

Chapitres complémentaires



Kent Page, UNICEF, RDC, 2003



6 La relactation

6.1 Indications pour la relactation

La relactation consiste à remettre en route (recommencer) l'allaitement au sein. Le meilleur moyen de nourrir des nourrissons qui ne sont pas nourris au sein, notamment dans les contextes d'urgence lorsque l'alimentation artificielle est dangereuse, est de parvenir à les nourrir avec du lait maternel.

Si possible, la relactation doit être faite par la mère du nourrisson, mais, si la mère n'est pas disponible, elle peut être faite par une personne qui s'occupe du nourrisson, qui accepte d'être nourrice et de subir les examens de santé appropriés (voir partie 5.7).

L'étape 2 de l'évaluation complète permet d'identifier les mères ou les personnes s'occupant du nourrisson qui souhaitent éventuellement entamer une relactation. Ces personnes doivent être transférées pour recevoir un soutien renforcé à l'allaitement maternel (voir partie 5.1).

Âge de la mère

La plupart des mères peuvent relacter si elles le veulent, et elles peuvent recommencer à produire du lait. Elles le peuvent même si elles n'ont pas allaité au sein depuis plusieurs années, y compris après la ménopause. De nombreuses femmes peuvent produire assez de lait pour allaiter un nourrisson exclusivement au sein ou pour allaiter plusieurs nourrissons au sein. Mais la relactation est plus facile pour les femmes qui ont arrêté récemment d'allaiter au sein, ou pour celles qui allaitent encore occasionnellement.

Âge du nourrisson

Moins de 6 mois

Il est plus facile de relacter lorsque le nourrisson a moins de 6 mois. Tout doit être fait pour commencer ou remettre en route l'allaitement au sein pour ce groupe d'âge, à une période de la vie où l'allaitement maternel est particulièrement précieux et devrait être exclusif.

Plus de 6 mois

Les nourrissons qui ont auparavant été allaités au sein peuvent aussi recommencer à être nourris au sein.

Le lait maternel est précieux aussi pour ces nourrissons, en particulier pour ceux qui sont malades ou pour ceux qui ne tolèrent pas les laits artificiels.

Prévenir le besoin d'établir la relactation en permettant à toutes les femmes d'allaiter dans les meilleures conditions et en apportant un soutien de base à l'allaitement maternel dès que nécessaire.

Il est plus facile d'apporter ces types de soutien que l'aide spécialisée nécessaire pour la relactation.

6.2 Conditions pour la relactation

Les trois conditions les plus importantes sont : la motivation, la stimulation et le soutien.

Motivation

Il faut que la mère ou la nourrice soit très motivée. Certaines femmes sont déjà très motivées et ont seulement besoin d'une aide spécialisée pour apprendre la technique. D'autres ont besoin de beaucoup d'encouragements et de beaucoup d'informations pour être suffisamment motivées.

Certaines femmes perdent périodiquement confiance et elles auront besoin d'être encore davantage rassurées.

Un agent de santé ou un travailleur de la nutrition a besoin de temps, de compétences et de patience pour maintenir la motivation d'une femme ; il doit écouter, parler avec la femme et l'encourager souvent.

Stimulation des seins

La stimulation des seins est essentielle, et de préférence elle doit être faite par le nourrisson qui tète.

En tétant, le nourrisson entraîne la libération de prolactine qui stimule le développement des alvéoles dans le sein et la production de lait maternel.

Plus le nourrisson tète souvent et longtemps, plus le sein produit de lait.

Si le nourrisson ne peut pas téter, le lait maternel peut être exprimé manuellement.

Pour stimuler complètement le sein, il faut en faire sortir autant de lait que possible soit en faisant téter le nourrisson soit en exprimant le lait, et il faut le faire souvent.

Soutien constant

Le personnel de santé et les travailleurs de la nutrition doivent être prêts à apporter leur aide dès que possible. Ils doivent avoir une attitude encourageante et bienveillante pour aider la mère à prendre confiance.

Mais le soutien intense et quotidien demande beaucoup de temps.

La mère ou la personne qui s'occupe du nourrisson risque de devoir venir à la clinique souvent, ou d'y rester une partie de la journée pour recevoir l'aide dont elle a besoin.

Les agents communautaires de santé, les mères des groupes de soutien, les autres femmes et les amies ou les matrones peuvent être formées pour pouvoir apporter leur soutien aux mères qui entament une relactation (voir partie 2). D'autres femmes ayant entamé une relactation sont particulièrement précieuses.

Il est aussi important que les membres de la famille apportent leur soutien quand ils sont disponibles.

6.3 Comment aider une femme à relacter

Une femme qui souhaite relacter a besoin de la même intervention de soutien que toutes les femmes qui allaitent au sein, y compris d'aliments et de liquides appropriés (voir partie 2). Elle a besoin d'être protégée de toute violence et de pouvoir accéder à un espace abrité où elle pourra retrouver d'autres mères qui allaitent au sein et qui pourront l'aider et la soutenir. Les conditions générales de soutien à la relactation sont décrites dans le module 1 (p. 36).

Avec l'intervention de soutien (voir manuel principal, p. (18)), on peut aider une femme qui souffre de malnutrition légère à modérée à remettre immédiatement en route la relactation. Elle n'a pas besoin d'attendre d'aller mieux pour commencer à allaiter au sein.

Si une femme est malade ou souffre de malnutrition sévère, elle doit recevoir un traitement approprié et ne commencer la relactation que lorsque son état de santé s'améliore.

Il se peut que son nourrisson ait besoin temporairement d'aliments de supplémentation artificiels. Ces aliments de supplémentation doivent être donnés de façon à encourager le nourrisson à commencer à s'alimenter au sein. Ne pas lui donner de biberon ou de sucette. Lorsque le nourrisson veut téter, il doit le faire au sein.

Avant la mise en route de la lactation

L'agent de santé ou le travailleur de la nutrition (ou toute autre personne spécialisée qui apporte son aide) doit donner à la mère les explications suivantes :

- Il est possible de relancer la production de lait pendant que l'enfant est nourri temporairement avec d'autres laits.
- L'allaitement au sein donne à son nourrisson les meilleures chances d'être en bonne santé et de bien grandir dans le contexte de l'urgence.

Le conseiller doit :

- parler plusieurs fois avec la femme, l'écouter et essayer de comprendre ses sentiments.
- essayer de voir d'où viennent ses difficultés.
- s'assurer que la femme est bien motivée et qu'elle croit vraiment que la relactation est possible (mais ne pas faire pression sur elle si elle ne souhaite pas le faire).
- si possible, la présenter à d'autres femmes qui ont relacté et qui vont pouvoir l'encourager.

Le conseiller doit aussi expliquer à la mère :

- ce qu'ils vont faire l'un et l'autre pour mettre en route l'allaitement maternel
- combien de temps cela va prendre, et qu'elle va devoir être patiente et persévérante
- comment le nourrisson va être nourri pendant que sa production de lait reprendra ou augmentera.

Le conseiller doit aussi s'informer pour savoir si certaines pratiques risquent d'interférer avec l'allaitement maternel.

- Les facteurs qui risquent d'empêcher que le nourrisson tète fréquemment et efficacement:
 - des périodes de séparation du nourrisson (*Aider la mère à rester avec son nourrisson*)
 - des tétées à heures fixes ou l'utilisation d'une tétine ou d'un biberon (*Expliquer qu'il faut nourrir à la demande*)
- Les médicaments qui risquent de réduire la production de lait :
 - les contraceptifs qui contiennent des œstrogènes (*Prescrire une méthode sans œstrogènes*)
 - les diurétiques thiazidiques (*Essayer de trouver un autre traitement*)

Le conseiller doit discuter avec la mère pour savoir comment elle peut éviter ces pratiques et lui expliquer pourquoi il est important de les éviter.

Commencer la relactation

Donner à la mère ou à la nourrice des encouragements et un soutien constants pendant la relactation, tous les jours pour commencer, jusqu'à ce qu'elle ait pris de l'assurance, que la production de lait commence et que son lait commence à couler.

- Encourager la mère (ou la nourrice) à allaiter au sein dès que l'enfant a l'air d'être prêt et de vouloir le faire.
- Dire à la mère ou à la nourrice qu'en se reposant, elle pourra allaiter fréquemment au sein.
- Expliquer à la famille et aux amis de la femme qu'elle a besoin d'une aide pratique et, si possible, d'être soulagée de certaines de ses autres tâches pendant quelques semaines pour pouvoir allaiter souvent au sein. Il faut qu'elle puisse le faire sans que cela ne crée de risque pour sa propre survie ou pour celle de sa famille (voir module 1, pp. 35-36 sur les conditions qui facilitent l'allaitement au sein).
- Conseiller à la mère de s'occuper seule de l'enfant. Elle doit tenir le nourrisson contre elle, dormir avec lui ou elle, être en contact peau à peau aussi souvent que possible. La méthode kangourou peut être une solution (voir partie 5.2).

Si le nourrisson veut téter

Il se peut que les nourrissons qui ont déjà été allaités au sein souhaitent téter le sein avant qu'il ne produise beaucoup de lait.

Si un nourrisson souhaite téter, même un peu, la relactation est relativement facile. Beaucoup de nourrissons qui ont déjà été allaités au sein souhaitent téter, même si la quantité de lait produite n'est pas très importante au moment où ils le font.

Encourager la femme à :

- mettre souvent le nourrisson au sein, aussi souvent qu'il le souhaite, toutes les heures ou toutes les deux heures si possible et au moins 8 à 12 fois par 24 heures.
- dormir avec le nourrisson de façon à pouvoir l'allaiter au sein pendant la nuit.
- laisser le nourrisson téter les deux seins, et aussi longtemps que possible à chaque tétée - au moins 10 à 15 minutes à chaque sein.
- proposer chaque sein plusieurs fois si le nourrisson souhaite continuer à téter.
- s'assurer que le nourrisson prend bien le sein.
- donner des quantités mesurées de suppléments nutritionnels au lait, et les donner à la tasse, six fois toutes les 24 heures pour commencer.
- toujours mettre le nourrisson au sein pour qu'il tète avant de lui donner des préparations à la tasse.

Un nourrisson de plus de 6 mois a aussi besoin d'aliments de complément, qui doivent être des aliments nutritifs et non des boissons liquides (annexe 1).

Proposer le sein au nourrisson dès qu'il montre l'intention de téter, quoi qu'il souhaite téter.

Si le nourrisson refuse ou ne peut pas téter

Il se peut que les nourrissons qui n'ont jamais été allaités au sein ou ceux qui ont pris l'habitude d'être nourris au biberon ne veuillent pas téter le sein.

- Ils ont besoin d'être davantage aidés à prendre le sein et à bien téter.
- Vérifier que le nourrisson n'est pas malade et lui faire suivre un traitement si nécessaire. Il pourra commencer à téter dès que son état de santé se sera suffisamment amélioré.
- Suggérer les contacts peau à peau ou la méthode kangourou (voir partie 5.2 et IFE 2/29), et proposer le sein dès que le nourrisson semble le vouloir.
- Encourager la mère à entamer le processus de relactation par une stimulation des seins en exprimant son lait manuellement pendant 20 à 30 minutes 8 à 12 fois par jour.

La femme et le nourrisson auront probablement besoin d'aide à chaque tétée. Il sera peut-être plus pratique de les admettre dans un centre de santé pendant quelques jours, ou de les garder près de la clinique la plus grande partie de la journée. De cette façon, le personnel de santé pourra plus facilement les aider et les rassurer tétée après tétée, et il pourra s'assurer que la mère (ou une autre personne) ne nourrit pas le nourrisson au biberon, ne lui donne pas de tétine ou d'aliment artificiel superflu.

Lorsque la relactation est bien remise en route, la mère et l'enfant peuvent sortir. Ils doivent être suivis quotidiennement par des conseillers communautaires, et vus aussi souvent que possible par un agent de santé ou un travailleur de la nutrition.

Donner à l'enfant des suppléments nutritionnels

La technique de l'écoulement de lait

Cette technique permet de donner des suppléments nutritionnels au lait pendant la relactation. Elle stimule l'intérêt du nourrisson pour le sein et l'encourage à commencer à téter.

Faire couler du lait (maternel exprimé ou artificiel) d'un compte-gouttes ou d'un récipient directement sur le sein pendant que la mère prend le nourrisson au sein.

Mais une fois que le nourrisson a bien pris le sein et qu'il tète, le lait qui coule de cette façon ne va pas forcément si facilement dans sa bouche.

IFE 2/35

La technique de l'écoulement de lait

IFE 2/35

**La technique de la sonde d'allaitement**

Cette méthode permet de donner des suppléments nutritionnels au lait à un nourrisson qui ne veut pas téter un sein qui ne produit pas encore de lait.

Une sonde d'allaitement se compose d'un tube qui relie une tasse contenant un supplément nutritionnel au sein. Le tube suit le sein et va dans la bouche du nourrisson.

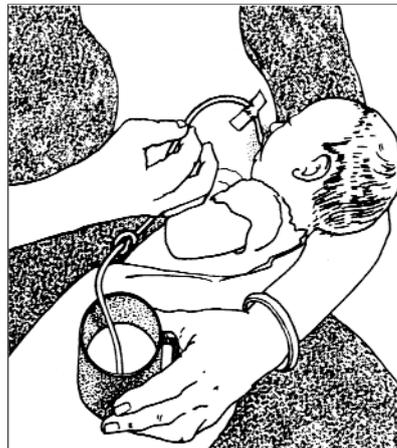
Le nourrisson tète et stimule le sein, et simultanément il aspire le supplément nutritionnel à travers le tube, il est donc nourri et satisfait.

Cette méthode d'alimentation est en général mise en œuvre sous supervision dans un centre de santé.

IFE 2/36

Utilisation d'une sonde d'allaitement

IFE 2/36



Utiliser une sonde naso-gastrique fine ou un autre tube en plastique fin. Un tube de 8 fait l'affaire. Faute de tube fin, utiliser ce qui s'en approche le plus.

Percer un petit trou sur le côté du tube, vers l'extrémité qui va aller dans la bouche du nourrisson (en plus du trou à l'extrémité du tube). Il facilitera l'écoulement du lait.

Il est difficile de bien nettoyer les tubes en plastique fins. Il faut donc :

- tout de suite après l'avoir utilisé, bien rincer le tube à l'eau chaude et au savon. Pour bien le nettoyer complètement, faire passer l'eau dans le tube avec une seringue ou en aspirant l'eau du tube, comme avec une paille.
- stériliser le tube en y faisant passer du stérilisant à usage domestique ou en le plongeant dans de l'eau bouillante.

- juste avant d'utiliser de nouveau le tube, le passer sous l'eau claire.
- remplacer le tube après quelques jours d'utilisation.

Montrer à la mère comment :

- préparer une tasse de lait (son lait qu'elle aura exprimé ou du lait artificiel) contenant la quantité dont son nourrisson a besoin à chaque tétée.
- placer le tube le long de son mamelon pour que le nourrisson tète en même temps le sein et le tube. Fixer le tube sur le sein avec un adhésif.
- placer l'autre extrémité du tube dans la tasse qui contient du lait.
- si le tube est large, il faut le nouer ou mettre un trombone ou le pincer pour contrôler le flux pour que le nourrisson n'absorbe pas le lait trop rapidement.
- contrôler le flux de lait pour que le nourrisson mette environ 30 minutes à finir chaque tétée. En surélevant la tasse, on accélère le flux, en la plaçant plus bas, on ralentit le flux. Quand le nourrisson prend des forces, la femme peut ralentir le flux de la sonde pour que le nourrisson tète le sein plus longtemps.

Nettoyer et stériliser la tasse et le tube de la sonde à chaque utilisation, ou montrer à la mère comment le faire.

Encourager la femme à laisser le nourrisson téter chaque fois qu'il le souhaite - et pas seulement lorsqu'elle le nourrit avec la sonde.

Lorsque le nourrisson veut téter le sein sans la sonde, la mère peut abandonner la sonde et donner le lait à la tasse.

Les lactogogues

Certains médicaments appelés lactogogues font augmenter les niveaux de prolactine et peuvent donc stimuler la production de lait si elle est peu abondante.

On n'a pas de certitude quant à leur efficacité lorsque l'allaitement au sein est complètement arrêté.

Ces médicaments sont rarement nécessaires pour la relactation car la stimulation complète des seins est en général suffisante.

En général, la stimulation complète des seins suffit à mettre en route la relactation.

On doit considérer l'utilisation d'un médicament comme stimulus supplémentaire seulement si les méthodes qui viennent d'être décrites ont été mises en œuvre pendant 2 semaines et que la production de lait n'a pas repris.

En effet :

- En utilisant les lactogogues, on risque d'inciter les mères et le personnel de santé et les travailleurs de la nutrition à trop s'en remettre à ces médicaments.
- Avec l'utilisation des lactogogues dans les premières étapes du processus de relactation, on risque de négliger le soutien de base et le soutien renforcé.
- Il est peu probable que les lactogogues aient un effet s'ils sont utilisés comme « raccourci » pour mettre en route la relactation.
- Les lactogogues risquent d'avoir certains effets secondaires pour la mère et son nourrisson.

Lactogogues¹

On utilise parfois les médicaments suivants :

Domperidone, 10 à 20 mg, 3 à 4 fois par jour
Metoclopramide, 10 mg, 3 fois par jour

Pour interrompre ces deux traitements :

Réduire le dosage de 10 mg par jour et faire un suivi de la quantité de lait produite par la mère.

Ces traitements ne sont efficaces que si la mère reçoit une aide adaptée et si ses seins sont bien stimulés.

¹ Recommandations de dosage par communication personnelle, Professeur Thomas Hale. Voir également Medications and Mothers' Milk, édition de 2004, Pharmasoft (ISBN 0-9636219-8-X), pp. 259, 548 ; auteur Thomas W. Hale (Professeur de pédiatrie, Texas Tech University School of Medicine) et sur le site de l'OMS : http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/BF_Maternal_Medication.pdf

Avertissement

La domperidone est l'option la plus sûre pour la mère et pour son nourrisson. Elle entraîne peu d'effets secondaires et les niveaux détectables dans le lait maternel sont minimales.

La metoclopramide a un certain nombre d'effets secondaires importants, et elle peut notamment causer une dépression chez les mères. On doit donc décider de son utilisation en évaluant les risques pour la mère et le nourrisson, en particulier compte tenu des stress vécus dans un contexte d'urgence.

Après l'arrêt du traitement, une bonne organisation de l'allaitement maternel garantira que la production de lait maternel se poursuit.

Certaines femmes ou leurs familles pensent qu'une boisson ou un aliment traditionnels précis stimule la production de lait ; la prise de cette boisson ou de cet aliment aidera peut-être la femme psychologiquement. La plupart des « remèdes » traditionnels sont sans danger. Ce sont en général des aliments hautement nutritifs comme des bouillies d'avoine ou de millet, ou des infusions à base d'épices comme le fenugrec, l'anis ou le fenouil. Il est important de ne pas aller contre la confiance de la femme en ces boissons ou ces aliments, même si vous-même ne croyez pas à leur efficacité. Vous pouvez proposer des infusions chaudes, des bouillies ou d'autres aliments que les femmes allaitantes pensent efficaces dans l'abri mère-enfant. Cela peut faire partie du soutien à la relactation.

6.4 L'alimentation du nourrisson pendant la relactation**Ce qu'il faut lui donner**

Pendant que la mère commence à produire du lait, elle doit donner à son nourrisson le meilleur lait possible. Cela peut être du lait qu'elle aura exprimé ou du lait artificiel (voir partie 9.4).

