual, ações e perspectivas

Comme le montre le schéma ci-dessous, la politique nationale actuelle de promotion et de soutien de l'allaitement maternel s'articule autour de six axes :

Belomo de souza Caroline, Córdova do Espírito Santo Lilian, Regina Justo Giugliani Elsa. Politique publique de soutien à l'allaitement maternel : l'expérience du Brésil. Dans : La santé de l'homme : accompagner le choix de l'allaitement maternel.2010 (408) : 35-6

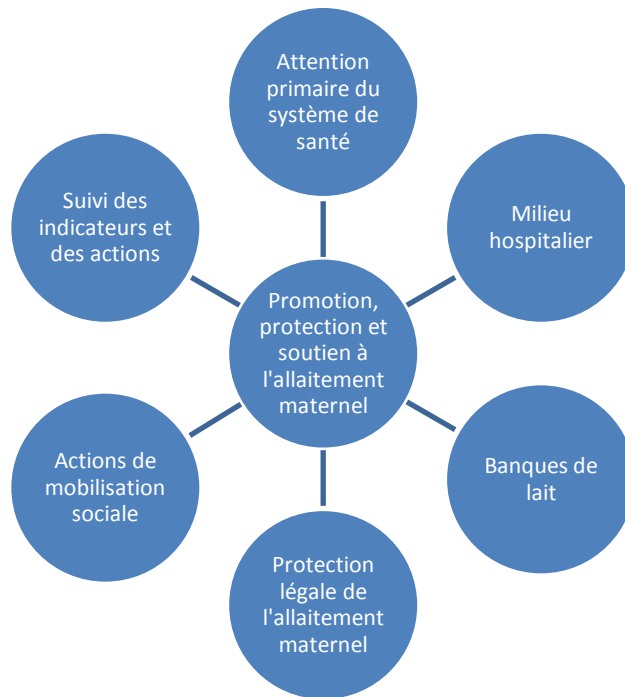


Schéma 9: La stratégie de promotion, protection et appui à l'allaitement maternel au Brésil

- Premier axe : soutien à l'allaitement maternel dans le niveau primaire du système de santé à travers un principe d'éducation permanente en santé prenant en compte les cultures et les représentations des professionnels ainsi que les spécificités locales et régionales.
Brasil. Ministério da Saúde. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006. Brasília : ministério da Saúde ; 2009: p. 195-212
- Second axe : promotion de l'allaitement maternel au niveau hospitalier avec notamment l'Initiative Hôpital Ami des Bébés et la Méthode kangourou.
- Troisième axe : présence du réseau de banques de lait humain le plus grand au monde qui permet la collecte, le traitement et la distribution de lait maternel, mais aussi le soutien aux femmes allaitantes.
Fiocruz. Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano <http://www.redeblh.fiocruz.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=352>
- Quatrième axe : la protection légale de l'allaitement maternel qui passe par le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (le Brésil fut un des premiers pays à l'adopter), la création la Norme de commercialisation des aliments pour nourrissons , puis la loi sur la promotion commerciale de ces produits sortie en 2006 ; mais aussi par un congé de maternité qui est passé de 4 à 6 mois (payés) en 2008.

- Cinquième axe : de nombreuses actions de mobilisation sociales avec notamment la Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel organisée depuis 1992, la Journée nationale de donation du lait humain créée en 2003, mais aussi d'autres initiatives plus insolites comme le projet « Carteiro Amigo » ou « l'Ami Facteur ». Celui-ci est basé sur la formation de facteurs bénévoles à l'accompagnement de l'allaitement maternel, qui vont favoriser le soutien des mères qui ont souvent peu de contacts avec des professionnels de l'allaitement maternel après leur retour à domicile. L'initiative remporte un franc succès puisqu'en 2001, 3264 facteurs se sont portés volontaires, et qu'ils étaient déjà 23000 l'année suivante.