Le lait de supplément doit être donné à la tasse (voir annexe 2) ou par sonde d'allaitement afin que le nourrisson ait besoin de téter souvent et qu'ainsi il stimule les seins.

Si le lait de supplément est donné à la tasse, le nourrisson doit d'abord téter le sein, et ensuite recevoir le lait de supplément à la tasse.

La quantité totale de lait dont un nourrisson a besoin est de:

150 ml par kg de poids corporel et par jour

Au début de la relactation, donner cette quantité quotidienne en lait de supplément.

En fonction de l'âge et de l'état de santé du nourrisson, diviser cette quantité totale en 6 à 12 tétées par jour.

Les nourrissons jeunes, faibles ou malades ont besoin de téter plus souvent, et prennent moins de lait à chaque tétée.

A mesure que la quantité de lait maternel augmente, le nourrisson a besoin de moins de lait de supplément et on peut en diminuer la quantité (voir ci-dessous).

Les nourrissons de plus de 6 mois ont aussi besoin d'aliments de complément nutritifs (voir annexe 11).

Suivi du poids

L'agent de santé ou le travailleur de la nutrition doit :

Peser le nourrisson une fois par semaine si possible. Les nourrissons ayant un faible poids de naissance, les nourrissons malades ou malnutris doivent être pesés plus souvent.

Un nourrisson de moins de 6 mois doit prendre au moins

125 grammes par semaine ou 500 grammes par mois.

Fréquence des urines

Une miction fréquente (le nourrisson de moins de 6 mois mouille sa couche au moins 6 fois par jour) avec des urines pâles et diluées est un signe utile au quotidien pour s'assurer que le nourrisson nourri exclusivement au lait reçoit assez de liquide.

Demander quel est le niveau de vitalité du nourrisson

Le nourrisson qui peut faire les choses suivantes est probablement assez nourri :

- il se réveille spontanément toutes les 2 à 3 heures et demande à manger
- il mange bien
- il est actif et a des interactions sociales adaptées à son âge.

Un enfant qui ne mange pas assez sera probablement très calme et ne demandera rien parce qu'il n'a pas assez d'énergie pour demander à manger.

La production de lait maternel a-t-elle commencé ?

La production de lait maternel peut commencer au bout de quelques jours ou de quelques semaines et elle est difficile à prévoir.

Certaines femmes produisent leur pleine quantité de lait au bout de quelques jours seulement, notamment si leur nourrisson prenait encore le sein de temps en temps au moment où la relactation a été mise en route.

Mais si le nourrisson avait complètement arrêté de prendre le sein, il faudra peut-être quelques semaines, voire plus, pour que le lait arrive en grandes quantités.

Si la mère n'a jamais allaité son nourrisson au sein, il se peut qu'elle ne produise jamais assez de lait pour permettre de mettre en place un allaitement maternel exclusif.

Mais il vaut mieux allaiter un peu au sein plutôt que pas du tout, à moins que la mère ne se sache séropositive au VIH. Dans ce cas, on doit éviter de donner au nourrisson une alimentation mixte.

Encourager la mère à donner à son nourrisson autant de son lait que possible avec, en appoint, des laits adaptés.

Tous les laits maternels sont nutritifs et apportent des facteurs de protection que les aliments artificiels n'apportent pas.

Pour un enfant, mieux vaut recevoir un peu de lait maternel d'une femme qui reprend l'allaitement maternel (à moins qu'elle ne se sache séropositive) qu'être alimenté seulement avec des substituts du lait maternel.

Un nourrisson de plus de 6 mois a besoin de lait maternel et d'aliments de complément. Une femme qui a repris l'allaitement maternel peut allaiter au sein pendant deux ans et plus, comme toutes les autres femmes.

Toutes les femmes doivent être encouragées à la patience, elles doivent savoir que leur lait peut « venir » vite, mais qu'il se peut aussi qu'il mette un peu plus de temps à venir.

Signes de production de lait maternel

Changement des seins :

- Les seins sont plus pleins ou plus fermes, ou montrent des écoulements de lait, ou on peut en tirer du lait.

Le nourrisson consomme moins de supplément nutritionnel :

- Le nourrisson (qui commence chaque repas par le sein) prend moins de supplément nutritionnel tout en continuant à prendre du poids. On ne peut pas se fier à cette tendance sur une brève période car la quantité de lait absorbée varie d'un jour à l'autre. Sur une période plus longue, on doit voir une tendance nette.

Le nourrisson ne prend pas le deuxième sein :

- C'est peut-être le signe qu'il faut diminuer la quantité de lait de supplément proposée au nourrisson afin qu'il veuille de nouveau téter les deux seins à chaque tétée.

Changement des selles :

- Les selles du nourrisson deviennent plus molles, elles ressemblent davantage à celle d'un nourrisson allaité au sein.

Quelle est la quantité de lait maternel produite ?

On peut trouver la quantité de lait maternel produite par une femme en soustrayant la quantité de lait de supplément prise par un nourrisson de la quantité totale de lait dont il a besoin. Pour faire ce calcul :

1. Faire une estimation des besoins totaux du nourrisson en fonction de son poids (150 ml/kg/jour).
2. Demander à la mère de commencer par allaiter au sein et ensuite proposer au nourrisson le lait de supplément.
3. Soustraire la quantité totale de lait de supplément prise par le nourrisson de ses besoins totaux.

La différence est approximativement la quantité de lait maternel que la mère produit. Le calcul se fait sur l'hypothèse que le nourrisson prend du poids, ce qui montre qu'il prend tout le lait dont il a besoin pour grandir.

Exemple

Un nourrisson de 6 kg a besoin de..... environ 900 ml de lait par jour
Si le nourrisson prend..... 450 ml de lait de supplément par jour
alors la mère ou la nourrice produit..... environ 450 ml de lait maternel par jour.

Comment diminuer les quantités de lait de supplément

Commencer à réduire les quantités de lait de supplément quand des signes montrent que la femme produit du lait et que le nourrisson prend du poids.

**Réduire les quantités de lait de supplément suffisamment pour encourager le nourrisson à prendre des tétées plus longues et plus fréquentes.
Ne pas les réduire trop afin d'éviter que le nourrisson ait trop faim ou soit trop inactif pour bien s'alimenter.**

La mère ou la nourrice peut :

- réduire de 50 ml la quantité totale de lait de supplément donnée en 24 heures
- continuer pendant quelques jours à donner cette moindre quantité.

La mère peut par exemple décider de donner du lait de supplément moins souvent : seulement 3 ou 4 fois par jour, ou seulement 1 ou 2 fois à la fin de la journée.

Elle peut réduire plusieurs prises de lait de supplément de 10 à 15 ml chacune, ou réduire deux prises de 25 ml chacune.

Elle doit continuer à allaiter au sein sans donner de lait de supplément aussi souvent que le nourrisson le souhaite.

Si le nourrisson :

- **montre par ses urines et sa vitalité** qu'il prend assez de lait
 - **a pris 125 g ou plus au bout d'une semaine,**
- la femme peut de nouveau réduire de 50 ml la quantité de lait de supplément qu'elle donne au nourrisson.

Répéter ce processus régulièrement à quelques jours d'intervalle, tant que la prise de poids, la quantité d'urine et la vitalité du nourrisson restent bonnes.

On peut réduire la quantité de lait de supplément plus rapidement si le nourrisson ne boit pas tout le lait de supplément qui lui est proposé et prend du poids (voir l'étude de cas ci-dessous).

Dans certains cas, la relactation demande plus de temps, notamment si la nourrice a arrêté d'allaiter au sein depuis des années. Ne pas réduire la quantité de lait de supplément si le nourrisson :

- montre des signes de faim et n'est pas satisfait après des tétées au sein plus fréquentes ou plus longues.
- n'a pas pris de poids au bout d'une semaine.
Continuer alors à donner la même quantité pendant encore une semaine.

Si le nourrisson manifeste toujours sa faim bien qu'il soit allaité au sein sans restriction, ou s'il n'a toujours pas pris de poids au bout d'une autre semaine, augmenter la quantité de lait de supplément jusqu'à la dose qui lui était donnée avant la diminution.

Étude de cas : changement dans l'équilibre entre suppléments nutritionnels et lait maternel

Un nourrisson du nom de Roberto arrive dans un camp à l'âge de 3 mois, et pèse 5 kg. Lors de l'évaluation complète, sa mère, Maria, dit qu'elle a « perdu son lait » et qu'elle a arrêté de l'allaiter au sein le mois dernier, mais qu'elle aimerait recommencer l'allaitement maternel.

La première semaine

On donne 750 ml de supplément nutritionnel à la mère de Roberto. Elle le donne à la tasse à Roberto après l'avoir encouragé à téter son sein, et elle l'encourage aussi à téter très fréquemment à d'autres occasions. Elle le garde avec elle en contact peau à peau.

À la fin de la première semaine, Roberto pèse 5,2 kg, un gain de 200 g. Il ne prend pas tout le lait qui est dans la tasse ; les deux derniers jours, il est resté au total environ 50 ml de lait chaque jour.

La mère a aussi remarqué que quelques gouttes de lait sont sorties de ses seins lorsqu'elle a essayé d'exprimer son lait manuellement.

1. Roberto a-t-il pris assez de poids pendant la première semaine ?
2. Quelle quantité de lait, approximativement, la mère de Roberto produit-elle à la fin de la première semaine ?

La deuxième semaine

L'agent de santé félicite la mère de Roberto d'avoir remis en route sa production de lait. Elle observe également une tétée au sein et elle constate que Roberto tète bien. Elle explique que désormais ils vont pouvoir progresser plus vite.

Ils vont essayer de réduire de 50 ml par jour la quantité de supplément nutritionnel. Dans les jours qui suivent, Roberto reçoit donc 700, 650, 600, 550, 500 puis 450 ml de supplément nutritionnel.

L'agent de santé revoit alors Roberto et sa mère.

La mère dit que Roberto tète maintenant plus longtemps et plus souvent, tout en continuant à prendre du lait de supplément à la tasse.

Elle peut aussi l'entendre déglutir pendant certaines tétées au sein.

À la fin de la deuxième semaine, Roberto pèse 5,35 kg, un gain de 150 g.

3. Roberto a-t-il pris assez de poids pendant la deuxième semaine ?
4. Doit-on continuer à diminuer, augmenter ou maintenir à 450 ml la quantité de supplément nutritionnel ?
5. De quel autre type d'aide la mère risque-t-elle d'avoir besoin à la fin de la deuxième semaine ?

Réponses possibles :

1. Oui, sa prise de poids est très bonne.
2. Probablement environ 50 ml par jour.
3. Oui, il a encore pris plus de 125 g en une semaine.
4. On peut continuer à réduire la quantité de lait de supplément si on continue de faire un suivi régulier du poids du nourrisson.
5. La mère a besoin d'être félicitée d'avoir réussi à produire davantage de lait. Elle doit savoir que la prise de poids de Roberto est bonne. Il se peut qu'elle ait besoin d'entendre qu'elle fait de très bons progrès vers un rétablissement de l'allaitement maternel exclusif. Comme toujours, elle a besoin d'être écoutée. A-t-elle des doutes ou des satisfactions à exprimer ? Elle va peut-être vouloir décider de réduire le nombre de fois par jour où elle donne du lait de supplément à la tasse.

7 Santé des seins et situations particulières

7.1 Niveau d'aide nécessaire

Au cours de l'évaluation complète (voir partie 3.3), vous aurez peut-être constaté qu'une mère a des problèmes avec un de ses seins ou avec les deux. Par exemple :

- un problème lié à la taille des seins, à leur forme, à des mamelons plats ou invaginés
- des mamelons très gros, une douleur dans les mamelons (parfois persistante), ou une douleur et un gonflement des seins.

Les tableaux de la partie 4 sur les degrés de soutien indiquent que ces mères doivent être transférées pour recevoir un soutien renforcé. Certaines vont avoir besoin de soins médicaux, et d'autres des interventions que nous décrivons plus loin. Si personne n'est disponible pour apporter un soutien renforcé à l'allaitement maternel, donnez le soutien de base car il permet de résoudre bien des problèmes.

Pour aider une mère qui rencontre ce type de problème, il est important de:

- l'écouter et en apprendre plus sur ses soucis et ce qu'elle ressent
- lui parler et lui expliquer de quoi elle souffre et ce qu'il est possible de faire pour l'aider
- la rassurer en lui disant qu'elle va guérir et qu'elle peut poursuivre l'allaitement maternel.

Noter que beaucoup de ces problèmes peuvent être évités en suivant les principes proposés par l'Initiative hôpitaux amis des bébés (voir partie 2.2) qui permettent de faire téter le nourrisson au sein très rapidement après l'accouchement et apportent une aide pour les premières tétées au sein. Le soutien de base dès qu'une mère a des difficultés permet souvent d'éviter que ces difficultés s'aggravent et de prévenir l'apparition d'autres problèmes.

7.2 Seins pleins et taille des seins

Souvent, dans les contextes d'urgence, les femmes s'inquiètent parce qu'elles ont l'impression que leurs seins ne se remplissent pas et ne sont pas fermes. Les seins peuvent devenir plus petits en cas de perte de poids car ils ont perdu une partie de la graisse qui leur donne leur taille normale. Mais les alvéoles continuent à fabriquer du lait tant que le nourrisson tète bien.

Les seins sont très différents par leur taille et leur forme, mais cela n'a aucun effet sur la production de lait. Tous les types de seins peuvent fabriquer du lait, qu'ils soient hauts et ronds ou allongés et tombants, gros et gras ou petits et plats.

- Si la mère n'exprime pas d'inquiétude, ne faire aucune remarque sur la plénitude et la taille de ses seins.
- Si la mère exprime une inquiétude sur le fait que ses seins ne sont pas pleins, lui expliquer (avec douceur et sans faire de critique) que la plénitude et la taille des seins sont dues essentiellement à la graisse. Rassurer la mère en lui disant qu'elle produira un lait parfait tant que son nourrisson tètera.
- Féliciter la mère d'allaiter au sein et lui dire que son lait répond parfaitement aux besoins de son nourrisson.

7.3 Les problèmes de mamelons

Les femmes (et les agents de santé) sont souvent préoccupées par la forme des mamelons. Ils peuvent parfois croire que si un nourrisson peine à bien prendre le sein c'est parce que le mamelon est plat ou invaginé (tourné vers l'intérieur). Mais les difficultés sont presque toujours dues à une mauvaise technique d'allaitement.

Il est important de bien retenir que lorsqu'un nourrisson tète, le mamelon et les tissus situés sous l'aréole s'étirent de façon à former une longue tétine dans la bouche du nourrisson (voir IFE 2/2). Le mamelon ne représente qu'une petite partie de cette tétine, et sa taille n'a pas d'importance tant que les tissus mammaires peuvent s'étirer.

Dans la plupart des cas, les mamelons deviennent plus mous et plus faciles à étirer au moment de l'accouchement.

Mamelons plats

Souvent les mamelons sont très courts ou plats, mais tant qu'ils peuvent être allongés, ils ne devraient pas créer de problème.

Pour empêcher les problèmes :

- Donner au nourrisson la possibilité de téter tout de suite après sa naissance (voir partie 2.2).
- Aider la mère à organiser les premières tétées.
- Rassurer la mère en lui disant que le nourrisson tète le sein et non le mamelon et que la forme du mamelon n'a pas d'importance tant que le nourrisson prend bien le sein.
- Faire bien attention à la technique de positionnement du nourrisson et de prise du sein par celui-ci (voir parties 1.1 et 4.2).

Il n'est pas nécessaire de faire une préparation des mamelons pendant la grossesse ; ce genre de préparation est même sans effet.

On conseille en outre de :

- renforcer l'aide pour une bonne prise du sein par le nourrisson. S'assurer, lorsque la mère met le nourrisson au sein, qu'elle :
 - dirige le menton du nourrisson sous son mamelon de façon à ce que la langue arrive juste en dessous de l'aréole
 - touche doucement la bouche du nourrisson pour l'encourager à bien ouvrir la bouche et pour qu'il prenne bien le sein en bouche (mais qu'elle ne le force pas à ouvrir la bouche)
- évite d'utiliser des protège-mamelons (des tétines artificielles qui recouvrent le mamelon de la mère) qui réduisent la quantité de lait pris et ne servent en général à rien.

Mamelons invaginés et gros

Dans quelques cas seulement, les mamelons sont vraiment invaginés. Ils sont ombiliqués (retournés vers l'intérieur) et ne s'allongent pas facilement.

Certains mamelons sont très gros ou très larges ou longs. Il est alors difficile pour le nourrisson de prendre assez de tissu mammaire dans la bouche pour bien téter, en particulier pendant ses premières semaines.

Si une femme a des mamelons invaginés ou gros, larges ou longs :

- s'assurer qu'elle comprend quelle est la bonne prise du sein et qu'elle sait ce qu'elle doit attendre de son nourrisson (voir les conseils ci-dessus).
- encourager la mère à prendre souvent son nourrisson en contact peau à peau, et à lui donner souvent la possibilité d'essayer de prendre le sein dans la bouche. Mais bien lui dire de ne pas forcer le nourrisson et de ne pas l'obliger à ouvrir la bouche.
- montrer à la mère différentes positions possibles pour l'allaitement maternel, par exemple la position allongée, ou avec le nourrisson sous le bras, ou en s'allongeant ou en se penchant vers le nourrisson de façon à ce que le sein tombe vers sa bouche (voir partie 1.1).
- si on peut se procurer une seringue de 20 ml en plastique, il est possible de l'utiliser pour faire sortir un mamelon invaginé de la façon suivante : couper le bout de la seringue qui porte l'adaptateur, mettre le piston du côté coupé et placer le côté non coupé (qui ne risque pas de blesser) sur le mamelon, et retirer le piston. Cette méthode fait ressortir le mamelon. Il faut l'utiliser pendant 30 secondes pour que le mamelon soit ressorti juste avant la tétée au sein.
- apprendre à la mère à exprimer son lait (voir annexe 3) au moins 8 fois par jour et à donner le lait exprimé au nourrisson à la tasse. Éviter les biberons et les tétines qui stimulent une succion avec une bouche plus fermée et avec les lèvres tournées vers l'intérieur.
- ne pas se décourager. La plupart des nourrissons veulent téter et ils finiront par trouver comment ouvrir la bouche assez grand pour prendre le mamelon. Cela prendra peut-être une semaine ou deux.

Douleur du mamelon

Il se peut que la mère se plaigne d'une douleur du mamelon ou qu'elle semble ressentir une douleur ou un inconfort lorsqu'elle allaite au sein. C'est fréquent pendant les jours qui suivent l'accouchement, mais cela peut aussi se produire à d'autres moments.

La cause la plus courante des douleurs ou gênes au niveau du mamelon est une mauvaise prise du sein par le nourrisson.

On évite souvent le problème en aidant les mères lorsqu'elles donnent leurs premières tétées au sein. Lorsque vous observez une tétée au sein, notez bien l'apparence du mamelon au moment où le nourrisson lâche le sein.

Même si la mère se plaint de douleurs, il se peut qu'il n'y ait aucun signe visible car, dans un premier temps, la peau du mamelon n'est pas blessée.

Mais si le nourrisson continue à téter avec une mauvaise prise du sein, il endommage la peau du mamelon. Vous remarquerez alors peut-être une ride au bout du mamelon, comme un pli qui

disparaît rapidement après que le nourrisson a fini de téter. Ce pli montre que le mamelon est écrasé ou blessé par une mauvaise prise du sein. Une irritation ou une crevasse risque d'apparaître par la suite, elle risque de saigner et de s'infecter.