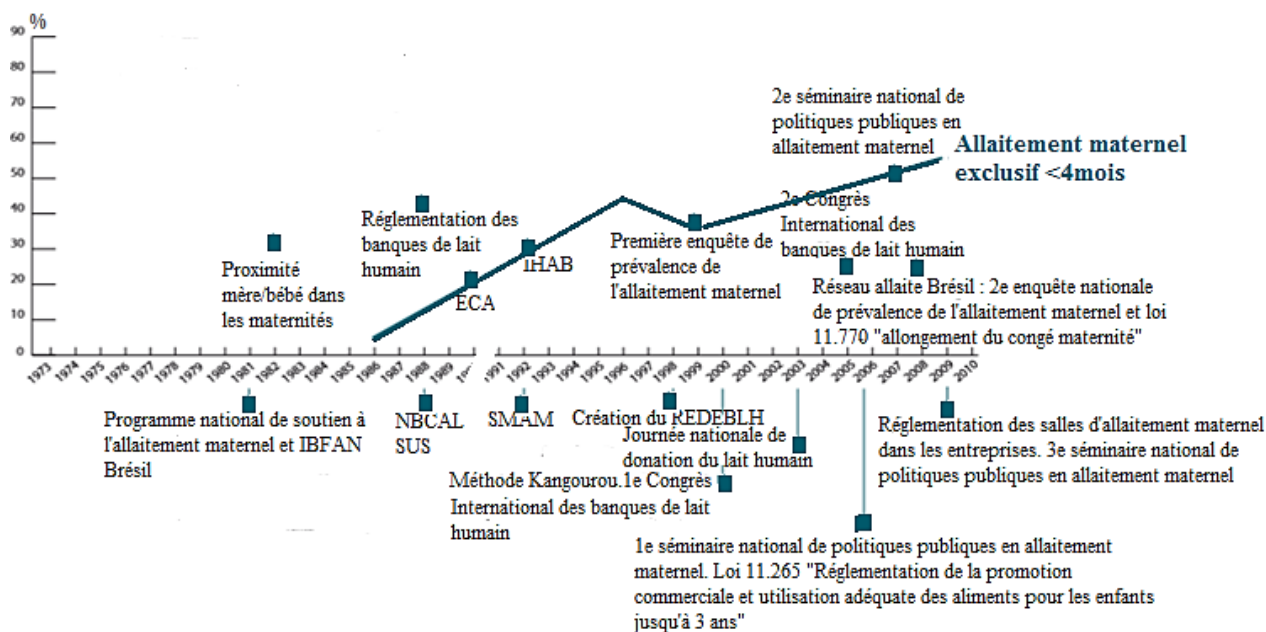
Sandre-Pereira G. Les politiques pour l'allaitement maternel au Brésil. Les dossiers de l'obstétrique. 2003 ; 320 : 20-22

- Sixième et dernier axe : le suivi des indicateurs de l'allaitement maternel et des actions menées pour sa promotion, qui inclut la réalisation de deux enquêtes nationales sur les pratiques de l'allaitement en 1999 et en 2008.

La WABA est représentée au Brésil par l'association « Origem » (qui signifie origine), une ONG fondé en 1988. Elle soutient notamment le réseau « Via lactea » (ou voie lactée) qui se compose de neuf groupes de femmes participant au soutien et à la promotion de l'allaitement maternel <http://www.grupoorigem.blogspot.com.br/>

Le schéma ci-dessous représente l'évolution du taux d'allaitement maternel exclusif au Brésil au fil de la progression des actions de promotion et de soutien.

Belomo de souza Caroline, Córdova do Espírito Santo Lilian, Regina Justo Giugliani Elsa. Politique publique de soutien à l'allaitement maternel : l'expérience du Brésil. Dans : La santé de l'homme : accompagner le choix de l'allaitement maternel. 2010 (408) : 36



IBFAN = International Baby Food Action Network
 NBCAL = Norme Brésilienne de Commercialisation des Aliments pour les nourrissons
 SUS = Système Unique de Santé
 ECA = Statut de l'enfant et de l'adolescent
 IHAB = Initiative Hôpital Ami des Bébés
 SMAM = Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel
 REDEBLH = Réseau Brésilien des Banques de Lait Humain

Schéma 10: La progression du taux d'allaitement maternel exclusif des moins de 4 mois et les actions qui ont marqué l'histoire de la promotion, la protection et le soutien de l'allaitement maternel au Brésil.