Parfois la mère n'exprime pas de gêne à la tétée jusqu'au moment où le nourrisson adopte une meilleure prise du sein et où elle sent la différence.

Pour aider les mères qui souffrent de douleurs des mamelons :

- S'assurer que le nourrisson prend bien le sein et qu'il tète bien (voir soutien de base, partie 4.2). Souvent, la douleur s'en trouve réduite immédiatement. Poursuivre l'allaitement au sein. S'il y avait une irritation, elle peut en général guérir et l'allaitement maternel devient indolore au bout d'un à trois jours.
- Suggérer à la mère d'exprimer un peu de son lait à la fin de chaque tétée et d'en frotter doucement la partie irritée. Le lait maternel facilite la cicatrisation.
- Si l'irritation s'infecte, donner à la mère un pansement de gaze et de vaseline (si vous en avez) pour recouvrir la partie irritée entre les tétées. Si l'irritation gagne une grande zone et s'infecte, prescrire un antibiotique systémique efficace contre les staphylocoques résistants.

Douleur persistante du mamelon

La douleur du mamelon persiste parfois même si le nourrisson prend mieux le sein.

Si la douleur est présente entre les tétées, ou si la peau du mamelon est très sèche et qu'elle démange, c'est peut-être le signe d'une candidose (infection à candida, parfois appelée muguet).

Pour aider une mère qui souffre d'une douleur persistante du mamelon :

- examiner la bouche du nourrisson pour voir si elle comporte des taches blanches, et examiner les fesses du nourrisson pour voir s'il a des taches rouges. Ces signes tendraient à montrer que le nourrisson a une candidose qui touche aussi les mamelons de sa mère.
- traiter avec du violet de gentiane une fois par jour : solution à 0,25% pour la bouche et les fesses du nourrisson, et solution à 0,50% pour les mamelons de la mère, pendant 5 jours. Si on peut s'en procurer, on peut aussi utiliser de la nystatine en crème pour les mamelons et des gouttes par voie orale pour le nourrisson.
- la mère peut continuer à allaiter au sein pendant le traitement ; le traitement appliqué sur ses seins sera sans danger pour le nourrisson (qui de toute façon prend le même traitement par la bouche).
- conseiller à la mère de ne pas utiliser les tétines ni les biberons.
- encourager la mère à ne pas utiliser de savon spécial et à ne pas appliquer de crème sur ses mamelons. Il faut juste qu'elle lave cette partie comme le reste du corps.

7.4 Douleur et gonflement des seins

Il se peut que la mère se plaigne de douleur et/ou de gonflement de l'un de ses seins ou des deux seins. Vous remarquerez peut-être un gonflement ou une rougeur des seins (chez les femmes à peau claire) lorsque vous observez une tétée au sein.

Pour identifier les causes du problème :

Demander à la mère : « Avez-vous de la fièvre ou vous sentez-vous malade ? »

Observer chacun des seins pour voir s'ils ont l'air enflés, si la peau est brillante et œdémateuse et/ou s'il y a des zones rouges (chez les femmes à peau claire).

Palper les deux seins pour tester :

- la dureté et la souplesse générale
- si certaines zones sont plus dures que d'autres, plus souples, enflées ou si vous sentez des grosseurs.

Essayer de distinguer :

- si le sein est normalement plein
- s'il est engorgé
- si un canal lactifère est bloqué
- si la femme a une mastite
- si la femme a un abcès.

Plénitude normale

Quelques jours après la naissance du nourrisson, le lait « arrive » et le sein se remplit de lait. Le sein peut devenir très plein et causer un certain inconfort, et il se peut qu'il contienne des nodules.

Mais la mère se sent toujours bien et n'a pas de fièvre.

La peau du sein et du mamelon reste saine.

Le lait continue à couler, il se peut même qu'il s'écoule un peu entre les tétées.

Les nodules diminuent de taille après une tétée.

Pour aider une femme dont les seins sont très pleins et qui présente les signes qui viennent d'être évoqués :

- La rassurer en lui disant que ce gonflement est normal et qu'il se stabilisera dans les prochains jours.
- L'encourager à laisser le nourrisson téter aussi souvent qu'il le souhaite.
- Lui montrer comment elle peut tirer son lait quelquefois pour que ses seins ne soient pas trop gonflés.

Les seins pleins sont moins gênants si le nourrisson commence à téter rapidement après l'accouchement, s'il prend bien le sein et s'il tète bien.

Engorgement

Parfois le sein se remplit trop de lait et de fluides et le lait n'arrive pas à bien s'écouler.

Les seins sont douloureux et la femme a de la fièvre depuis 24 heures.

Tout le sein a l'air enflé, œdémateux et brillant, et il est peut-être un peu rouge (chez les femmes à peau claire).

Les seins sont durs et sensibles.

Le mamelon est parfois si tendu que le nourrisson a du mal à le prendre dans sa bouche et à bien téter.

On peut en général prévenir les engorgements si le nourrisson commence à téter rapidement après l'accouchement et continue ensuite à téter au sein dès qu'il le souhaite, sans aucune restriction.

Pour aider une mère qui a un engorgement du sein :

- Lui donner le soutien de base à l'allaitement maternel (voir partie 4.2) pour s'assurer que le nourrisson prend bien le sein et pour encourager la mère à l'allaiter au sein fréquemment.
- Si le nourrisson peine à bien prendre le sein, aider la mère à exprimer son lait (voir annexe 3) pour détendre le sein jusqu'à ce que le nourrisson puisse plus facilement le prendre bien en bouche.
- Pendant que la mère exprime son lait, ou pendant que le nourrisson tète son sein, lui faire un massage doux du dos pour aider le lait à couler.
- Avant la tétée, utiliser une compresse chaude, ou donner un bain tiède aux seins pour faciliter l'écoulement du lait.
- Utiliser une compresse froide après la tétée pour aider à réduire le gonflement.

Obstruction d'un canal

Il arrive que tout le lait ne soit pas sorti d'une partie du sein ; il se rassemble et forme un petit nodule dur au toucher.

Le nodule est souple et la peau peut être légèrement rouge.

Le nodule est à un endroit précis (localisé) et le reste du sein est normal.

La femme se sent bien et n'a pas de fièvre.

Pour aider une mère qui souffre d'une obstruction d'un canal lactifère :

- s'assurer que le nourrisson prend bien le sein et encourager la mère à allaiter au sein souvent, notamment avec le sein touché.
- montrer à la mère comment faire un massage doux sur le nodule et en allant vers le mamelon pendant que le nourrisson tète. Cette technique doit permettre au lait de couler hors du nodule, et donc de faire disparaître le nodule. Il arrive qu'un bouchon de lait sorte du mamelon (le nourrisson peut l'avaler sans danger).
- éviter les massages énergiques qui risquent de tuméfier le sein.
- suggérer à la mère d'essayer d'allaiter son nourrisson dans différentes positions, par exemple en le prenant sous le bras (voir partie 4.2).
- conseiller à la mère de ne pas porter de vêtements trop ajustés sur les seins.

Mastite

Il arrive qu'une partie du sein devienne chaude, dure et très douloureuse. Chez les femmes à peau claire, la zone peut alors être très rouge.

La femme se sent malade et elle a de la fièvre. Elle a une mastite.

La mastite se produit en général lorsque le sein n'est pas complètement vidé de son lait et que du lait reste dans le sein.

Par exemple, une mastite risque de se déclarer si le nourrisson ne prend pas bien le sein, si le temps entre les tétées a été trop long, ou si les tétées ont été trop courtes ou trop précipitées.

Mais souvent les causes ne sont pas très claires.

Souvent il n'y a pas d'infection. Si le lait reste longtemps dans le sein, il peut causer une inflammation du sein, et la femme a de la fièvre et une douleur.

Mais l'infection risque surtout de se déclarer si une irritation du sein s'infecte.

Si elle n'est pas bien traitée, l'infection risque d'évoluer en abcès.

Pour traiter la mastite:

- Expliquer à la mère que la partie la plus importante du traitement est de faire sortir le lait de la zone touchée, soit en allaitant son nourrisson, soit en exprimant son lait.
- Expliquer à la mère que le nourrisson doit continuer à être nourri au sein. Il n'est pas nécessaire d'interrompre l'allaitement maternel à moins qu'il ne soit insupportable pour elle. Même si le sein est infecté, le lait ne peut pas rendre le nourrisson malade. Cette règle connaît une seule exception : si on sait que la mère est séropositive au VIH (voir le paragraphe ci-dessous).
- S'assurer que le nourrisson prend bien le sein et qu'il tète bien. Encourager alors la mère à allaiter au sein aussi souvent et aussi longtemps que son nourrisson le souhaite.
- Expliquer à la mère que si le nourrisson n'est pas nourri au sein, ou s'il ne prend pas assez de lait, le sein doit être vidé en exprimant le lait (voir annexe 3). Lui apprendre à exprimer son lait.
- Encourager la mère à se reposer et demander à d'autres personnes de faire son travail. Elle pourra alors s'allonger avec son nourrisson et l'allaiter au sein aussi souvent que possible.
- Rassurer la mère en lui disant que, si le nourrisson tète souvent et bien, elle verra une amélioration dans les 24 heures.
- Lui donner des analgésiques anti-inflammatoires (par exemple de l'ibuprofène) pour réduire les symptômes.
- Lui donner un antibiotique efficace contre les staphylocoques résistants si :
 - la zone enflammée est étendue et la mère très malade à la première consultation
 - le mamelon a une blessure purulente, infectée, ou si on ne constate pas d'amélioration dans les 24 heures bien que le sein ait été vidé.
- Continuer à encourager l'allaitement maternel et maintenir tous les soins listés précédemment pendant toute la durée du traitement aux antibiotiques. Le traitement aux antibiotiques ne suffit pas pour traiter une mastite. Les antibiotiques donnés à la mère sont sans danger pour le nourrisson.

Mastite en cas de VIH

La mastite peut augmenter le risque de transmission du VIH par le lait maternel. Dans cette situation, la mère doit nourrir son bébé avec le sein qui n'est pas infecté et continuer à exprimer régulièrement le lait du sein infecté - ce lait doit ensuite être jeté - jusqu'à ce que le problème soit résolu. Si le lait produit par le sein non infecté ne suffit pas pour répondre aux besoins du nourrisson, le lait du sein infecté doit être décontaminé par chauffage avant d'être donné au nourrisson. Une fois le sein guéri, l'allaitement maternel peut reprendre normalement.

En cas de crevasse et de saignement des mamelons, l'approche est la même que pour la mastite, c'est-à-dire que la mère ne doit nourrir son bébé qu'avec le sein non malade, et qu'elle doit exprimer et jeter le lait de l'autre sein. Si le lait produit par le sein non infecté ne suffit pas pour répondre aux besoins du nourrisson, le lait du sein infecté doit être décontaminé par chauffage avant d'être donné au nourrisson. Pour traiter les crevasses, la mère doit passer un peu de son lait sur son mamelon, le laisser sécher à l'air libre et répéter cette opération à chaque fois qu'elle exprime le lait de son sein.

Adapté de : *HIV and Infant Feeding Counselling Tools* : reference guide, OMS, 2005

Abcès du sein

Un abcès risque de se déclarer si une mastite ou l'obstruction d'un canal lactifère n'ont pas été bien traitées.

L'abcès se produit si le sein affecté n'a pas été vidé de son lait, et ce même si des antibiotiques ont été prescrits.

Le sein devient enflé et très douloureux, et la femme est malade avec de la fièvre.

Il se peut que la peau sur la zone enflée soit décolorée.

Il est parfois possible de sentir que la zone enflée contient du fluide.

Pour traiter un abcès du sein :

- Transférer la femme pour traitement médical car :
 - l'abcès devra peut-être être incisé ou drainé, ou on devra peut-être aspirer le pus
 - et la femme a besoin d'antibiotiques.
- Encourager la mère à poursuivre l'allaitement au sein. Il n'est pas nécessaire d'arrêter, à moins que ce ne soit trop douloureux (par exemple s'il y a une blessure près du mamelon). Le lait et les médicaments ne risquent pas de rendre le nourrisson malade ; la guérison n'en sera pas retardée. Pour les mères séropositives au VIH qui souffrent d'un abcès au sein, les conseils sont les mêmes que pour le traitement de la mastite. Le nourrisson doit téter le sein non infecté et le lait du sein infecté doit être exprimé jusqu'à ce que le sein soit guéri.
- Si nécessaire, aider la mère à exprimer son lait pour temporairement nourrir le nourrisson à la tasse et pour rétablir l'allaitement maternel exclusif dès que possible.

8 Le jeune nourrisson souffrant de malnutrition sévère

Le groupe de travail interagences a constaté que la prise en charge nutritionnelle des nourrissons de moins de six mois souffrant de malnutrition sévère était une question clé qui devait être incluse dans le module 2². On disposait de peu de données susceptibles de guider le développement d'un matériel de formation. Aussi la partie 8 a-t-elle été revue par des universitaires, des pédiatres, des nutritionnistes et des équipes de terrain expérimentés³. Les principes développés ici reflètent le consensus qui a été atteint au terme de cette consultation, et ils s'inspirent des données existantes et de l'expérience du terrain.

Il est urgent que davantage de recherches soient développées dans des domaines tels que l'utilisation des sondes d'allaitement pour l'administration des laits de supplément dans les situations d'urgence, ou le choix du lait de supplément. Nous vous invitons à nous faire part de vos expériences dans la prise en charge des nourrissons malnutris de moins de six mois. La partie 8 sera mise à jour à mesure que de nouvelles données seront rendues publiques.

8.1 La malnutrition chez les nourrissons de moins de 6 mois

Dans les contextes d'urgence, on dit que les nourrissons souffrent de malnutrition sévère s'ils répondent aux critères suivants :

- **Un rapport poids/taille de moins de 70% de la médiane** (valeurs de référence de NCHS/OMS)
- **Un œdème** (œdème bilatéral prenant le godet au moins aux pieds).

Les nourrissons de moins de 6 mois risquent d'être malnutris si :

- ils n'ont jamais été allaités au sein
- ils ont reçu un allaitement au sein partiel combiné avec des laits artificiels inadaptés, peu sûrs et/ou avec des aliments de complément inadaptés (par exemple des aliments à base d'eau introduits trop tôt)
- leur mère est absente ou morte
- leur mère est malnutrie, traumatisée, malade ou ne peut pas répondre normalement aux besoins de son nourrisson
- ils ont une forme de handicap qui limite leur capacité à téter ou déglutir, et/ou ont un problème de développement qui affecte leur capacité à s'alimenter.

Les nourrissons peuvent aussi être classés comme malnutris si :

- ils étaient des nourrissons ayant un faible poids de naissance pour cause de malnutrition prénatale ou de naissance prématurée et n'ont pas réussi à « rattraper leur retard de croissance ».

Il est difficile de faire la distinction entre ces nourrissons et ceux qui sont devenus malnutris après leur naissance.

La prise en charge des nourrissons souffrant de malnutrition sévère

Les nourrissons souffrant de malnutrition sévère ont besoin d'une prise en charge particulière. Ils doivent en général être admis dans un hôpital ou dans un centre nutritionnel thérapeutique pour des soins médico-nutritionnels immédiats, puis être suivis en consultations externes ou dans le cadre de soins communautaires.

La prise en charge nutritionnelle de ces nourrissons implique à la fois de :

- améliorer ou remettre en route l'allaitement maternel (à moins que le nourrisson ne doive être alimenté artificiellement)
- apporter une alimentation thérapeutique adaptée, soit temporairement, soit à plus long terme
- apporter aux mères des soins nutritionnels, psychologiques et médicaux.

² Voir le rapport ENN/GIFA sur www.ennonline.net; Field Exchange, n°21, SCN Update on IFE 2004.

³ Des versions antérieures de ce chapitre ont été soumises à un groupe pluridisciplinaire d'experts et de praticiens externes, avec des termes de référence consistant à évaluer la pertinence, la sécurité et la possibilité de mise en œuvre. La liste des correcteurs et les termes de référence peuvent être obtenus auprès de ENN, e-mail: marie@ennonline.net

Pour nourrir des nourrissons souffrant de malnutrition sévère, il faut beaucoup de travail et des compétences différentes de celles qui sont nécessaires pour traiter des nourrissons plus âgés ou des enfants. La pierre angulaire de la prise en charge et de la survie des jeunes nourrissons à long terme est le soutien et, si nécessaire, le rétablissement ou la mise en route de l'allaitement maternel exclusif, qui demandent beaucoup de temps et d'expertise. La formation est essentielle pour permettre au personnel de comprendre les besoins particuliers des nourrissons de moins de 6 mois qui souffrent de malnutrition sévère.

Le rôle de l'allaitement maternel pour les nourrissons malnutris

La survie future des nourrissons de moins de 6 mois qui souffrent de malnutrition sévère dépend largement de l'établissement ou du rétablissement de l'allaitement maternel exclusif. Pour atteindre cet objectif, l'allaitement au sein ou le lait maternel doivent faire partie de la prise en charge alimentaire dès le début si la mère est disponible ou si l'on peut trouver une nourrice⁴.

La technique d'administration du lait thérapeutique par la sonde d'allaitement peut être utilisée pour rétablir ou pour commencer l'allaitement maternel chez les enfants malnutris.

La prise de lait thérapeutique par la sonde d'allaitement consiste à faire téter le nourrisson au sein et en même temps à lui faire prendre du lait thérapeutique dans une tasse au moyen d'un tube fin qui arrive au niveau du mamelon. Le nourrisson est nourri avec le lait thérapeutique et en même temps le fait que le nourrisson tête stimule le sein qui va produire du lait (voir parties 6.3 et IFE 2/36, p. 68).

Les nourrissons qui ne sont pas allaités au sein

Dans certaines situations, le nourrisson n'est pas allaité au sein et il ne pourra pas l'être, par exemple si la mère n'a jamais allaité au sein ou si elle ne souhaite pas le faire, ou encore si la mère est morte et qu'on n'a pas trouvé de nourrice.

La prise en charge nutritionnelle des nourrissons qui ne sont pas allaités au sein obéit aux mêmes principes que celle des nourrissons qui sont allaités au sein.

La planification et la préparation de la sortie sont alors particulièrement importantes puisque la sécurité nutritionnelle future du nourrisson est plus incertaine et parce que le jeune nourrisson est particulièrement vulnérable, notamment dans les contextes d'urgence (voir partie 9 sur l'alimentation artificielle, section B).

Les nourrissons qui ne montrent pas de signe de malnutrition sévère

Ces nourrissons peuvent être aidés normalement dans un coin allaitement maternel. Ce sont :

- les nourrissons dont les mères disent ne pas avoir assez de lait
- les nourrissons dont le suivi montre une prise de poids inférieure à la normale
- les nourrissons ayant un faible poids de naissance, s'ils s'alimentent bien et ne montrent pas de signe de maladie et prennent du poids (voir partie 5.2)
- les nourrissons de moins de 6 mois légèrement ou modérément malnutris.