Conclusion

Lorsqu'on parle d'allaitement dans les pays en voie de développement, les considérations sont bien différentes de celles énoncées pour ceux qui sont déjà développés. Nous l'avons vu, ici il s'agit avant tout d'un geste naturel, qui est d'une nécessité vitale. Les bénéfices de l'allaitement maternel pour la santé de la mère et de l'enfant prennent ainsi tout leur sens dans ces pays où la malnutrition, les infections et la pauvreté sont de véritables fléaux.

Malgré les conséquences catastrophiques que leur utilisation peut engendrer, le biberon et les substituts du lait maternel se sont malheureusement imposés, accompagnés du modèle occidental d'alimentation des nouveau-nés dont beaucoup de femmes ont cherché à s'inspirer.

Par ailleurs, la pandémie du SIDA et les découvertes concernant le passage du VIH dans le lait maternel ont participé à ce délaissement de l'allaitement. Pourtant, il a été prouvé que la balance bénéfice / risque penche toujours en sa faveur, même en cas de séropositivité.

Les organisations internationales continuent de recommander l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de la vie, suivi par une association avec d'autres aliments appropriés et de qualité, comme une politique de santé mondiale aussi bien pour les pays en voie de développement que pour les pays développés.

L'allaitement maternel exclusif pendant les six mois suivant la naissance est à présent considéré comme un objectif mondial de santé publique lié à la réduction de la morbidité et de la mortalité infantiles.

De nombreuses actions de promotion sont menées dans ce sens, et le modèle brésilien nous démontre qu'une politique de soutien organisé, efficace, et impliquant tous les acteurs concernés, peut faire grimper les taux d'allaitement maternel au sein d'un pays en développement.

**TROISIEME PARTIE : PROPOSITIONS
POUR AMELIORER LA SITUATION DE
L'ALLAITEMENT MATERNEL EN FRANCE**

TROISIEME PARTIE : PROPOSITIONS POUR AMELIORER LA SITUATION DE L'ALLAITEMENT MATERNEL EN FRANCE

Le constat est simple : bien que nous ne soyons pas les derniers de la classe, il reste du travail à accomplir en France pour favoriser l'allaitement maternel. Le modèle des pays scandinaves, ainsi que la politique active de promotion de l'allaitement brésilienne, font apparaître les « lacunes » qui subsistent dans notre pays. Quelles propositions pouvons-nous faire pour un meilleur soutien de l'allaitement maternel en France ?

I. Faciliter la conciliation allaitement maternel et travail

Tout d'abord, la reprise du travail reste la contrainte majeure pour toute femme qui souhaite continuer à allaiter. Il est évident que tout ce qui peut être fait pour allonger le congé de maternité a des conséquences positives sur l'initiation, et surtout la durée de l'allaitement.

Rappelons qu'en France le congé maternité est de 16 semaines rémunérées à 100% du salaire, alors que les suédois bénéficient d'un congé de 480 jours, à se partager entre le père et la mère, et rémunéré pendant 1 an. Quant aux norvégiens, ils ont droit à 49 semaines payées à 100% du salaire, ou 59 semaines à 80%.

Mais sans aller jusqu'à allonger le congé maternité en lui-même, pourquoi ne pas l'optimiser, avec par exemple la possibilité pour la mère de travailler le plus tard possible et de prendre un maximum de jours après la naissance, sauf bien sûr si ceci compromet sa santé ou celle du bébé. Il serait également intéressant de proposer une reprise progressive de la vie professionnelle avec un allongement des heures de travail au fur et à mesure que l'enfant grandit, ce qui permettrait de prolonger l'allaitement sans couper totalement les femmes du monde du travail.

La députée Européenne Licia Ronzulli semble avoir trouvé la solution : emmener tout simplement son bébé sur le lieu de travail ! C'est ainsi qu'en 2010 elle siégeait avec sa petite Vittoria alors âgée d'un mois. Elle expliquait alors que «Ce n'était pas un geste politique. C'était avant tout un geste maternel. Je voulais rester avec ma fille le plus possible, et rappeler aux gens que toutes les femmes n'ont pas cette chance, et que nous devrions faire quelque chose pour parler de ça». Depuis, sa fille fait régulièrement des apparitions à ses côtés au Parlement Européen.