Les nourrissons légèrement et modérément malnutris (voir parties 4.1 et 5.3) n'ont pas besoin d'être admis dans un centre nutritionnel thérapeutique. En évitant de les admettre dans un centre potentiellement très fréquenté et où le nourrisson risquerait de côtoyer d'autres enfants malades, on réduit le risque d'infections croisées entre de jeunes nourrissons particulièrement vulnérables. Au lieu d'être admis dans un centre, ils peuvent, tout comme les autres nourrissons mentionnés précédemment, être suivis et pris en charge dans un coin allaitement (voir annexe 14). Il se peut que les seuls soins nécessaires consistent à améliorer l'allaitement maternel, qui peut sauver la vie de ces nourrissons. Souvent, ces nourrissons prennent du poids lorsqu'on aide leur mère à mieux allaiter au sein.

Si la prise en charge au coin allaitement maternel n'est pas efficace et si le suivi montre que le nourrisson ne prend pas de poids, les nourrissons doivent être admis et pris en charge du point de vue nutritionnel comme s'ils étaient sévèrement malnutris. Mais ces nourrissons n'ont pas besoin du traitement médical systématique dont ont besoin les nourrissons souffrant de malnutrition sévère. On doit leur faire une évaluation médicale individuelle pour rechercher des signes de maladie. S'ils sont malades, et que par exemple ils ont une infection, il se peut qu'un traitement soit nécessaire. Les nourrissons malnutris de plus de 6 mois mais qui mesurent moins de 65 cm ou pèsent moins de 4 kg peuvent être pris en charge de la même façon que les nourrissons de moins de 6 mois. Ces nourrissons ont peut-être été des nourrissons de faible poids de naissance et/ou ils ont peut-être mal grandi après leur naissance.

8.2 Vision générale de la prise en charge

Le traitement médical des jeunes nourrissons n'est pas décrit dans ce module, mais on en trouvera certains détails dans les documents de référence indiqués dans la partie 8.11. Ces documents doivent être accessibles à tout le personnel de santé et aux travailleurs de la

⁴ Dans les zones à forte prévalence du VIH, il se peut que la mise en nourrice ne soit pas possible, à moins de pouvoir s'assurer que les nourrices potentielles sont séronégatives au VIH et peuvent garantir qu'elles vont le rester – voir VIH et conseil en alimentation infantile: formation, OMS/ONUSIDA/UNICEF (OMS/FCH/CAH/00.4).

nutrition. Les documents de référence ne traitent pas spécifiquement des besoins nutritionnels particuliers des nourrissons de moins de 6 mois ou de l'organisation efficace de l'allaitement maternel. C'est pour cette raison que cette section traite essentiellement de ces questions.

Les jeunes nourrissons souffrant de malnutrition sévère ont besoin de la prise en charge suivante :

1. un diagnostic et un traitement des éventuelles complications médicales
2. de la chaleur pour traiter et prévenir l'hypothermie
3. une réalimentation initiale (pour une stabilisation métabolique) qui pourra éventuellement demander des prises de lait en plus de l'allaitement maternel ou en remplacement du lait maternel si le nourrisson n'est pas allaité au sein
4. une alimentation qui permette de rattraper le retard de croissance (récupération nutritionnelle)
5. un suivi continu du poids et des quantités d'aliments prises
6. un suivi pour limiter le risque d'être à nouveau malnutri.

Le tableau ci-dessous résume les éléments de la prise en charge des jeunes nourrissons souffrant de malnutrition sévère au cours des différentes phases de leur prise en charge, de leur admission à leur guérison et à leur sortie. Le soutien à la mère fait partie intégrante de cette prise en charge.

Évaluation initiale et traitement	Peser et mesurer le nourrisson et faire un examen médical pour diagnostiquer et éventuellement traiter des complications telles que l'hypothermie, l'hypoglycémie, la déshydratation, les infections et un choc septique.
Donner une réalimentation initiale au nourrisson	Nourrir le nourrisson avec le lait thérapeutique adapté pour un rétablissement et une stabilisation métabolique.
Nourrir et s'occuper de la mère	Si la mère est disponible, la nourrir et la prendre en charge physiquement et psychologiquement pour l'aider à recouvrer une bonne santé, une capacité à produire du lait et sa capacité à réagir aux sollicitations de son nourrisson.
Ne pas séparer la mère et le nourrisson	Ne pas séparer la mère et le nourrisson pour permettre à la mère de s'occuper de son nourrisson et de répondre à ses sollicitations, et multiplier les contacts peau à peau (méthode kangourou) pour réchauffer le nourrisson. Pour cela, des lits ou des matelas sont plus adaptés que des lits pour bébés.
Poursuivre et améliorer ou rétablir l'allaitement maternel	L'allaitement maternel fait pleinement partie de la prise en charge. Poursuivre et améliorer ou commencer à rétablir l'allaitement maternel dès que possible et dès le début du traitement, si nécessaire en utilisant la sonde d'allaitement pour sonner du lait de supplément. Il se peut que la mère doive exprimer son lait si le nourrisson est trop faible pour téter. Lui montrer comment faire.
Nourrir le nourrisson pour permettre un rattrapage de croissance	Lorsque le nourrisson commence à se rétablir, le nourrir de façon à lui permettre de rapidement rattraper le retard de croissance (récupération nutritionnelle). Lui donner du lait thérapeutique si nécessaire avec une sonde d'allaitement, aussi longtemps que nécessaire et jusqu'à ce que l'allaitement maternel exclusif soit rétabli.
Donner une alimentation artificielle adaptée si l'allaitement maternel est impossible	Si l'allaitement maternel est impossible, donner du lait thérapeutique jusqu'à ce que le nourrisson se rétablisse, puis passer à une alimentation artificielle adaptée conformément aux directives locales.
Laisser sortir le nourrisson lorsqu'il prend du poids en étant allaité seulement au sein ou quand une autre solution sûre a été trouvée.	Laisser sortir le nourrisson du centre nutritionnel thérapeutique lorsqu'il a pris du poids pendant 5 jours en n'étant allaité qu'au sein (quel que soit son poids corporel de départ) ou lorsqu'il est totalement passé à une alimentation artificielle adaptée à base de préparation pour nourrissons ; et a depuis 3 jours un rapport poids/taille de 80 à 85% de la médiane de référence NCHS/OMS.

8.3 Évaluation et admission

- Peser le nourrisson, le mesurer si possible, et faire un examen pour rechercher les signes de maladie.
- Si le nourrisson semble souffrir d'une complication, commencer à le traiter. Les complications usuelles sont l'hypothermie, l'hypoglycémie, la déshydratation, l'infection, le choc septique ou les problèmes congénitaux. Bien vérifier que le diagnostic est juste et pas trop alarmiste, notamment en cas de déshydratation car la surcharge en fluides est dangereuse. Pour plus de détails, voir les documents de référence 4-4 de la partie 8.11.

- Garder le nourrisson au chaud, pratiquer la méthode kangourou (voir partie 5.2). En donnant une boisson chaude à l'adulte, on peut l'aider à produire davantage de chaleur pour réchauffer son nourrisson si elle le porte en kangourou.
- Faire une évaluation complète de l'alimentation (voir partie 3.3) pour voir si le nourrisson reçoit un allaitement au sein efficace et si on lui a donné d'autres types d'alimentation.

Critères d'admission pour les nourrissons de moins de 6 mois

Au moins l'un des critères suivants doit être rempli pour qu'un nourrisson de moins de 6 mois soit admis dans un centre nutritionnel thérapeutique :

- Malnutrition aigue sévère ? forte émaciation (<70% de la médiane du rapport poids/taille) pour les nourrissons de plus de 49 cm
- signes de grande maigreur pour les nourrissons de moins de 49 cm
- œdème bilatéral (tel que défini précédemment)
- absence de prise de poids au domicile ou sous la prise en charge d'un coin allaitement maternel (voir annexe 14)

L'évaluation pose quelques difficultés dans ce groupe d'âge :

- En l'état actuel des recherches, on peut calculer le rapport poids/taille uniquement pour les nourrissons de plus de 49 cm car on ne dispose pas de référence pour les nourrissons de moins de 49 cm s'ils pèsent moins de 2,1 kg.
- On peut utiliser les signes de maigreur sévère pour identifier une forte émaciation si on ne peut pas mesurer le nourrisson. Il est plus difficile de mesurer précisément les très petits nourrissons que les nourrissons plus grands, notamment avec le matériel disponible en général dans les situations d'urgence.

8.4 Choix de la bonne alimentation

Tous les nourrissons de moins de 6 mois ont des besoins nutritionnels particuliers car :

- ils ont métaboliquement plus vulnérables
- ils ont besoin de plus d'eau que les nourrissons plus âgés, parce que :
 - les petits nourrissons ont un ratio surface de peau/poids plus élevé et perdent ainsi davantage d'eau par la peau. La perte d'eau par la peau (pertes par évaporation) augmente lorsqu'il fait chaud, et
 - les petits nourrissons n'ont pas la même capacité à concentrer les fluides dans les reins, notamment s'ils sont malnutris.

Les laits répertoriés ci-dessous et décrits dans l'annexe 13 ont été utilisés avec succès dans différentes circonstances. Les principes suivants devraient vous aider à choisir celui que vous allez utiliser. Le choix du lait va aussi dépendre des disponibilités et du contexte de la situation d'urgence.

Lait maternel/Allaitement maternel

- convient à une réalimentation initiale mais il se peut qu'il ne soit disponible qu'en quantité limitée si l'allaitement maternel a été interrompu et si le nourrisson ne tète pas. Dans un premier temps, on peut combiner le lait maternel exprimé et un lait thérapeutique adapté.
- convient pour le rattrapage de croissance chez les nourrissons de moins de 6 mois si on a pu rétablir une production de lait adéquate et si le nourrisson s'alimente assez souvent nuit et jour.

F75 commercial

- sans risque pour la réalimentation initiale des nourrissons de moins de 6 mois (et de tous âges) souffrant de malnutrition sévère pendant la phase de stabilisation. Il est essentiel d'utiliser du F75 préparé commercialement. Le F75 de fabrication domestique a une plus forte osmolarité.
- nécessaire si le nourrisson souffre d'œdème
- ne convient pas pour le rattrapage de croissance quel que soit l'âge.

F100-D (F100 + un tiers d'eau en plus)

- sans risque pour la réalimentation initiale des nourrissons de moins de 6 mois qui ont un appétit raisonnable, en particulier si le nourrisson est allaité au sein.
- convient pour le rattrapage de croissance des nourrissons de moins de 6 mois.

Préparation pour nourrissons (tel que mentionné dans le Codex Alimentarius)

- sans risque pour la réalimentation initiale des nourrissons de moins de 6 mois s'il est reconstitué conformément au mode d'emploi et dans les bonnes conditions d'hygiène, et si la mère ou la personne qui s'occupe du nourrisson a bien été conseillée sur la relactation et sur ce qu'elle doit donner au nourrisson et sait comment le lui donner.
- convient au rattrapage de croissance des nourrissons de moins de 6 mois.

Le lait maternel est le meilleur des laits pour les nourrissons de moins de 6 mois souffrant de malnutrition, et il faut activement soutenir l'allaitement maternel dès le début du traitement. La supériorité du lait maternel doit toujours être soulignée. Si le nourrisson peut accéder à des quantités suffisantes de lait maternel, on peut donner la préférence à ce lait dans toutes les phases du traitement.

Si le nourrisson est trop faible pour pouvoir bien téter, on peut lui donner à la tasse du lait de sa mère, qui aura été exprimé (voir partie 5.4) ou le lui donner dans une tétée de lait de supplément (voir partie 6.3 et IFE 2/37, p. 90).

On n'utilise pas en général de préparation pour nourrissons car il est normalement plus facile d'utiliser la même préparation (F75 ou F100) que pour les enfants plus âgés. C'est aussi parce qu'on risque ainsi de diffuser un message d'éducation sanitaire négatif si les mères considèrent son utilisation comme un prestige.

Dans les rares occasions où la préparation pour nourrissons est nécessaire, elle doit être achetée par les voies normales et ne doit pas être reçue en don (voir module 1, partie 3.1).

Les autres types de lait, répertoriés dans l'annexe 13, peuvent être donnés aux nourrissons malnutris de moins de 6 mois :

- temporairement, en appoint du lait maternel - lorsqu'il est possible de rétablir l'allaitement maternel exclusif et que l'on ne peut pas avoir de lait maternel exprimé
- lorsque l'on peut avoir du lait maternel exprimé, mais en quantité insuffisante
- comme seule nourriture quand on ne peut pas disposer de lait maternel.

On peut organiser un repas test pour évaluer la façon dont le nourrisson se nourrit. On observe le nourrisson en train de téter au sein (voir partie 3.3) et/ou en train de prendre par la bouche la ration qui a été prescrite, pour voir comment se passent les repas.

Les aliments qui ne doivent pas être utilisés pour des nourrissons de moins de 6 mois:

- **les aliments lactés de fabrication domestique**
 - les aliments de fabrication domestique à base de lait/les recettes à base de lait animal modifié ne conviennent pas pour un nourrisson de moins de 6 mois malnutri parce qu'ils ont une trop forte osmolarité et parce qu'ils ne contiennent pas, souvent, les bonnes quantités de micronutriments. Si on ne peut pas se procurer de lait maternel, de préparation pour nourrissons, de F100 dilué ou de F75, on peut les utiliser en dernier recours, mais aussi peu longtemps que possible.
- **F100 complète**
 - La préparation F100 complète ne doit pas être utilisée pour les nourrissons de moins de 6 mois. Sa charge osmotique rénale est trop forte et son contenu en eau trop bas pour les nourrissons, même pendant la phase de rattrapage de croissance.
- **Céréales et autres aliments**
 - Certains programmes d'alimentation utilisent des aliments thérapeutiques fabriqués à base de céréales, ou des aliments thérapeutiques prêts à l'emploi (comme Plumpy'Nut ou des versions fabriquées localement). Mais ces aliments ne doivent pas être donnés à des nourrissons de moins de 6 mois qui les digèrent difficilement.

De la même façon, ne pas donner de bouillie ou d'autres aliments de complément. Les bouillies risquent de ralentir le rétablissement car elles remplacent le lait. Mieux vaut donner davantage de lait maternel et du lait de supplément de façon adaptée.

Micronutriments et électrolytes

Tous les enfants de moins de 6 mois doivent recevoir :

- une forte dose de vitamine A (50 000 UI oralement) dès leur admission (voir document de référence 2, p. 95 dans la partie 8.11).
- 5 mg d'acide folique le premier jour, et, si on utilise la préparation F75 ou la F100-D non commerciales, 1 mg d'acide folique par jour à partir du 2^e jour.

On doit ajouter aux rations des électrolytes/sels minéraux et des vitamines si on ne peut pas se procurer de F75 et de F100-D commerciales et si on n'a pas utilisé de F75 de fabrication domestique et/ou de préparation pour nourrissons.

Ne pas donner de fer pendant la phase de stabilisation, mais donner oralement 3 mg de fer par kg et par jour en deux doses pendant la phase de récupération (voir document de référence 2, p. 95 dans la partie 8.11).

8.5 Les phases du traitement

On peut distinguer quatre phases de traitement dans la prise en charge des nourrissons de moins de 6 mois souffrant de malnutrition sévère.

La stabilisation

La première phase est appelée stabilisation (ou traitement initial). Le but de cette phase est d'arriver à une stabilisation métabolique du nourrisson tout en aidant, quand c'est possible, les mères à allaiter au sein. Les moyens sont donc une alimentation très étudiée, une prise en charge médicale et du lait thérapeutique donné par sonde d'allaitement.

En fonction des circonstances, les aliments appropriés au cours de cette phase seront le lait maternel et/ou la F75, la F100 diluée (F100-D) ou une préparation pour nourrissons (voir annexe 13). On n'attend pas de prise de poids au cours de cette phase, et le nourrisson risque même de perdre du poids du fait de la disparition de l'œdème.

La transition

Une fois stabilisé, le nourrisson entre dans la phase de transition. Les rations de lait thérapeutique vont alors être modifiées en volume et en nature pour préparer la récupération. Pour les nourrissons allaités au sein, les mères reçoivent toujours un soutien, et l'administration de suppléments nutritionnels se poursuit si elle a été entamée. La quantité de lait maternel doit commencer à augmenter pendant la phase de transition. Si on a utilisé de la F75 au cours de la phase de stabilisation, passer à la F100-D ou à la préparation pour nourrissons.

La récupération

La phase suivante est appelée phase de récupération (ou parfois de rétablissement ou de rattrapage de croissance). Le but de cette phase est d'apporter assez d'aliments pour soutenir un rapide rattrapage de croissance. Au cours de cette phase, l'administration de suppléments nutritionnels à la sonde d'allaitement, si elle a été utilisée, doit être peu à peu diminuée, et le nourrisson doit recommencer à recevoir un allaitement maternel exclusif. Les nourrissons qui ne sont pas allaités au sein doivent passer à un substitut du lait maternel adapté aux conditions de préparation à domicile.

La prise de poids doit être d'au moins 10g/kg/jour. Une prise de poids de moins de 5g/kg/jour indique que le nourrisson ne réagit pas au traitement.

La sortie et le suivi

La phase finale consiste à préparer la sortie de la mère/personne qui s'occupe du nourrisson et du nourrisson lui-même, et à les suivre lorsqu'ils sont rentrés chez eux.

Lorsque le nourrisson a complètement rattrapé son retard de croissance, il doit continuer à prendre du poids à la vitesse la plus basse attendue pour un nourrisson du même âge (5 à 10g/kg/jour) - comme on le voit dans les tableaux de suivi de croissance, par exemple.

Après la sortie, le poids et l'alimentation du nourrisson doivent faire l'objet d'un suivi au moins hebdomadaire pendant 3 mois, et la mère/personne qui s'occupe du nourrisson doit continuer à être soutenue si elle allaite au sein.

8.6 Suivi des progrès

On doit souligner combien il est important de faire un suivi étroit pendant chaque phase du traitement, et il se peut que le personnel ait besoin d'être formé pour comprendre cette priorité.

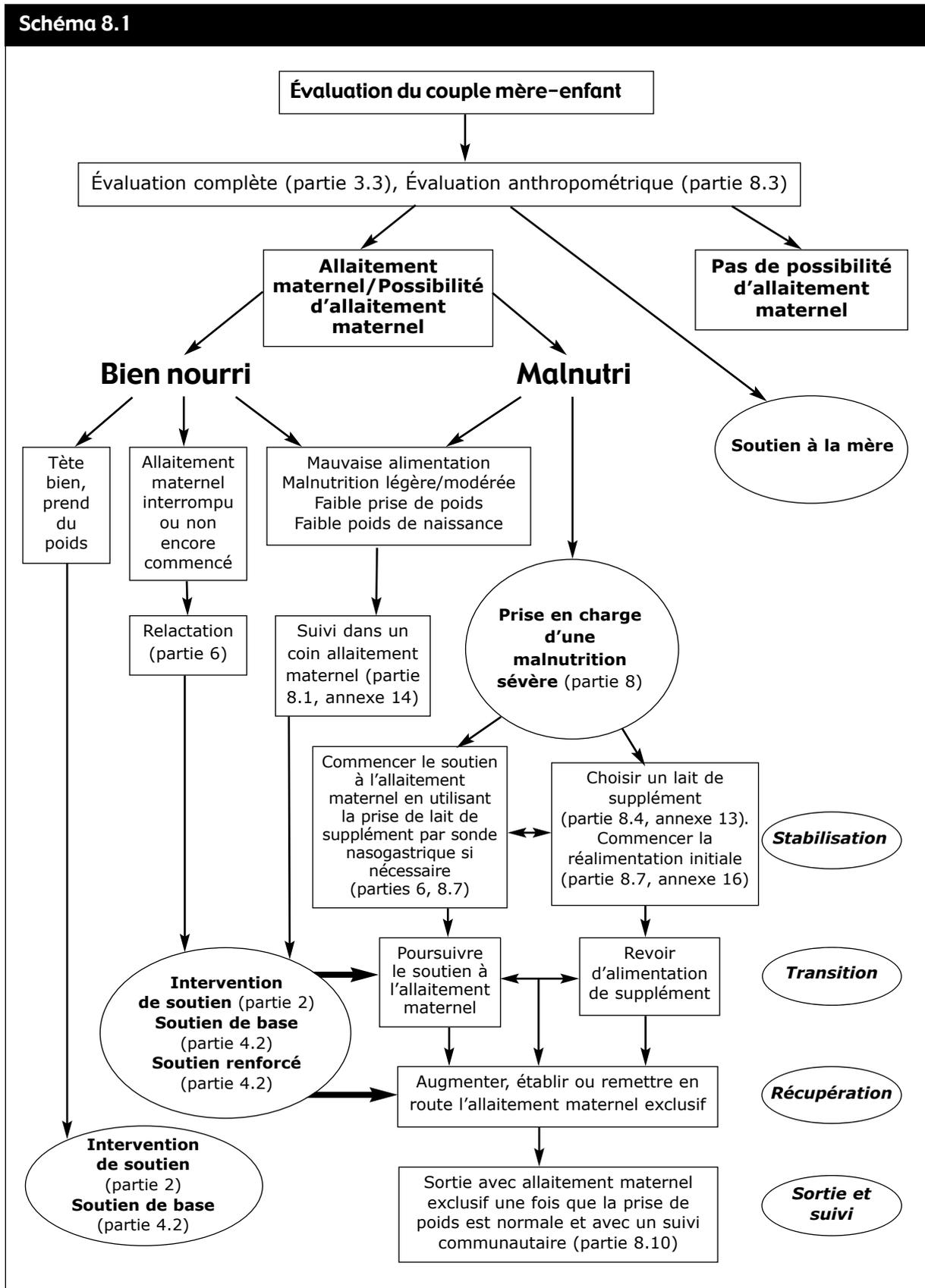
- Enregistrer et passer en revue la quantité totale de lait de supplément prise par le nourrisson et/ou le nombre de tétées au sein en 24 heures.
- Faire un suivi de la prise de poids, de la production d'urine, du niveau de vitalité et d'autres signes montrant que la mère produit du lait maternel (voir partie 6.4)

Conseils pour le suivi du poids :

- Les nourrissons doivent être pesés tous les jours sur des balances adaptées et ayant, idéalement, une précision à 20 g près.
- Il est important de vérifier que les balances sont utilisées de façon adéquate (par exemple qu'elles sont remises à zéro après chaque utilisation, si nécessaire)
- Les nourrissons doivent être pesés entièrement déshabillés – le poids des vêtements peut faire une grande différence lorsque l'on parle de changements de poids aussi faibles.
- Il est plus pratique d'utiliser une cuvette pour les nourrissons petits, malades, et une cuvette sera plus facile à nettoyer que la balance suspendue.
- On doit calculer la prise de poids en grammes par kilogrammes de poids corporel et par jour. Mais en règle générale, la prise de poids minimum acceptable pendant la phase de rattrapage de croissance chez les jeunes nourrissons (qui pesaient moins de 4 kg à leur admission) est de 20 g par jour.

8.7 Prise en charge lorsque l'allaitement maternel est possible

Schéma 8.1



Stabilisation

L'allaitement maternel fait partie intégrante de la prise en charge dès le début du traitement. Il faut poursuivre et améliorer l'allaitement maternel ou commencer à le remettre en route dès que possible ; si nécessaire, utiliser la technique de la sonde d'allaitement (voir parties 6.3 et IFE 2/36, p. 68).

Si le nourrisson est trop faible pour pouvoir téter, la mère doit exprimer son lait et le lui donner à la tasse ou par sonde.

Si, dans un premier temps, la mère a des difficultés pour exprimer le volume total dont le nourrisson a besoin, on peut utiliser une combinaison de lait maternel exprimé et de lait de supplément (par exemple F75 ou F100-D ou une préparation pour nourrissons). Si le nourrisson semble léthargique ou s'il ne veut vraiment pas téter le sein, ou s'il a un œdème, on doit commencer par lui donner la préparation F75.

1. Sélectionner le type de lait (voir partie 8.4 et annexe 13).
2. En utilisant le tableau de l'annexe 16, calculer la quantité nécessaire pour 24 heures en fonction du poids du nourrisson à son admission, puis la quantité nécessaire à chaque tétée. Donner la quantité complète de lait nécessaire en 24 heures, en n'autorisant aucune prise de lait maternel. Donner un repas juste après l'admission. Donner un repas toutes les 2 heures si le nourrisson est très malade ou un repas toutes les 3 heures si son état est satisfaisant. Continuer à donner un repas toutes les 3 heures (s'ils sont bien tolérés) ou un repas toutes les 2 heures (si le nourrisson est toujours malade), mais donner le même volume toutes les 24 heures.
3. Si le nourrisson arrive à téter, lui donner le lait de supplément par sonde d'allaitement pendant qu'il tète le sein. C'est la technique de la sonde d'allaitement qui est préférable aux autres méthodes d'alimentation d'un jeune nourrisson malnutri.
4. Si le nourrisson n'arrive pas à téter, le nourrir à la tasse, au compte-gouttes, à la seringue ou à la sonde naso-gastrique. A chaque repas, essayer la technique de la sonde d'allaitement avant de recourir aux autres méthodes, et n'utiliser ces méthodes que si le nourrisson ne prend pas de lait par la sonde d'allaitement.
Il est particulièrement important de surveiller la quantité totale de lait ingérée en 24 heures et le nombre de tétées au sein lorsque le lait de supplément est donné par sonde naso-gastrique, notamment chez les très petits nourrissons. Un nourrisson ne peut pas refuser l'alimentation par sonde naso-gastrique, et il est alors plus facile de le suralimenter qu'en le nourrissant oralement.
Dès que l'alimentation par voie orale a été mise en route, demander à la mère de proposer le sein au nourrisson pour voir s'il souhaite téter et s'il y arrive. Le sein doit être proposé 1/2 heure à 1 heure avant les prises d'alimentation thérapeutique, lorsqu'il est plus probable que le nourrisson ait faim, et donc qu'il tète.
5. Lorsque le nourrisson tète au sein, continuer à lui donner le même volume de lait de supplément par 24 heures. En tétant le sein, le nourrisson stimule une augmentation de la production de lait maternel, qui permet d'augmenter les quantités qu'il va ingérer et dont il a besoin pour se rétablir et commencer à prendre du poids.

Fréquence et nombre de repas

Si l'on donne un repas toutes les 2 heures, cela signifie que l'on donne 12 repas en 24 heures, dont certains la nuit. Cette fréquence peut être difficile à tenir, sauf peut-être pendant les 2 ou 3 premiers jours du traitement – mais c'est la meilleure façon, et la plus sûre, de nourrir le nourrisson pendant la phase de stabilisation.

Parfois, le personnel n'est pas disponible la nuit, et les mères sont très fatiguées si elles doivent constamment se réveiller pour nourrir leur nourrisson. En conséquence, on risque de sauter certains repas et le nourrisson risque de ne pas recevoir le volume total nécessaire à son rétablissement. Avec une fréquence d'un repas toutes les 3 heures (8 repas en 24 heures), on a une meilleure probabilité que le nourrisson reçoive bien les volumes dont il a besoin.

Parfois, en l'absence de personnel de nuit, les mères ne sont admises que pendant la journée et elles rentrent chez elles avec leur nourrisson la nuit. Dans ces situations, il faudra peut-être diviser la quantité totale ingérée en 24 heures en un plus petit nombre de repas (par exemple 6), et donner tous les repas pendant la journée.

Parfois aussi, notamment la nuit, le nourrisson doit rester avec sa mère et continuer à être allaité au sein si possible. La poursuite des tétées au sein la nuit est la clé pour réussir les soins de jour. Même si le nourrisson ne prend que de petites quantités de lait maternel, il stimule la production de lait, il prend un aliment qui a une valeur nutritionnelle et cela peut lui sauver la vie.

Le volume total de lait de supplément ingéré en 24 heures est la mesure la plus importante et elle doit être suivie de près.

6. Continuer autant que possible à donner la quantité totale de lait de supplément et de lait maternel jusqu'au moment où :
- tous les œdèmes ont disparu
 - l'appétit du nourrisson s'améliore
 - certains signes montrent que la mère produit du lait maternel (on peut exprimer du lait, les seins ont l'air plus pleins, voir partie 6.4)

Ces signes apparaissent en général 2 à 7 jours après le début de la réalimentation initiale.

7. À mesure que l'état de santé général du nourrisson s'améliore, il va commencer à montrer un intérêt pour le lait, par exemple en prenant le lait de supplément très rapidement par la sonde d'allaitement, et en finissant tous ses repas en tétant la seringue, en tétant le sein plus fort ou en lapant la tasse.

Le nourrisson entre lors dans la phase de transition.

Transition

- Observer les tétées au sein pour s'assurer que le nourrisson tète bien, et aussi souvent et aussi longtemps que possible. Une tétée au sein doit durer au moins 20 minutes et commencer 1/2 heure à 1 heure avant l'heure des prises de lait de supplément.
- Si la préparation F75 a été utilisée dans un premier temps comme lait de supplément, passer à la préparation F100-D ou à une préparation pour nourrissons. Continuer à proposer la même quantité totale de lait de supplément calculée en fonction du poids du nourrisson à son admission.

Phase de récupération

À mesure que la production de lait maternel augmente, le nourrisson prend du poids. En effet, il ingère la même quantité de lait de supplément, mais, puisqu'il prend du lait maternel, il ingère au total une plus grande quantité de lait.

Pour finir, la production de lait maternel augmentant, le nourrisson va probablement prendre moins de lait de supplément.

Lorsque le nourrisson prend essentiellement du lait maternel et prend du poids, on peut réduire le nombre de repas au lait de supplément, puis les arrêter tout en suivant la progression du nourrisson allaité seulement au lait maternel (voir plus loin).

Suivi de la progression

Peser le nourrisson tous les jours si possible, ou au moins tous les 2 jours.

- Si le nourrisson perd du poids pendant 3 jours, réévaluer à la fois l'alimentation de supplément et l'alimentation au sein (quantité, technique, fréquence et durée, aussi bien la nuit que le jour) et faire un examen médical du nourrisson, en recherchant notamment une infection.
Si c'est indiqué, donner un traitement médical et/ou corriger la technique d'allaitement maternel et l'alimentation thérapeutique tout en maintenant au même niveau le volume total d'aliments thérapeutiques en 24 heures.
- Si le nourrisson ne prend pas de poids mais va bien et s'alimente bien au sein, augmenter chaque repas de supplément de 5 ml par 24 heures et maintenir cette quantité de lait de supplément. Laisser également le nourrisson téter davantage : il stimulera ainsi l'augmentation de la production de lait maternel, qui peut demander 1 à 2 semaines.
- Si le nourrisson prend du poids bien qu'on n'ait pas augmenté le volume de lait de supplément, cela signifie que la quantité de lait maternel produite augmente.
- Si le nourrisson prend du poids mais ne termine pas le lait de supplément, il prend davantage de lait maternel et n'a pas besoin de manger plus.

Réduction de la quantité de lait de supplément

Commencer à réduire le volume de lait de supplément lorsque le nourrisson a pris du poids pendant 2 à 3 jours, à raison d'au moins 20 g par jour, lorsqu'il n'est pas malade (les nourrissons qui prennent autant de poids ne devraient pas être malades) et si certains signes montrent que la mère produit du lait.

- Réduire le volume de lait de supplément d'un tiers, et maintenir cette quantité pendant 2 à 3 jours.
- Si le nourrisson continue à prendre du poids de façon satisfaisante, réduire encore la quantité de lait de supplément, dans les mêmes proportions, jusqu'à n'en plus donner.
- Si la prise de poids n'est pas satisfaisante quand on réduit le volume de lait de supplément, augmenter le volume jusqu'au niveau précédent pendant 2 jours, et faire un nouvel essai.

Une fois que l'alimentation de supplément a été supprimée, garder le nourrisson au centre nutritionnel thérapeutique pendant 5 jours en ne le nourrissant que de lait maternel pour

vérifier qu'une prise de poids satisfaisante de 20 g par jour se poursuit.

Le lait maternel convient pour la poursuite et le succès de la phase de rattrapage de croissance, pourvu que le nourrisson en prenne assez. Sa prise de poids permet de vérifier qu'il prend assez de lait.

Continuer un suivi ambulatoire pour s'assurer que la progression satisfaisante se poursuit.

MÉTHODE ALTERNATIVE :

Certains travailleurs de terrain expérimentés (voir plus loin) recommandent une réduction plus rapide de la quantité de lait de supplément. Si vous avez l'expérience de la prise en charge de ces petits nourrissons, essayez cette méthode simplifiée. Une condition préalable indispensable est d'être capable de faire un suivi étroit de la progression, de manière à pouvoir réagir rapidement si le nourrisson ne prend pas de poids :

- Réduire l'alimentation thérapeutique de la moitié de son volume original lorsque le nourrisson a commencé à prendre du poids de façon satisfaisante.
- Si le nourrisson continue à prendre du poids de façon satisfaisante pendant 2 jours, arrêter le lait artificiel de supplément au jour 3.

Étude de cas : un passage rapide à l'allaitement maternel exclusif

Dans un Centre nutritionnel thérapeutique au Liberia en 1998, 16 nourrissons de moins de 6 mois avec un rapport poids/taille de moins de 70% de la référence ont été allaités au sein 8 fois en 24 heures. On leur a aussi proposé le sein une heure après les tétées en leur donnant la préparation F100-D* par sonde d'allaitement. Les nourrissons ont donc reçu 16 repas en 24 heures.

La tasse de la sonde d'allaitement était maintenue 20 à 30 cm en dessous du niveau de la bouche du nourrisson pour que celui-ci puisse contrôler le flux de lait.

Les nourrissons ont eu besoin de cette alimentation combinée pendant 13 jours en moyenne. La prise de poids moyenne des nourrissons au cours de la période d'alimentation avec lait de supplément était de 14,7 g/kg/jour.

Lorsque le rapport poids/taille des nourrissons a atteint 85% de la référence, on a réduit la quantité de lait de supplément de moitié pendant 1 jour, puis on a complètement arrêté d'en donner. En deux jours, la quantité de lait de supplément donnée aux nourrissons est passée de 560 ml à zéro.

Les nourrissons sont ensuite restés au centre avec leurs mères pendant au moins 4 jours où ils ont été nourris exclusivement au sein. Un personnel formé a observé les tétées au sein, a encouragé et aidé les mères et vérifié la position des nourrissons et leur prise du sein. Pendant les 4 jours, la prise de poids moyenne a été de 9,4 g/kg/jour avec un allaitement maternel exclusif, ce qui est normal et adapté pour la poursuite du rattrapage de croissance.

On a constaté que les autres mères qui avaient déjà utilisé cette technique étaient d'une grande aide et apportaient beaucoup d'encouragements aux mères nouvellement admises. Les mères avaient aussi besoin d'être régulièrement tenues au courant des progrès de leur nourrisson par le personnel de santé et les travailleurs de la nutrition. Elles avaient besoin d'être rassurées et de savoir que presque toutes les mères peuvent produire les bonnes quantités de lait, même si elles ont elles-mêmes un poids insuffisant.

* Chaque paquet de F100 était dilué dans 2,8 litres d'eau de façon à obtenir une préparation à 70kcal/100ml.

Résumé d'un rapport de Mary Corbett dans Field Exchange 9, mars 2000.

Comment faire augmenter ou rétablir l'allaitement maternel

Une mère risque de produire moins de lait si :

- le nourrisson ne tète pas assez fréquemment ou assez fort
- elle a été gravement malade ou gravement malnutrie
- elle ne peut pas répondre aux sollicitations de son nourrisson.

Pour produire plus de lait, une mère a besoin :

- de nourriture et de s'occuper d'elle-même
- que son nourrisson tète fréquemment et aussi longtemps que possible à chaque tétée (voir partie 6, Relactation)

Pour voir comment aider une mère à remettre en route la lactation et comment utiliser la technique de la sonde d'allaitement, voir la partie 6.3. Pour résumer :

En tétant, le nourrisson stimule le sein qui produit du lait et donc plus il tète, plus le sein risque de produire de lait. Les nourrissons tètent plus fort si on leur propose le sein avant une prise de lait de supplément. S'ils ne tètent qu'après une prise de lait de supplément, alors qu'ils n'ont pas faim, ils tètent moins et ne donnent pas au sein une stimulation suffisante pour lui permettre de produire plus de lait. On doit encourager des mises au sein fréquentes car la mise au sein occasionnelle est elle aussi moins efficace.

On peut recourir à la sonde d'allaitement pour donner du lait de supplément aux nourrissons malnutris et rétablir ou mettre en route l'allaitement maternel. Les mères ont besoin d'être fortement rassurées et qu'on leur dise que cette technique fonctionne et qu'elles vont produire assez de lait pour aider leur nourrisson à aller mieux.

Souvent il est utile de noter le nombre de tétées au sein le jour et la nuit. Tous les acteurs peuvent ainsi voir que l'allaitement maternel représente une partie importante du traitement. Si vous notez les quantités de lait de supplément données, notez aussi le nombre de tétées au sein, même si on ne peut pas mesurer les quantités ingérées avec exactitude.

Étude de cas : l'alimentation de supplément par sonde d'allaitement chez des nourrissons de moins de 6 mois malnutris au Burundi

Les nourrissons de moins de 6 mois sont admis au centre nutritionnel thérapeutique s'ils n'ont pas la force de téter ou si la quantité de lait produite par la mère a clairement diminué. On trouve souvent les deux critères conjointement car les mères rencontrent souvent des problèmes d'allaitement au sein dans les situations de crise, peut-être à cause des traumatismes psychologiques ou de l'angoisse intense et, aussi, à cause de la fatigue et du manque de nourriture en quantité et en qualité.

Pour permettre aux nourrissons de se rétablir, nous leur donnons du lait de supplément par la méthode de la sonde d'allaitement qui leur permet d'avoir la quantité de lait dont ils ont besoin et en même temps stimule la lactation. Les mères reçoivent aussi deux repas supplémentaires de bouillies et au moins 2 litres de fluides à boire par jour.

Au début, les mères trouvent ce protocole étrange, mais, avec l'éducation à la santé, elles l'acceptent. Le problème principal est que parfois elles « oublient » d'allaiter leur nourrisson au sein avant de leur donner le lait de supplément par sonde d'allaitement. Le personnel de santé doit donc être très attentif. Ces nourrissons ont besoin d'autant d'attention que les autres enfants du centre nutritionnel thérapeutique et, au cours de la planification, on prévoit autant de personnel pour s'occuper des nourrissons de moins de 6 mois que pour les nourrissons plus âgés. Ces activités du personnel doivent être protégées et maintenues, même si le nombre global d'admissions dans le centre nutritionnel thérapeutique augmente.

Les nourrissons de moins de 6 mois sont particulièrement vulnérables aux infections, et, pour leur protection, ils sont pris en charge dans une zone réservée.

Source : Florence Le Guelinel, ACF Burundi, 2003

Comment remettre en route l'allaitement maternel

Si le nourrisson n'est pas du tout allaité au sein, commencer la réalimentation initiale avec du lait (voir annexe 13) et demander à la mère de lui proposer son sein pour permettre de voir si le nourrisson tète.