<http://www.slate.fr/grand-format/licia-ronzulli-sa-fille-et-le-parlement-europeen-63927>

Par ailleurs, toute mère devrait savoir que si elle le désire, elle peut concilier allaitement et reprise du travail, car le vrai secret de la réussite, c'est tout simplement de savoir que c'est possible ! Le tire-lait et les modes de garde de l'enfant sont là pour les y aider, mais aussi les pères qui peuvent s'engager d'avantage dans la vie familiale et prise en charge de leur bébé allaité, comme c'est le cas dans les pays scandinaves où la parité homme/femme est une préoccupation fondamentale. Il serait d'ailleurs intéressant de proposer en France des mesures incitant à un partage plus équitable des congés parentaux, en prenant exemple notamment sur la Suède où les 480 jours comprennent 60 jours pour la mère, 60 jours pour le père, et les 360 restants à se partager comme ils le désirent.

Ensuite, nous avons vu qu'il existe une législation française concernant des pauses dédiées à l'allaitement pendant les heures de travail, mais que malheureusement celle-ci est encore trop peu connues, et peu appliquée. Une meilleure information des femmes comme des employeurs sur ce droit, et pourquoi pas une obligation de rémunération de ces pauses comme c'est le cas dans d'autres pays européens, permettraient de faciliter le prolongement de l'allaitement maternel après la reprise du travail. Cependant, il arrive que ces pauses soient inutiles, par exemple pour celles dont le lieu de travail est trop éloigné de l'endroit où est gardé le bébé. Il serait alors plus simple, lorsque cela est possible, d'autoriser une plus grande flexibilité des horaires, en permettant par exemple à la mère de quitter le travail plus tôt.

II. Favoriser une meilleure information

1) Des couples

Les bénéfices de l'allaitement maternel sont de plus en plus connus et admis dans notre pays. Mais beaucoup de couples sont encore peu ou mal informés sur ces avantages, et lorsqu'ils sont confrontés au choix du mode d'alimentation de leur enfant, sont d'avantage influencés par la société que par leurs convictions personnelles. Une information et des conseils plus systématisés sur les différents modes d'alimentation du nouveau-né, les bénéfices de l'allaitement maternel et comment faire en sorte qu'il se déroule le mieux possible, mais aussi la bonne utilisation du biberon et des substituts du lait maternel, permettraient à ces personnes de faire un choix en toute connaissance de cause. Ceci doit bien entendu se faire en amont, car nous avons vu qu'en général la décision d'allaiter ou non se fait avant l'accouchement ou même avant la grossesse.

Il faut cependant prendre garde à éviter l'écueil de la stigmatisation des femmes qui ne désirent pas allaiter. Beaucoup témoignent de cette culpabilisation. La difficulté est de pouvoir soutenir l'allaitement maternel par une meilleure information et un suivi plus présent, sans faire passer celles qui choisissent de ne pas allaiter pour des « mauvaises mères ».

Il serait également intéressant de favoriser d'avantage l'implication du père dans la vie familiale, pourquoi pas en proposant par exemple des cours de parentalité dédié aux papas uniquement ? Ceci permettrait de les informer tout en les aidant à trouver leur place au sein de ce nouveau trio qui peut être déstabilisant pour eux.

2) Des professionnels de santé

Concernant les professionnels de santé, nous avons constaté que la formation initiale en France concernant l'allaitement maternel est insuffisante. Il est pourtant indispensable qu'ils constituent des référents auprès desquels les couples trouvent une information de qualité et à jour des recommandations nationales.

Il serait bon de renforcer la formation initiale des médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens et pédiatres, en développant d'avantage l'aspect pratique. Une harmonisation des programmes d'enseignement des futures sages-femmes serait également bénéfique, avec des mises en pratiques plus systématiques pendant leurs stages par exemple. Ajoutons que le programme des puéricultrices et auxiliaires de puéricultrices est actuellement en cours de révision pour notamment se consacrer d'avantage à l'allaitement maternel. Quant aux infirmiers et aux pharmaciens, il n'y aurait que des avantages à aborder ce thème dans leur formation initiale, étant donnée la fonction de conseillers qu'ils remplissent auprès des mamans.

Par ailleurs, l'allaitement maternel devrait être ancré dans les programmes de formation continue de toutes ces professions de santé.

III. Faire bouger les mentalités

Nous l'avons vu, quel que soit le pays, l'impact du contexte culturel et social est très fort sur l'acte d'allaitement.

Les préjugés sont très présents en France, et le regard de la société sur l'allaitement maternel n'est pas toujours bienveillant. Les femmes qui souhaitent donner le sein en public sont encore souvent stigmatisées, jugées, critiquées.

Nous sommes bien loin de la culture de l'allaitement des pays scandinaves où les gens ne se posent pas la question et où allaiter est la norme.

Mais il est très difficile voire impossible de modifier en profondeur la perception de l'allaitement par la société. Une image de l'allaitement maternel plus présente au sein des médias, et une meilleure régulation de la publicité pour les substituts industriels, sont néanmoins des pistes à explorer.

IV. Faciliter l'accueil des enfants allaités

En France, le mode de garde d'enfant le plus répandu est l'assistante maternelle. Les crèches sont perçues comme plus impersonnelles, et souvent moins pratiques car les horaires sont moins souples. De plus, prolonger l'allaitement maternel d'un enfant placé en crèche peut s'avérer contraignant car la plupart appliquent des directives très strictes pour celles qui veulent emmener leur propre lait maternel sur place, certaines allant jusqu'à refuser cette pratique.

En France, les assistantes maternelles ont des connaissances très hétérogènes sur l'allaitement maternel, et si certaines facilitent beaucoup sa poursuite sur le long cours, d'autres ont du mal à le gérer ou à l'accepter. Depuis peu, il existe pour ces personnes une formation de deux heures sur l'accueil des enfants allaités, avec surtout informations sur la conservation et le stockage du lait maternel.

Il serait intéressant de voir les bénéfices qu'aurait un développement de l'offre de crèches en France, comme c'est le cas dans les pays nordiques, où la garde d'enfants par les services publics est garantie pour tous les parents, avec des avantages financiers considérables.

V. Déployer une promotion plus efficace de l'allaitement maternel

Nous l'avons vu, dans les pays scandinaves comme au Brésil, les gouvernements s'engagent dans la promotion de l'allaitement maternel. Pour un soutien efficace de l'allaitement, il faut avant tout impliquer les politiciens, les autorités de santé, mais aussi les médias.

Par exemple, un des moyens de progresser en France serait le développement du nombre d'Hôpitaux Amis des Bébés, garants des meilleures conditions de promotion et de mise en place de l'allaitement. Rappelons l'exemple de la Suède où 100% des naissances se font au sein de l'IHAB.

L'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel comporte plusieurs lacunes en France, où la législation concerne uniquement les laits « 1^{er} âge », et peu de contrôles sont effectués pour veiller à son respect. Au contraire, en Norvège, il n'y a aucune publicité sur les dits substituts, et en Suède, le Code s'applique jusqu'à l'âge d'un an et comprend les substituts, les préparations de suite, mais aussi les biberons, les tétines et les sucettes.

Mais combattre le lobby des industriels du lait artificiel en France est très difficile, le non-allaitement leur rapportant beaucoup d'argent.

Enfin, il existe une initiative italienne récente pour favoriser la promotion de l'allaitement maternel particulièrement intéressante : il s'agit de la création d'une Initiative Pharmacies Amies des Bébés (IPAB).

<http://ibfan.org/breastfeedingbreafs/AA48-49.pdf>

Il est vrai que les pharmaciens d'officine ont un rôle important à jouer dans la promotion de la santé, y compris sur le thème de la nutrition des nourrissons. Leur position de première ligne dans le conseil et les soins de premier recours, ainsi que leur proximité avec les patients, en font des acteurs de santé publique qui ont sans aucun doute leur place dans le soutien de l'allaitement maternel.