Si le nourrisson arrive à téter :

- s'assurer qu'il prend bien le sein et qu'il arrive à téter efficacement
- encourager fortement la mère à allaiter au sein 1/2 heure à 1 heure avant l'alimentation de supplément car c'est à ce moment que le nourrisson aura le plus probablement faim et qu'il voudra téter. Il est judicieux de dire à la mère d'allaiter au sein à une heure fixe avant de donner le lait de supplément (une période d'une heure avant chaque prise de lait de supplément est facile à garder en mémoire). Cela permet de s'assurer que la mère n'oublie pas d'allaiter son nourrisson au sein.
- la mère doit essayer de garder son nourrisson au sein pendant au moins 20 minutes toutes les 3 heures, même plus longtemps si le nourrisson le souhaite. Expliquer la valeur très énergétique du lait de fin de tétée.
- encourager la mère à allaiter son nourrisson au sein à n'importe quel moment, dès qu'il le souhaite, entre les prises de lait de supplément.

- Noter les tétées au sein la nuit comme le jour, et si possible leur durée (de la même façon qu'on note les prises de lait de supplément). Continuer à donner le volume total de lait de supplément, comme l'indique l'annexe 16. Si possible, le donner par sonde d'allaitement (sinon, le donner à la tasse, au compte-gouttes, à la seringue ou à la sonde naso-gastrique). Maintenir le volume calculé en fonction du poids du nourrisson à son admission.

IFE 2/37

Une mère donne du lait de supplément à son nourrisson avec une sonde d'allaitement

IFE 2/37



Si le nourrisson n'arrive PAS à téter ou s'il tète faiblement :

Si la mère le souhaite, l'encourager à commencer à exprimer son lait (voir annexe 3).

- Lui montrer comment exprimer manuellement autant de lait qu'elle le peut au moins 8 à 12 fois par jour. Elle stimulera ainsi ses seins qui fabriqueront davantage de lait.
- Mesurer la quantité de lait exprimé et la donner au nourrisson par sonde naso-gastrique, à la seringue, au compte-gouttes ou à la tasse, de la même façon qu'on lui donne le lait de supplément. Donner le lait exprimé en plus de la quantité totale de lait de supplément.
- Aider la mère à prendre confiance en la félicitant de sa patience et de sa persévérance et pour la quantité de lait qu'elle a réussi à exprimer, quelle que soit cette quantité. Même une petite quantité de lait maternel est bonne pour l'enfant.
- Encourager la mère à proposer son sein à son nourrisson de temps en temps. Lui dire de laisser son nourrisson se nourrir au sein dès qu'il montre qu'il a envie de téter.
- Lorsque le nourrisson commence à téter, lui donner tout ou partie de la ration de lait de supplément par la technique de la sonde d'allaitement si possible.
- Si la mère ne veut pas exprimer son lait mais si son nourrisson est trop faible pour bien téter, utiliser la technique de la sonde d'allaitement en maintenant une tasse au niveau de la bouche du nourrisson. Le lait devrait couler lentement dans la bouche du nourrisson, même s'il ne tète que très faiblement. Baisser la tasse à mesure que le nourrisson prend des forces.

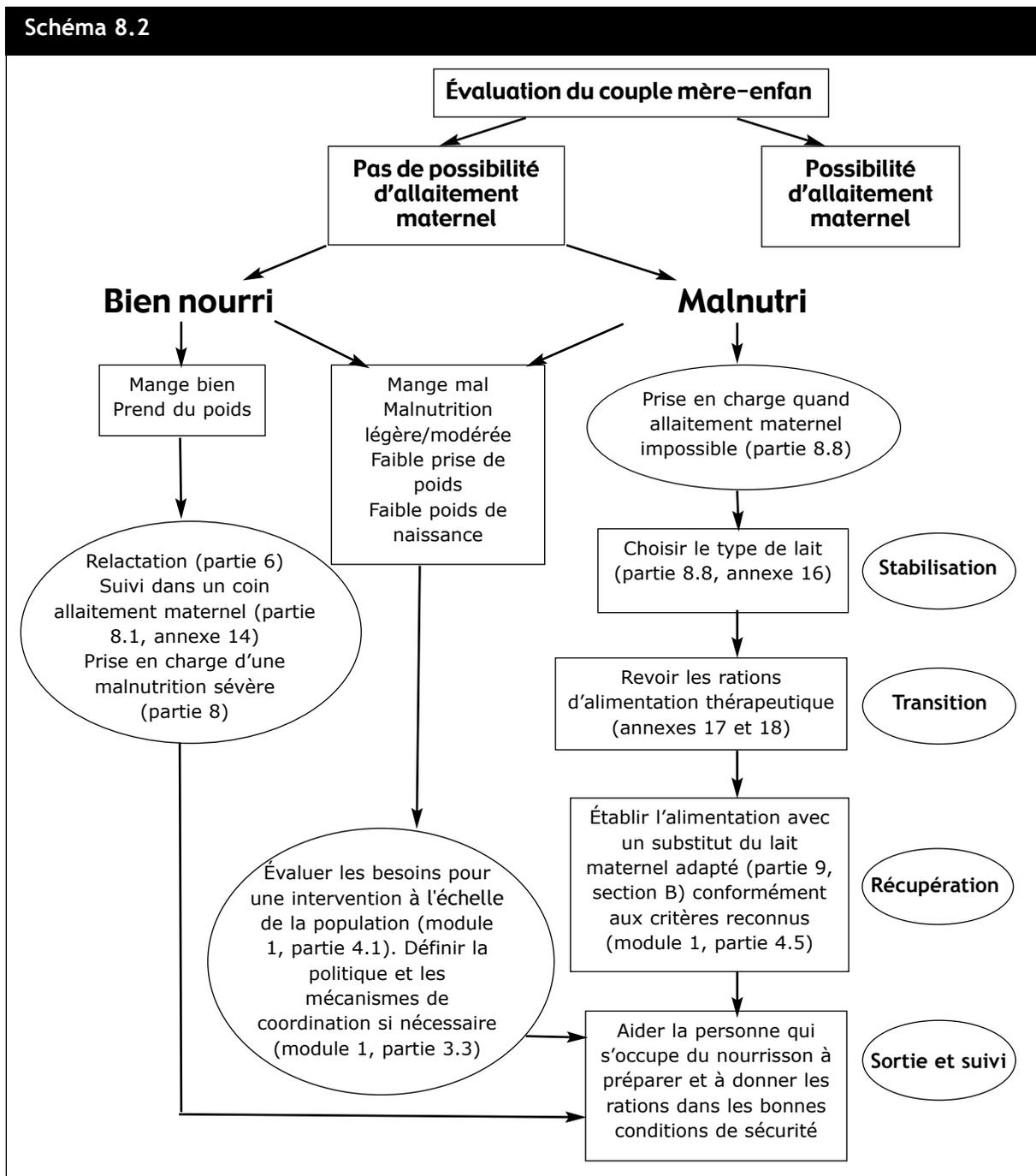
Si la mère pratique la méthode kangourou (voir partie 5.2) :

La mère peut garder son nourrisson contre elle pendant qu'elle tire son lait et le nourrir à la tasse. Le contact peau à peau peut aider à faire augmenter la quantité de lait qu'elle arrive à produire. Il se peut qu'elle doive desserrer ses vêtements et mettre son nourrisson sur le côté.

8.8 La prise en charge quand l'allaitement maternel est impossible

La prise en charge obéit aux principes décrits dans la section précédente. La prise en charge de ce groupe est développée ci-dessous. La partie 9 est aussi liée aux soins et à la prise en charge des nourrissons qui ne sont pas allaités au sein.

Schéma 8.2



Stabilisation

1. Choisir le type de lait (voir annexe 13)
 - Pendant cette phase, la préparation F75 est la plus adaptée pour les nourrissons qui ne sont pas allaités au sein.
 - Si on ne peut pas se procurer de F75, la préparation F100 diluée (F100-D) ou une préparation pour nourrissons sont des solutions sans risque.
2. Calculer le volume approprié en fonction du poids du nourrisson à son admission (voir le tableau de l'annexe 16)
 - Donner à la tasse, au compte-gouttes, à la seringue ou par sonde naso-gastrique le volume intégral pour 24 heures en repas organisés toutes les 3 heures ou toutes les 2 heures selon l'état de santé du nourrisson.

3. Continuer à donner le volume intégral de lait jusqu'au moment où le nourrisson montre des signes de guérison :
- tous les œdèmes ont disparu
 - son appétit s'est amélioré

On n'attend pas de prise de poids à ce stade.

Transition

Cette phase doit se poursuivre pendant 4 à 5 jours.

Lorsque le nourrisson montre les signes de guérison évoqués précédemment :

- Passer des rations de F75 à des rations de F100-D ou à une préparation artificielle pour permettre le rattrapage de croissance
- Augmenter le volume de 30% comme le montre l'annexe 17.
- Faire un suivi du poids du nourrisson. Le peser tous les jours et utiliser les balances appropriées (voir partie 8.6)

Récupération

- Après 4 à 5 jours, augmenter le volume des rations de lait d'encre 30%, comme le montre l'annexe 18.
- Si le nourrisson a encore faim après avoir pris toute la ration, lui en donner encore. Augmenter les rations de 5 ml par prise.
- Continuer jusqu'à ce que le rattrapage de croissance soit terminé, au moment où le nourrisson pèse 80 à 85% de la médiane du rapport poids/taille de la référence NCHS/OMS.
- Si nécessaire (par exemple si un nourrisson est nourri à la F100-D au cours de la phase de récupération), adopter une autre solution adéquate, par exemple une préparation pour nourrissons (commerciale ou de fabrication domestique) donnée à la tasse pour préparer la sortie.

Comment passer de l'alimentation thérapeutique à la préparation pour nourrissons

Soit remplacer une ration de F100-D par jour par une ration de préparation pour nourrissons pour voir si le nourrisson accepte le changement ; puis remplacer chaque jour une ration supplémentaire de F100-D par une ration de préparation pour nourrissons.

Soit ajouter une quantité croissante de préparation pour nourrissons à la préparation d'aliments thérapeutiques pour que le changement de goût soit progressif.

Montrer à la personne qui s'occupe du nourrisson comment préparer les rations (voir partie 9.8) et comment bien nettoyer les ustensiles (voir partie 9.7). La personne qui s'occupe du nourrisson doit donner les repas sous supervision tant que le nourrisson est au centre nutritionnel thérapeutique et jusqu'au moment où le personnel constate qu'elle est confiante et qu'elle donne les repas correctement.

L'alimentation artificielle doit être organisée conformément aux critères reconnus localement (voir module 1, partie 4.5), et elle doit être suivie et supervisée. La partie 9, section B traite des différentes possibilités d'alimentation artificielle.

8.9 Alimentation et prise en charge des mères

Alimentation des mères

La mère d'un nourrisson qui souffre de malnutrition sévère doit être nourrie de façon à bien pouvoir s'occuper de son enfant (voir partie 5.5). Elle a besoin de nourriture de grande qualité apportant au minimum 2500 kcal/jour, de liquides en quantité adéquate (un litre supplémentaire par jour), et de micronutriments en quantité suffisante, pour garantir que son lait contienne assez de micronutriments pour son nourrisson (voir partie 2.1).

Si la mère souffre de malnutrition sévère, la nourrir en suivant les principes décrits dans le document de référence 2 (OMS 1999), p.95 de la partie 8.11.

Les mères et le personnel de santé doutent souvent de l'allaitement maternel lorsqu'ils voient un nourrisson malnutri au sein. Si on s'empresse de faire récupérer le nourrisson mais qu'on oublie de s'occuper de la mère, le nourrisson sera certes en pleine santé à sa sortie, mais on ne sera pas sûrs qu'il ait durablement de quoi manger.

Mary Corbett, in Field Exchange 9, Mars 2000.

L'écoute des mères

Dans les situations d'urgence, les mères sont souvent traumatisées et déprimées, et elles risquent de ne pas avoir une bonne relation avec leur nourrisson ou de ne pas répondre à ses sollicitations. À ce stade, les informations techniques sur l'alimentation des nourrissons ne servent à rien. Il est utile d'amener les mères à parler de leur expérience et de leurs sentiments car ainsi on pourra peut-être les aider à résoudre certains de leurs problèmes. Alors elles pourront peut-être de nouveau répondre aux sollicitations de leur nourrisson.

- Au cours de ce processus, écouter la mère, découvrir quels sont ses problèmes et l'en faire parler, y compris des problèmes qui ont un effet sur sa capacité à allaiter au sein et à s'occuper de son nourrisson.
- Encourager les mères à s'écouter entre elles dans des groupes de soutien (partie 5.6)
- Le meilleur soutien vient en général des autres femmes, celles qui sont de la même culture et de la même position sociale, qui ont eu un nourrisson malnutri qui a bien répondu au traitement. Le règlement du centre nutritionnel thérapeutique ne doit pas être trop strict.

Étude de cas : les facteurs psycho-sociaux qui ont une influence sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants

Dans un centre nutritionnel thérapeutique de Kaboul, on a admis beaucoup de nourrissons de moins de 6 mois. On a constaté que certains facteurs avaient un effet sur leur alimentation et contribuaient à la malnutrition de ces nourrissons. Ces facteurs ont peut-être de l'importance également dans d'autres situations.

Facteurs culturels – de nombreuses mères ne commencent pas tout de suite à allaiter au sein. Au lieu du lait maternel, elles donnent d'autres liquides au nourrisson. Certaines nourrissent leur nourrisson 2 à 3 fois par jour. Cela empêche de mettre en place l'allaitement maternel et d'arriver à une production adéquate de lait maternel.

Faible niveau d'éducation et manque de soutien aux mères – les femmes habitent avec la famille de leur mari et elles ont souvent des relations mauvaises/conflictuelles avec leur belle-mère. Lorsqu'elle a son premier nourrisson, une femme reçoit peu de conseils et de soutien pour l'allaiter au sein. Si elle a des difficultés, elle dit qu'elle « n'a pas assez de lait », ce qui semble une explication acceptable à Kaboul. Au lieu d'aider la mère, la famille achète des boîtes de lait à donner au nourrisson.

La santé mentale des femmes – de nombreuses mères montrent des signes de dépression et d'anxiété et, par conséquent, elles ont des problèmes de relation avec leur nourrisson. Elles dorment mal ; elles font des cauchemars et ont des soucis récurrents. On a beaucoup d'éléments prouvant une relation entre la dépression maternelle et la malnutrition des nourrissons, et on voit très bien cette relation à Kaboul.

Interaction avec les nouveaux-nés. Dans de nombreux pays, on ne considère pas qu'il est nécessaire de stimuler les jeunes nourrissons en leur parlant, en jouant avec eux, en les mettant en contact avec les membres de la famille. Les nourrissons sont emmaillotés (enveloppés très serrés), recouverts et laissés seuls. Cela risque d'entraîner un mauvais développement et une malnutrition.

Source (adapté de): Cécile Bizouerne, psychologue, ACF Afghanistan, 2003

Ne pas séparer la mère et le nourrisson

En séparant les mères de leurs nourrissons, on met en danger l'allaitement maternel, on prive les nourrissons de soins et de chaleur, on prive les autres enfants d'aliments et de soins, et on augmente les angoisses de la mère.

Il faut donc laisser la mère et son nourrisson ensemble. On peut le faire dans un coin allaitement maternel (voir annexe 14). Le traitement de ces nourrissons n'est pas le même que celui des autres enfants, et il est plus facile de s'occuper d'eux lorsqu'ils sont ensemble. Cette organisation permet aussi de donner à la mère son intimité et une certaine sécurité.

Si la mère a d'autres enfants, il faut aussi les laisser avec elle si possible (voir partie 5.5). On ne cause pas d'infection croisée en laissant les mères et leurs nourrissons ensemble. Il est plus facile de laisser ensemble la mère et le nourrisson s'ils peuvent dormir sur des lits ou des matelas, au lieu de mettre le nourrisson dans un lit de bébé.

Étude de cas : l'aide à de jeunes mères de nourrissons malnutris ou ayant de faibles poids de naissance au Bangladesh

Nous avons constaté que les mères très jeunes et malnutries qui donnent naissance à des nourrissons ayant de très faibles poids de naissance ont des difficultés à allaiter au sein et souvent ne se sentent pas capables d'allaiter assez régulièrement. Souvent, les mères qui viennent au centre nutritionnel thérapeutique ne nourrissent pas leur nourrisson la nuit. Il arrive aussi qu'elles partagent les rations qu'elles reçoivent elles-mêmes, dont elles ont besoin pour prendre du poids, et elles ont donc du mal à retrouver un poids normal. Il est difficile de motiver des mères sur les questions de développement infantile lorsqu'elles sont elles-mêmes totalement déprimées et sous-nutries.

Pour répondre aux besoins des jeunes mères, notre centre nutritionnel thérapeutique a maintenant un coin allaitement maternel séparé qui permet aux jeunes mères d'avoir leur intimité pour allaiter leur nourrisson au sein. Dans cet environnement plus détendu, des mères plus expérimentées sont incitées à aider celles qui ne sont pas à l'aise avec les pratiques alimentaires. Cette initiative a été la bienvenue et elle a porté ses fruits car elle a permis aux jeunes mères de surmonter leur timidité et leur manque d'assurance, notamment dans la communauté réfugiée très conservatrice avec laquelle nous travaillons.

Source: Orla O'Neill, Concern Bangladesh, 2003

8.10 Sortie et suivi

Sortie

Les séjours des patients dans les centres nutritionnels thérapeutiques ou les hôpitaux doivent être aussi courts que possible pour éviter les infections croisées et les défaillances de traitement. On doit donc faire sortir les mères et les nourrissons dès que c'est possible sans risque.

Les nourrissons allaités au sein peuvent sortir du centre nutritionnel thérapeutique lorsque, pendant 5 jours, ils ont pris au moins 20 g par jour en étant nourris exclusivement au sein, quels que soient leur poids corporel ou leur rapport poids/taille.

Les nourrissons alimentés artificiellement peuvent sortir lorsque :

- ils sont passés à une alimentation artificielle adaptée.
- la personne qui s'occupe d'eux a été formée pour donner les rations correctement.
- leur poids est de 85% de la médiane du rapport poids/taille de la référence NCHS/OMS, et est restée à ce niveau pendant 3 jours. Mais si le service de suivi est assez performant, le nourrisson peut sortir lorsque le niveau de 80% de la médiane du rapport poids/taille est atteint.

Suivi

Pour s'assurer que les nourrissons sortis d'un séjour dans un centre nutritionnel thérapeutique ou un hôpital continuent à prendre du poids et gardent un bon statut nutritionnel, ils doivent être suivis :

- ou moins toutes les semaines, et, idéalement, encore plus souvent après leur sortie, et
- pendant au moins 3 mois.

Ce suivi peut être fait en consultation externe ou dans le cadre d'un programme d'alimentation de supplément, dans un coin allaitement maternel ou au sein de la communauté.

Si le suivi est fait dans le cadre d'un programme d'alimentation de supplément, les mères doivent recevoir une ration alimentaire pour elles-mêmes. Les nourrissons plus grands doivent aussi recevoir une ration - dans ce cas, c'est la mère allaitante elle-même qui devra prendre au moins une partie de la ration du nourrisson pour maintenir le statut nutritionnel des deux pendant l'allaitement maternel.