L'OMS et la Fédération pharmaceutique internationale estiment d'ailleurs qu'« avec les ressources dont ils disposent, les pharmaciens ont la possibilité d'améliorer les résultats thérapeutiques et la qualité de vie des patients et doivent se placer en première ligne du système de santé ».

Wiedenmayer K, Summers RS, Mackie CA, Gous AGS, Everard M, Tromp D. Developing pharmacy practice: a focus on patient care. WHO and International Pharmaceutical Federation, Geneva, 2006

C'est en partant de ce constat qu'une association italienne à but non lucratif nommée *Il Melograno* a lancé en 2007 l'Initiative Pharmacie Amie des Bébés (IPAB).

Les conditions d'accès à cette accréditation sont pour beaucoup inspirées de celles de l'Initiative Hôpital Ami des Bébé :

1. *Être dotée d'un protocole écrit sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants, lequel doit être conforme à la politique nationale du pays et au Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et aux résolutions ultérieures pertinentes de l'Assemblée mondiale de la Santé sur le sujet.*
2. *Former tous les membres de son personnel à l'application du protocole.*
3. *Informar toutes les mères sur les avantages de l'allaitement maternel et sur les risques de l'alimentation artificielle.*
4. *Apporter soutien et encouragement à toutes les mères pour qu'elles mettent en route et poursuivent l'allaitement maternel.*
5. *Créer un espace d'accueil pour les mères et leurs nourrissons et autres enfants.*
6. *Favoriser la représentation de l'allaitement maternel comme étant la norme et éviter celle de l'alimentation au biberon.*
7. *Ne vendre de substituts du lait maternel que sur demande spécifique et éviter toute pratique promotionnelle.*
8. *Acheter et vendre les substituts du lait maternel au prix du marché, éviter les campagnes de promotion et refuser de distribuer des cadeaux publicitaires aux mères.*
9. *Soutenir activement les initiatives et projets communautaires et créer des réseaux comprenant l'ensemble des acteurs œuvrant à protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel.*

Deux de ces conditions sont spécifiques à la pharmacie d'officine :

- La condition 7, qui implique que tous les produits inclus dans le champ du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel soient placés derrière le comptoir et non pas en libre accès, afin qu'ils ne soient délivrés que dans le cadre d'une demande du patient. Dans ce cas, le pharmacien formé pourra évaluer les motivations de la personne et éventuellement la conseiller.
- La condition 8, qui signifie que les pharmaciens doivent refuser toute campagne de promotion qu'elle soit sous forme de bons de réduction, de supports imprimés ou vidéos, de lots, ou encore de cadeaux.

Une fois que la pharmacie est accréditée « amie des bébés », elle est soumise à une évaluation externe périodique basée sur des critères variant de un à quatre pour noter le respect chaque condition. Les deux premières pharmacies amies des bébés ont reçu leur accréditation à Vérone en 2007 et à Bassano en 2008. Puis en 2008-2009, 17 autres pharmacies ont déposé une demande de label, et 63 pharmaciens ont suivi une formation spécifique. De plus, en 2010, une pharmacie de Vérone a reçu son accréditation lors d'une cérémonie en présence du Ministre de la santé italien qui a ainsi apporté son soutien officiel à l'initiative.

Conclusion

Le modèle scandinave nous donne des pistes d'action pour améliorer la situation de l'allaitement en France. Si certaines semblent réalisables, d'autres sont plus ardues. On ne peut se détacher de l'héritage historique français et de l'empreinte socioculturelle qui marquent la pratique de l'allaitement et influencent encore aujourd'hui les mentalités.

Il est évident que tout cela ne se fera pas en un jour, et qu'un véritable changement nécessite l'implication de tous les acteurs concernés, à tous les niveaux.

CONCLUSION

Le bilan de la situation de l'allaitement maternel en France que nous venons d'établir fait ressortir des lacunes persistantes. Ainsi, malgré l'existence d'un cadre législatif favorable et de multiples actions de promotions, tant à l'échelle internationale que locale, les taux d'allaitement sont encore trop faibles et peinent à décoller.