À chaque visite de suivi :

- Faire un suivi de la prise de poids et de la santé du nourrisson.
Le rattrapage de croissance très rapide de la phase de récupération va ralentir pour se fixer à un taux plus usuel après la sortie (voir partie 8.5).
- Faire une intervention de soutien auprès de la mère ou de la nourrice ou encore de la personne qui s'occupe du nourrisson (voir partie 2).
- Apporter le soutien de base à l'allaitement maternel si nécessaire, par exemple si on a des doutes quant à la production de lait (voir partie 4.2)
- Faire un suivi de l'approvisionnement et de l'utilisation de la préparation pour nourrissons, le cas échéant.

En outre, organiser un suivi communautaire pour que la mère, la nourrice ou la personne qui s'occupe du nourrisson garde confiance.

8.11 Références

1. *Management of the Child with a Serious Infection or Severe Malnutrition: IMCI guidelines for care at the first-referral level in developing countries (OMS/FCH/CAH/00.1)*
2. *Management of severe malnutrition : a manual for physicians and other senior health workers (OMS, 1999).*

Les directives pour la prise en charge des complications médicales de la malnutrition données dans ces deux manuels peuvent être utilisées pour les nourrissons de moins de 6 mois.

Les autres manuels qui apportent des informations utiles sont:

3. *Assessment and Treatment of Malnutrition in Emergency Situations. A Manual of Therapeutic Care and Planning for a Nutritional Programme.* Claudine Prudhon. Action Contre la Faim/Action Against Hunger 2002
4. *Nutrition Guidelines.* Médecins sans frontières 1995, en cours de révision.

L'annexe 15 donne une liste des documents actuellement disponibles (juillet 2004) auprès de l'OMS/TALC pour la prise en charge de la malnutrition sévère.

8.12 Conseils

Les formateurs peuvent utiliser l'exercice suivant pour évaluer les acquis de ce chapitre.

Étude de cas : réalimentation initiale d'un nourrisson malnutri

Muhonja a 3 mois et pèse 3,2 kg. Elle arrive avec sa mère qui lui a donné quelques tétées au sein et une préparation pour nourrissons diluée, avec de temps en temps de l'eau et des infusions au biberon. Muhonja est faible et somnolente, et son corps est froid bien que sa mère l'ait enveloppée dans deux couvertures. Elle tète faiblement lorsqu'elle est mise au sein. Elle est maigre, mais n'a pas d'œdème.

Le docteur diagnostique une malnutrition sévère, une hypoglycémie et une hypothermie et la traite avec 50 ml de glucose à 10% par tube naso-gastrique. Parce que Muhonja a à la fois une hypoglycémie et une hypothermie, le docteur soupçonne une infection grave et lui donne des antibiotiques

Questions :

1. De quel traitement supplémentaire Muhonja a-t-elle besoin pour traiter son hypoglycémie ?
2. De quel traitement a-t-elle besoin pour être réchauffée ?
3. Comment doit-elle être nourrie dans les 24 à 48 heures qui suivent son admission ? En quelle quantité et à quelle fréquence ?
4. Si la mère de Muhonja arrive à exprimer 10 ml de lait pour une tétée, que doit-on donner à Muhonja pour cette tétée ?
5. Que peut faire la mère de Muhonja pour l'aider ?

Réponses :

1. Commencer à l'alimenter immédiatement avec 40 ml de lait thérapeutique (proposer la préparation F75 et, sinon, la F100 diluée). C'est la quantité recommandée pour un enfant de son poids, malade, et qui ne tolère pas d'être alimenté plus souvent que toutes les 2 heures. Cela veut dire que Muhonja reçoit 12 prises par jour (voir le tableau en annexe 15). Si elle est trop somnolente et trop faible pour s'alimenter oralement, la nourrir par sonde naso-gastrique. L'alimentation est importante pour traiter à la fois l'hypothermie et l'hypoglycémie.
2. Retirer tous ses vêtements sauf une couche et un bonnet. La porter en kangourou (voir partie 5.2) en la mettant en contact peau à peau avec sa mère, dans les vêtements de sa mère. Les maintenir en contact peau à peau nuit et jour.
3. Elle doit être allaitée au sein, ou au moins recevoir du lait maternel exprimé, au moins toutes les 2 heures ; après une tétée au sein, elle doit recevoir du lait thérapeutique soit par sonde d'allaitement soit à la tasse.
4. 10 ml de lait maternel suivis de 40 ml de lait thérapeutique. Continuer à lui donner du lait thérapeutique toutes les 2 heures (12 repas par jour).
5. La mère peut rester avec son nourrisson et la nourrir à la tasse. Elle peut la garder au chaud en la portant en kangourou. Elle peut prévenir le personnel si Muhonja redevient inactive et somnolente, ou si sa respiration s'accélère. Elle peut prendre note des urines et des selles du nourrisson, ou de tout vomissement. Quand Muhonja commence à se rétablir, sa mère peut lui proposer le sein très souvent pour stimuler sa production de lait. Elle peut commencer à jouer avec elle pour la stimuler.

9 Quand les nourrissons ne sont pas allaités au sein*

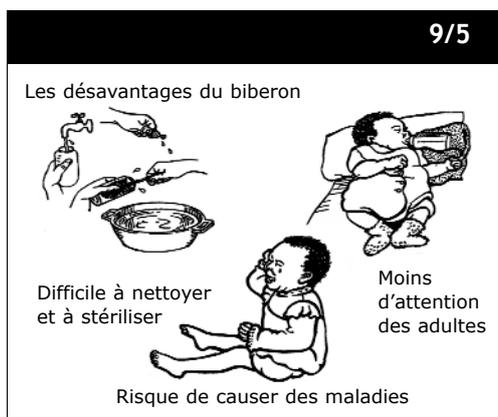
L'allaitement maternel est le meilleur moyen de nourrir les nourrissons. La partie 9 traite de l'alimentation des enfants lorsque l'allaitement maternel est impossible. On appelle parfois cette alimentation l'alimentation artificielle ou l'alimentation de substitution. Les aliments utilisés dans l'alimentation artificielle sont appelés des substituts du lait maternel⁵.

L'alimentation artificielle entraîne des risques plus importants (voir module 1). Dans la plupart des contextes d'urgence, ces risques sont encore accrus car les provisions nécessaires ne sont pas toujours fiables, et il peut être particulièrement difficile de maintenir les bonnes conditions d'hygiène.

Dans toutes les situations, notamment dans les urgences, on recommande de donner l'alimentation artificielle à la tasse et non au biberon. L'utilisation du biberon augmente en effet les risques de maladies et de mauvaise prise en charge. Même dans les pays développés et dans de bonnes conditions, l'incidence de la diarrhée et des autres maladies, et les hospitalisations, augmentent lorsque les nourrissons sont nourris au biberon.

À cause du grand risque de contamination et des difficultés de nettoyage, il faut activement décourager l'emploi des biberons et des tétines dans les situations d'urgence.

6.3.5 Directives opérationnelles, version 2.1, février 2007



Mais les urgences surviennent souvent dans des régions et des cultures où beaucoup de femmes allaitaient au biberon. Dans ces situations, on ne doit pas forcément viser un passage immédiat du biberon à la tasse. La partie 9 donne donc des conseils pour une utilisation du biberon sans risque et dans les bonnes conditions d'hygiène, et pour la prise en charge des enfants nourris au biberon. La partie 9 est divisée en 3 sections :

- A Interventions pour l'alimentation infantile à l'échelle d'une population
- B Aide aux personnes qui s'occupent des nourrissons qui ne sont pas allaités au sein
- C Alimentation des nourrissons dans les institutions

A

Interventions pour l'alimentation infantile à l'échelle d'une population

Dans certaines situations d'urgence, on a besoin de soutenir l'alimentation artificielle pour une partie de la population. Les aspects les plus importants de l'aide à une alimentation infantile sûre à l'échelle d'une population ont été traités dans le module 1, qui parle donc des politiques clés et principes (partie 3), de l'évaluation et de l'analyse, de la coordination (partie 4), des incompatibilités entre différentes politiques et de l'établissement de politiques communes (partie 3.3). Les critères reconnus, les conditions et l'établissement de l'alimentation artificielle sont traités dans les parties 4.5 et 4.6, et les décisions à prendre en cas de prévalence du VIH sont abordées dans la partie 3.4.

* Dans cette version mise à jour, les différentes sections de ce chapitre contiennent des références importantes.

⁵ Substituts du lait maternel : toute nourriture commercialisée ou présentée comme remplaçant partiellement ou totalement le lait maternel, qu'elle convienne ou non à cette utilisation.

Les aspects pratiques de la définition et de la mise en œuvre d'un programme d'urgence, lorsque certains nourrissons sont alimentés artificiellement, demandent de grands efforts de planification et beaucoup de ressources.

La difficulté d'une intervention à l'échelle de la population consiste à créer les conditions qui permettront de mettre en place une alimentation artificielle sûre tout en soutenant et en protégeant les nourrissons qui sont allaités exclusivement au sein, ou qui pourraient le devenir (par exemple les nouveaux-nés, les nourrissons qui reçoivent une alimentation mixte). Des conseils techniques sur le soutien à l'allaitement maternel (partie 2.4), la prise en charge des nourrissons qui ne sont pas allaités au sein (section B) et sur la prise en charge de la malnutrition sévère chez les nourrissons de moins de 6 mois (partie 8) vont permettre de guider la formation du personnel et les activités du programme.

Cette section aborde d'autres considérations à prendre en compte lorsque l'on organise l'alimentation artificielle au niveau d'une population. L'objectif principal est de donner la priorité à des activités qui permettent de prévenir les maladies et les décès chez les nourrissons et les jeunes enfants. Seules les personnes formées pour organiser une alimentation artificielle adaptée et sans risque dans une situation d'urgence doivent être impliquées.

9.1 L'approche du soutien à l'alimentation artificielle dans une population

L'approche du soutien à l'alimentation artificielle à l'échelle d'une population doit toujours comporter :

- des informations sur le contexte
- une première évaluation
- une approche coordonnée
- une réflexion sur le programme
- une évaluation des besoins initiaux
- un suivi
- une surveillance

Informations sur le contexte

Les sources d'information peuvent être des études à grande échelle, par exemple les enquêtes à indicateurs multiples (multiple indicators cluster surveys, MICS) et les données du Ministère de la santé et des agences locales et internationales qui travaillaient dans la région avant la situation d'urgence.

Première évaluation

Il est essentiel de faire une première évaluation du nombre de femmes, de nourrissons et de jeunes enfants de la population ainsi que des pratiques d'alimentation infantile (voir module 1, partie 4.1).

Pour estimer les besoins en alimentation infantile au niveau d'une population, on a besoin d'informations sur :

- la taille de la population
- le nombre de nourrissons de moins de 6 mois et de 6 à 12 mois
- la proportion de nourrissons nourris artificiellement dans chaque groupe d'âge
- le nombre de nourrissons et de jeunes enfants non accompagnés
- le nombre de femmes enceintes et allaitantes.

Pour une première estimation des pratiques en matière d'alimentation infantile, notamment aux premiers stades d'une situation d'urgence, se référer aux données déjà existantes sur l'alimentation infantile dans cette population (par exemple les enquêtes démographiques et de santé).

Si on n'a pas d'évaluation directe de la proportion de nourrissons nourris artificiellement, on peut faire une première estimation des besoins à partir d'une évaluation de base qui donnera des informations sur les besoins immédiats. L'annexe 4 donne un guide pour le calcul des besoins en préparation pour nourrissons aux premiers stades de la situation d'urgence.

Une approche coordonnée

Très tôt dans l'intervention, une agence, ou un groupe d'agences, doit être désignée pour prendre la responsabilité de la coordination des activités destinées aux nourrissons et aux jeunes enfants (voir Directives opérationnelles, section 3.1, version 2.1, février 2007).

Réflexion sur le programme

Finalement, les programmes doivent permettre aux femmes qui allaitent artificiellement de le faire bien et sans risque, aux femmes qui complètent l'allaitement maternel avec des aliments

artificiels de recevoir l'aide qui leur permettra d'allaiter exclusivement au sein, et à toutes les femmes allaitantes d'accéder à des conseils et à une aide pour l'allaitement maternel.

Au cours de la définition du programme, on doit :

- réfléchir à ses effets sur l'alimentation infantile
- prévenir les menaces à l'allaitement maternel
- identifier les sous-groupes qui ont des besoins particuliers
- fixer des objectifs réalistes
- donner la priorité aux nourrissons de moins de 6 mois
- réfléchir avant tout à la limitation des dangers.

Effets sur l'alimentation infantile

Dans une situation d'urgence, de nombreux facteurs, outre les activités du programme de nutrition, ont des conséquences sur les pratiques en matière d'alimentation infantile et sur leurs conditions de sécurité. Parmi ces facteurs, les questions de l'eau et de l'assainissement, les structures de santé et les pratiques traditionnelles en matière d'alimentation infantile. Certains facteurs sont aussi liés plus précisément à l'urgence en cours. Tous ces éléments vont avoir des effets sur les décisions prises pour l'alimentation infantile et sur leur réussite ou leur échec.

Prévenir les menaces à l'allaitement maternel

Des interventions bien intentionnées mais mal pensées (par exemple une distribution générale de biberons) risquent d'encourager des pratiques d'alimentation infantiles inappropriées, et d'augmenter les risques de maladie et de décès des nourrissons. Si l'on donne de la préparation pour nourrissons aux mères de nourrissons allaités artificiellement mais que l'on omet de donner des produits de la même valeur aux mères qui allaitent au sein, on compromet l'allaitement maternel. Une solution est d'organiser un système d'échange de bons qui permet à toutes les mères inscrites de recevoir un bon qu'elles pourront aller échanger contre de la préparation pour nourrissons ou une ration alimentaire ayant au moins la même valeur.

Identifier les sous-groupes qui ont des besoins particuliers

Dans le contexte d'une urgence, certains sous-groupes de nourrissons devront peut-être être identifiés et recevoir une aide particulière. Parmi ces nourrissons, ceux qui sont dans des institutions (par exemple les orphelinats), les nourrissons non accompagnés et les nourrissons hospitalisés qui n'ont pas une personne de référence pour leur prise en charge (par exemple, es nourrissons porteurs du VIH et du SIDA) (voir la section C plus loin sur l'alimentation dans les institutions).

Fixer des objectifs réalistes

Là où certains jeunes nourrissons reçoivent une alimentation mixte (c'est-à-dire du lait maternel et une alimentation artificielle), l'un des objectifs du programme peut être de faire progresser la proportion de nourrissons allaités exclusivement au sein. Un autre objectif du programme peut être d'arriver à un taux de 100% d'allaitement maternel exclusif chez les nouveaux-nés. Dans les deux cas, les besoins en préparation pour nourrissons devraient diminuer avec le temps si le programme réussit. Si la population pratique l'alimentation artificielle, l'augmentation des taux d'allaitement maternel exclusif risque de demander davantage de temps et il se peut que les besoins en alimentation artificielle ne reculent pas rapidement.

Donner la priorité aux nourrissons de moins de 6 mois

Lorsque certains nourrissons sont alimentés artificiellement, on doit donner la priorité à ceux qui ont moins de 6 mois qui dépendent totalement d'une alimentation à base de lait. La décision de donner ou de ne pas donner de préparation pour nourrissons aux nourrissons âgés de 6 à 12 mois dépend du contexte. On doit prendre en compte les pratiques d'alimentation préalablement à l'urgence, le statut nutritionnel des nourrissons (par exemple la prévalence de l'anémie), la possibilité de se procurer des aliments de complément et les ressources d'urgence (par exemple, a-t-on assez de provisions domestiques pour répondre aux besoins des nourrissons plus grands ?).

Étude de cas : évaluation des besoins des nourrissons plus grands – une approche pragmatique

Avant la crise irakienne de 2003, les nourrissons âgés de 6 à 12 mois avaient reçu une préparation pour nourrissons distribuée avec la ration générale de nourriture distribuée dans le cadre du programme Pétrole contre nourriture. Les informations sur la santé dont on disposait indiquaient une forte prévalence de l'anémie avec déficit en fer. Des aliments de complément commerciaux étaient aussi inclus dans la ration distribuée avant la situation d'urgence, mais on n'avait pas reconstitué les stocks. Dans la première phase de l'intervention, compte tenu de cette situation, on a jugé opportun de donner aux nourrissons de 6 à 12 mois une préparation pour nourrissons, et ce pendant la première phase seulement (c'est-à-dire pendant les six premiers mois), avec l'intention d'améliorer à court terme l'alimentation de complément et la nutrition de ces grands nourrissons, et de protéger les taux d'allaitement au sein et de supprimer progressivement l'approvisionnement en lait artificiel à plus long terme.

Source: SC UK Report, Irak, 2003

Dans une population où certains des nourrissons de moins de 6 mois ne sont pas allaités exclusivement au sein, les centres nutritionnels thérapeutiques et les hôpitaux de référence doivent développer leur capacité de prise en charge des jeunes nourrissons souffrant de malnutrition sévère (voir partie 8).

Limitation des dangers avant tout

Dans certains contextes d'urgence, il peut être impossible de mettre immédiatement en œuvre les recommandations en matière de pratiques d'alimentation. Par exemple, si une population utilise des biberons pour nourrir les nourrissons artificiellement, un passage immédiat à une alimentation à la tasse ou à la cuillère risque de ne pas être pratique ni acceptable pour les personnes qui s'occupent des nourrissons. Il sera probablement plus réaliste de mettre en œuvre un programme d'échange de biberons (échange de vieux biberons pour de nouveaux biberons propres) et de conseils individuels sur la stérilisation et le nettoyage des biberons à la maison. En se concentrant sur l'objectif de faire reculer l'alimentation au biberon chez les nourrissons qui reçoivent une alimentation mixte, là où on a de bonnes chances de rétablir l'allaitement maternel exclusif, on fait une meilleure distribution des ressources en les concentrant là où elles auront probablement le plus d'impact.

L'annexe 6 comprend un exercice sur la planification d'une intervention concernant l'alimentation infantile, avec un cadre logique pour planifier les activités (donner 1 heure).

9.2 Besoins initiaux pour mettre en place l'alimentation artificielle

Pour organiser l'alimentation artificielle dans un contexte d'urgence, on doit estimer les besoins initiaux en termes de :

- quantité de préparation pour nourrissons nécessaire
- autres provisions, par exemple ustensiles de cuisine et matériel pour l'alimentation
- personnel
- transport et stockage, mais aussi disponibilité/approvisionnement en aliments artificiels

Estimation de la quantité de préparation pour nourrissons

Le calcul des besoins pour un grand nombre de nourrissons va tenir compte d'un certain nombre de facteurs. Parmi ces facteurs, les informations fournies par la première évaluation sur les pratiques en matière d'alimentation (voir partie 9.1), des informations sur la perspective de recul de la proportion de nourrissons nourris artificiellement avec le temps (à mesure que les taux d'allaitement maternel augmenteront), et des informations sur la prise ou non de préparation pour nourrissons par les nourrissons de 6 à 12 mois.

En moyenne, un nourrisson a besoin de 3,5 kg de préparation pour nourrissons en poudre par mois. L'annexe 5 montre comment calculer la quantité de préparation pour nourrissons dont un nourrisson a besoin individuellement.

Autres provisions

Dans le cadre d'une intervention d'aide à l'alimentation artificielle, on a besoin de :

- une source d'eau propre et sûre
- un local de préparation (par exemple une tente)
- une source de chaleur qui apporte la température voulue (par exemple avec du combustible et une zone où l'on peut faire bouillir de l'eau)
- du matériel pour la préparation
- des ustensiles pour l'alimentation.