Ceci est vrai tant au niveau de la prévalence de l'allaitement que de sa durée : on peut dire qu'en France on allaite encore trop peu, et pas assez longtemps, surtout lorsqu'on se réfère aux recommandations de l'OMS en la matière : 6 mois d'allaitement maternel exclusif, puis un allaitement mixte jusqu'à au moins 2 ans.

Les bénéfices de sa pratique sont pourtant nombreux et bien connus : il procure des bienfaits pour la santé et le développement psychoaffectif de l'enfant et de la mère, et comporte également des avantages économiques et pratiques.

Nous l'avons constaté, face au choix de l'allaitement, les mères ne sont pas seules : de nombreux facteurs interviennent dans la décision d'allaiter ou non leur enfant. Une appréhension personnelle, un manque d'information de l'entourage ou de soutien du conjoint, le poids du regard de la société, des tabous, des interdits, tout comme un environnement professionnel ou médical peu favorables, sont autant de déterminants qui freinent potentiellement le recours à l'allaitement en France.

Il est intéressant de comparer cette situation à celle d'autres pays : les disparités dans les taux et les pratiques d'allaitement sont liées à des différences culturelles, sociales et conjoncturelles.

Dans les pays développés, les progrès de la médecine moderne, l'émancipation des femmes et l'avènement du biberon font qu'aujourd'hui les mères disposent de plusieurs options envisageables pour une alimentation de qualité et adaptée aux besoins de leur bébé. Revers de la médaille : l'allaitement maternel est souvent boudé, jugé trop contraignant. Une prise de conscience s'est néanmoins déclenchée et beaucoup d'initiatives ont été lancées pour promouvoir et soutenir l'allaitement.

Mais il existe une exception, et pas des moindres, au sein de ces pays développés : il s'agit du modèle scandinave où la culture de l'allaitement et la volonté politique pour le soutenir sont très fortes. L'exemple de ces pays est la preuve qu'une inversion de tendance est possible en France, si l'on s'en donne les moyens.

Autres continents, autres préoccupations : l'analyse de l'allaitement maternel dans les pays en voie de développement nous entraîne dans un grand écart culturel. Ici, il ne s'agit plus de confort, de praticité : l'allaitement au sein est un geste naturel, et surtout vital. L'occidentalisation des modèles d'alimentation des nouveau-nés y fait des ravages, que les organisations internationales tentent de freiner. Mais il règne dans ces pays une solidarité et un appui familial que l'on ne retrouve pas ailleurs, et qui entraînent la création d'initiatives de soutien aux mères de plus en plus nombreuses. Les résultats sont là : les femmes sont mieux informées sur les dangers d'une mauvaise utilisation des préparations industrielles, et les taux d'allaitement maternel remontent.

Peut-on mieux faire en France ? Oui, sans aucun doute. Mais cela ne se fera pas en un jour. Une meilleure information du grand public et des professionnels de santé, un renforcement des mesures de promotion déjà mises en place, un encadrement législatif plus strict, un contexte social plus favorable notamment pour les femmes qui souhaitent allaiter et travailler, sont autant de facteurs qui pourraient faire bouger les choses. Mais il est une composante pour laquelle il semble plus difficile de lutter : il s'agit des normes d'origine socioculturelles et des perceptions personnelles. Faire évoluer les mentalités au sujet de l'allaitement maternel demandera un travail plus long, complexe et progressif.

Mon souhait serait de voir à l'avenir plus souvent en France des femmes donner le sein, dans la rue comme dans les médias, et que celles qui font le choix de l'allaitement n'aient plus à se soucier de la malveillance de certains regards. Que ce geste retrouve son caractère naturel, ordinaire, sans pour autant tomber dans la stigmatisation de celles qui n'optent pas pour l'allaitement.

SERMENT DE GALIEN

Je jure, en présence des maîtres de la Faculté, des conseillers de l'Ordre des Pharmaciens et de mes condisciples :

D'honorer ceux qui m'ont instruite dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement ;

D'exercer, dans l'intérêt de la santé publique, ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur, mais aussi les règles de l'honneur, de la probité et du désintéressement ;

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser des actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.