Les besoins seront variables selon la nature du programme et selon que le programme comprend ou non :

- un soutien à l'alimentation à domicile (voir section B ci-dessous)
- une préparation centralisée des aliments artificiels (par exemple lorsque le camp vient juste d'être installé et que les structures individuelles ne sont pas adaptées et que les ressources sont limitées), ou
- des locaux affectés spécifiquement à la préparation (par exemple des abris mère-enfant dans un camp).

Personnel

Le programme a absolument besoin de personnel compétent, formé et qualifié.

On doit très tôt faire une évaluation des compétences locales (par exemple avec la possibilité d'impliquer le personnel formé de l'UNICEF, de l'OMS ou du Ministère de la santé) mais aussi de la capacité locale de formation (par exemple avec les programmes de formations IBFAN réguliers).

Toute intervention doit comprendre une formation ciblée (par exemple la formation des conseillères en allaitement maternel pour un appui d'expert à la lactation, et la formation de tout le personnel de santé et des travailleurs de la nutrition sur tous les aspects des pratiques liées à l'alimentation infantile).

Transport et stockage

En général, le transport de la préparation pour nourrissons est très économique lorsque le lait est sous forme de poudre à reconstituer, et moins économique s'il est sous forme liquide prête à l'emploi. On utilise la préparation pour nourrissons prête à l'emploi lorsque l'on peut profiter de faibles coûts de transport et/ou lorsque l'accès à l'eau et les conditions d'hygiène sont mauvais (voir partie 9.13 sur le stockage).

Disponibilité/approvisionnement

La disponibilité et l'approvisionnement dépendent d'un certain nombre de facteurs (voir partie 9.11).

Dans un contexte d'urgence, on ne doit pas accepter les dons de préparation pour nourrissons (voir Directives opérationnelles, module 1, annexe 2, 6.1). Les dons non sollicités ou les propositions de dons doivent être rapportés à l'agence de coordination des interventions en matière d'alimentation infantile.

9.3 Suivi et surveillance

Toute intervention en matière d'alimentation infantile doit définir des buts, des objectifs mesurables et des activités, et tous font l'objet d'un suivi.

L'annexe 6 propose un exercice de planification des activités d'une intervention.

On ne dispose pas actuellement d'indicateurs anthropométriques qui permettent d'évaluer la malnutrition chez un nourrisson de moins de 6 mois et qui mesure moins de 49 cm. Par conséquent, il est fréquent que ce groupe d'âge ne figure pas dans les enquêtes de nutrition. Mais des données doivent être recueillies sur les maladies, les décès de nourrissons de moins de 6 mois et les pratiques en matière d'alimentation infantile chez ces mêmes nourrissons. En utilisant les indicateurs standards des enquêtes, on peut comparer les résultats avec d'autres enquêtes et avec les informations recueillies préalablement à l'urgence.

Dans les cas où l'on utilise de la préparation pour nourrissons, on doit suivre l'évolution du marché pour voir si la préparation pour nourrissons distribuée par l'aide est revendue sur le marché (« effet spillover ») ou si les prix des préparations pour nourrissons changent. Ce suivi doit être l'une des tâches des conseillers communautaires.

Les dispositions du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel s'appliquent dans les situations d'urgence (voir module 1, partie 3.1 et www.ibfan.org/English/resource.who/fullcode.html). Des soupçons de violation du Code, par exemple avec une distribution inappropriée ou des dons non sollicités de préparation pour nourrissons, doivent être rapportés à l'agence désignée pour la coordination des interventions en matière d'alimentation infantile, ou à l'autorité nationale compétente (voir Directives opérationnelles, section 7, Contacts importants, version 2.1, février 2007).

B Aide aux personnes qui s'occupent des nourrissons non allaités au sein

Les nourrissons qui ne sont pas allaités au sein ont un besoin essentiel de lait pendant au moins leurs 6 premiers mois. Ce lait doit être un substitut du lait maternel adapté. Les nourrissons de moins de 6 mois doivent recevoir une alimentation exclusivement à base de lait (voir partie 1.4 sur l'alimentation adaptée à l'âge).

L'approvisionnement en lait doit être fiable et continu.

On va avoir besoin d'eau, de combustible, d'ustensiles et de temps pour préparer les aliments artificiels sans risque.

À partir d'environ 6 mois, le nourrisson a besoin d'aliments de complément adaptés, mais il est aussi utile qu'il continue à recevoir du lait dans son alimentation jusqu'à l'âge de 2 ans, voire plus longtemps.

Pour réduire les dangers liés à l'alimentation artificielle, les personnes qui s'occupent des nourrissons doivent savoir :

- quel substitut du lait maternel donner
- quelle quantité de substitut du lait maternel donner, et à quelle fréquence
- comment garantir la propreté et la sécurité des ustensiles utilisés pour l'alimentation
- comment préparer les repas
- comment donner les repas.

Les parties 9.4 à 9.9 vous donnent les informations que vous pourrez utiliser pour évaluer l'alimentation artificielle que reçoit un nourrisson. Voir évaluation complète, étape 3, partie 9.10.

9.4 Quels substituts du lait maternel donner ?

Question : demander aux participants de faire une liste des substituts du lait maternel qui conviennent à des nourrissons âgés de moins de 6 mois et qui ne prennent que ce type de lait.

Exemples de substituts du lait maternel adaptés :

- lait artificiel fabriqué conformément aux normes du Codex Alimentarius
- lait modifié fabriqué à domicile avec du lait animal frais ou du lait entier en poudre ou du lait traité à ultra haute température. Ces laits doivent être dilués avec de l'eau et du sucre, et on doit leur ajouter des micronutriments.

Tous les laits animaux doivent être chauffés pour être utilisés dans l'alimentation des enfants. Voir l'annexe 7 pour plus de détails et pour les directives de préparation.

Question : demander aux participants ce qu'ils utiliseraient à court terme s'ils ne pouvaient pas se procurer de lait adapté.

Exemples de substituts du lait maternel qui ne sont pas adaptés :

N'utiliser ces substituts que lorsqu'il est impossible de se procurer d'autres laits adaptés, et seulement temporairement. Remplacer ces substituts par le lait maternel ou par d'autres substituts du lait maternel plus adaptés dès que possible.

- préparation pour nourrissons de fabrication domestique sans ajout de micronutriments
- lait écrémé en poudre (ou lait en poudre allégé) et autres laits faibles en graisses. Les laits écrémés en poudre doivent être complétés et de façon précise, avec beaucoup d'autres ingrédients - huile, sucre, sels minéraux et vitamines - pour répondre aux besoins nutritionnels du nourrisson.

Les laits qui ne doivent jamais être utilisés :

- les produits lactés thérapeutiques comme F75 et F100. Ces préparations ne doivent être utilisées que dans les centres nutritionnels thérapeutiques et ne conviennent pas à une utilisation domestique comme substituts du lait maternel.
- les laits animaux non modifiés pour les nourrissons de moins de 6 mois.
- le lait condensé sucré. Il ne convient pas parce qu'il est trop riche en sucre mais trop pauvre en graisses, protéines et autres nutriments.
- les gruaux de céréales, l'eau et les boissons à base d'eau comme les jus et les infusions. On en donne parfois à tort en remplacement du lait, mais ces préparations ne conviennent pas du point de vue nutritionnel. On ne doit jamais en donner à un nourrisson de moins de 6 mois, même temporairement en lait de supplément.

Question: demander quels sont les aliments et les boissons autres que le lait qui sont parfois utilisés pour nourrir les nourrissons de moins de 6 mois.

→ faire au tableau la liste des informations rapportées par les participants.

Pour chaque proposition, lancer la discussion pour savoir si elle convient ou non, et pourquoi, et noter la réponse au tableau. Voici une liste des aliments et boissons qui pourraient être cités dans certaines régions.

Lait de coco	Ne convient pas
Céréales diluées, gruaux	Ne convient pas
Laits aromatisés	Ne convient pas
Jus	Ne convient pas
Sodas	Ne convient pas
Boissons sucrées	Ne convient pas
Infusions	Ne convient pas

9.5 Quelle quantité de substituts du lait maternel donner, et à quelle fréquence ?

Le tableau A de l'annexe 5 montre les besoins d'un nourrisson en préparation pour nourrissons (qu'elle soit commerciale ou de fabrication domestique) à différents moments pendant ses six premiers mois. Le tableau B montre à quelle fréquence un nourrisson doit être nourri en fonction de son âge et de son poids.

Calcul des besoins quotidiens d'un nourrisson en substitut du lait maternel

Ce calcul prend l'exemple d'une préparation pour nourrissons.

Les quantités de préparation pour nourrissons nécessaires se basent sur les quantités quotidiennes prises par les nourrissons en fonction de leur poids et de leur âge (voir annexe 5).

Les jeunes nourrissons doivent être nourris approximativement toutes les 3 heures (ce qui représente 8 prises toutes les 24 heures). On peut réduire cette fréquence à une toutes les 4 heures (ce qui signifie 6 prises toutes les 24 heures) à l'âge de 3 mois.

Exercice de calcul des volumes pris par un nourrisson quotidiennement

Demander aux participants de calculer le volume de lait par repas que doit prendre un nourrisson d'1 mois qui pèse 3 kg.

Guide de calcul

Poids du nourrisson = 3 kg

Volume de lait nécessaire chaque jour = 150 ml x 3 = 450 ml par jour

Quantité par repas = 450 ml divisés en 8 repas = 56 ml par repas

= 8 prises de 60 ml*

* Les quantités sont arrondies pour faciliter les mesures, elles sont donc approximatives.

Un agent de santé peut aider la personne qui s'occupe du nourrisson à faire les calculs suivants en utilisant le tableau B de l'annexe 5 et à partir de l'âge et du poids du nourrisson :

- la quantité de préparation pour nourrissons dont le nourrisson a besoin chaque jour
- le nombre de repas dont le nourrisson a besoin quotidiennement (y compris la nuit)
- le volume de préparation pour nourrissons dont le nourrisson a besoin à chaque repas.

Noter les quantités sur un papier pour la mère, ou dessiner des symboles pour le nombre de repas et les quantités d'ingrédients.

9.6 Alimentation de l'enfant de 6 à 24 mois non allaité au sein

Les besoins alimentaires du nourrisson de plus de 6 mois qui n'est pas allaité au sein vont dépendre des disponibilités en préparation pour nourrissons et en produits laitiers animaux, et des disponibilités en nourritures animales.

Question : demander quels sont les laits qui peuvent être utilisés et quels sont ceux qui ne conviennent pas pour nourrir les bébés âgés de 6 à 24 mois.

→ faire au tableau la liste des informations rapportées par les participants.

Pour chaque proposition, lancer la discussion pour savoir si elle convient ou non, et pourquoi, et noter la réponse au tableau. Voici une liste des aliments et boissons qui pourraient être cités dans certaines régions.

Sources de lait acceptables pour les jeunes enfants âgés de 6 à 24 mois :

- lait entier, y compris les laits de chèvre, de bufflonne, de vache, de brebis, de chamelle, le lait stérilisé à ultra haute température
- le lait concentré (reconstitué)
- le lait fermenté
- le lait maternel exprimé (traité à la chaleur si la mère est séropositive au VIH).

Les laits suivants ne constituent pas de bonnes sources de nutriments :

- le lait condensé
- le lait écrémé ou demi-écrémé (les laits demi-écrémés sont acceptables après 12 mois)
- la crème à café
- le lait de soja (sauf préparation pour nourrissons à base de soja).

On doit éviter les boissons à faible valeur nutritionnelle comme les infusions, le café et les boissons sucrées comme les sodas.

On doit limiter la quantité de jus à moins de 250 ml par jour pour s'assurer qu'ils ne remplacent pas d'autres nourritures plus riches en nutriments.

Question : de quelle quantité de lait un enfant âgé de 6 à 24 mois a-t-il besoin ?

Si l'enfant mange régulièrement les quantités adéquates d'autres aliments d'origine animale, les quantités de lait nécessaires vont de 200 à 400 ml par jour.

Sinon, les quantités de lait nécessaires vont de 300 à 500 ml par jour.

Les nourrissons de plus de 6 mois qui ne sont pas allaités au sein ont également besoin de boire davantage de liquides.

Ils ont besoin d'au moins 400 à 500 ml par jour de liquides (en plus de l'eau contenue dans les aliments) dans un climat tempéré, et de 800 à 1000 ml par jour dans un climat chaud.

Plusieurs fois par jour, on doit leur proposer de l'eau pure et propre (bouillie si nécessaire).

Les types d'alimentation qui n'apportent pas d'aliments d'origine animale régulièrement ne couvrent pas les besoins en nutriments de ce groupe d'âge, à moins d'utiliser des produits enrichis ou des compléments en nutriments.

Si l'enfant ne consomme pas régulièrement du lait et d'autres aliments d'origine animale, il doit manger quotidiennement des céréales et des légumes pour garantir la qualité protéinique de son alimentation (voir annexe 12). L'enfant aura besoin d'aliments riches en micronutriments pour répondre à ses besoins.

La fréquence des repas va dépendre de la densité énergétique des aliments, de la possibilité de varier les repas et de la quantité que l'enfant prend habituellement à chaque repas. On doit donner 4 à 5 repas par jour, avec des en-cas nutritifs supplémentaires 1 à 2 fois par jour (voir annexe 12).

L'approvisionnement doit être organisé de manière à ce que les provisions de substituts de lait maternel soient adéquates et disponibles aussi longtemps que les nourrissons concernés en ont besoin, jusqu'à ce que l'allaitement soit rétabli ou jusqu'à au moins 6 mois d'âge. Après cela, des préparations pour nourrissons ou d'autres sources de lait et/ou aliments d'origine animale sont nécessaires pendant la période d'alimentation de complément (de 6 à 24 mois).

Directives opérationnelles, 6.3.4, version 2.1, février 2007

9.7 Comment utiliser l'équipement pour l'alimentation dans les meilleures conditions d'hygiène et de sécurité ?

Tous les ustensiles (tasses, cuillères, mesures) doivent être bien nettoyés pour garantir que les repas sont préparés sans risque.

Question : demander aux participants comment on doit nettoyer et ranger les ustensiles.

S'assurer que les thèmes suivants sont bien abordés dans les réponses :

- après utilisation, les ustensiles sont bien lavés, à l'eau froide pour commencer, puis dans une eau chaude avec du savon. Cela doit être fait immédiatement après le repas, pour que le lait n'ait pas caillé et ne colle pas aux parois, où il risquerait d'être un foyer de développement de germes dont il serait difficile de se débarrasser.
- ranger les ustensiles propres dans un récipient clos propre et sec avec un couvercle ou recouvert d'un tissu propre jusqu'à la prochaine utilisation.

Nettoyage d'une tasse

Après chaque utilisation, la tasse doit être lavée et frottée dans l'eau chaude avec du savon. Si possible, tremper la tasse dans de l'eau bouillante ou verser de l'eau bouillante sur la tasse juste avant de l'utiliser. Il n'est pas forcément indispensable de faire bouillir les tasses ouvertes.

Nettoyage d'un biberon

Toujours stériliser les biberons et les tétines avant leur première utilisation (voir l'encadré sur la stérilisation).

Ensuite, après chaque utilisation du biberon, il doit être bien nettoyé dans tous les angles avec un écouvillon (longue brosse fine et ronde avec un manche qui permet d'aller au fond d'une bouteille).

Les biberons et les tétines doivent être stérilisés. En ne les stérilisant pas, on augmente les risques de diarrhée et d'autres maladies, notamment dans les contextes de la plupart des situations d'urgence où les conditions d'hygiène et d'assainissement sont mauvaises.

Deux méthodes de stérilisation du matériel

Désinfection

Les ustensiles tels que les biberons et les accessoires peuvent être stérilisés chimiquement avec une solution d'hypochlorite de sodium (eau de Javel) en diluant 15 ml d'hypochlorite de sodium à 1% dans 1 litre d'eau. Cette solution doit être préparée tous les jours. Les autres produits doivent être préparés conformément aux instructions du fabricant.

Plonger le matériel complètement dans la solution pendant une heure. La préparation de la solution désinfectante doit être vérifiée régulièrement.

La solution désinfectante doit être jetée à la fin de chaque journée.

Ébouillantage (chauffage à l'eau)

Placer les ustensiles à stériliser dans une grande casserole.

Recouvrir les biberons et les tétines d'eau bouillante – s'assurer que les biberons sont bien remplis d'eau et complètement recouverts.

Amener l'eau à ébullition et garder à ébullition pendant 5 minutes – l'eau fait de gros bouillons.

Laisser refroidir dans l'eau, en recouvrant d'un couvercle stérile.

Après la stérilisation, le matériel doit être bien égoutté, et sécher à l'air libre.

Une fois sec, l'équipement doit être protégé des contaminations. Les biberons doivent être retournés sur des égouttoirs stériles et, idéalement, le petit matériel est enveloppé dans des tissus stériles. On ne doit pas sécher le matériel avec des torchons car cela crée un risque de contamination.

Les autres méthodes de stérilisation, par exemple en autoclave, au four ou au stérilisateur à très haute température sont plus utilisées dans les grandes structures, par exemple les hôpitaux ou les orphelinats (voir annexe 10).

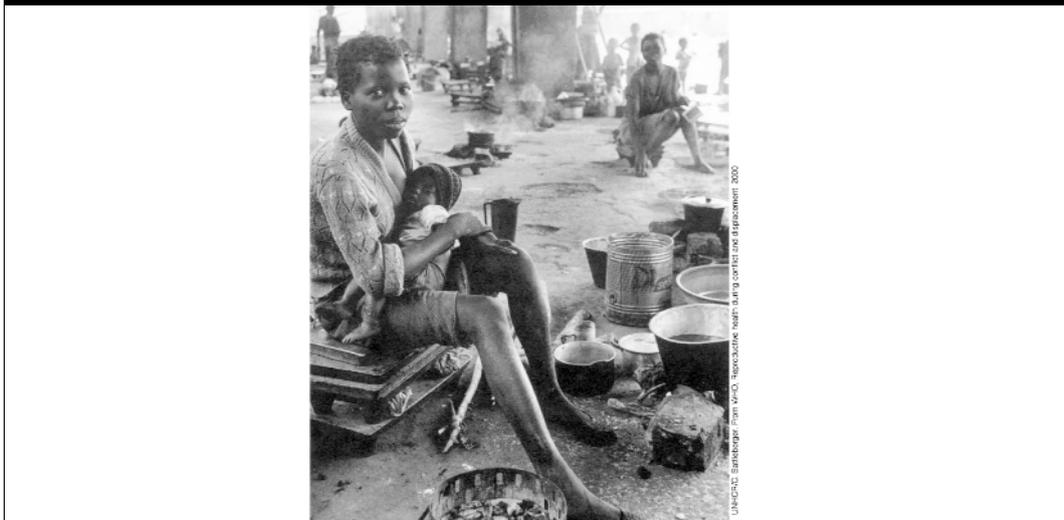
9.8 Préparation et stockage des aliments

Le meilleur moyen de vérifier que la personne qui s'occupe du nourrisson suit la bonne démarche pour préparer les aliments est de lui montrer comment préparer un repas et ensuite de la regarder le faire à son tour là où elle habite.

IFE 2/32

Conditions « domestiques » quand on n'est pas à la maison

IFE 2/32



Pendant la préparation des repas, toujours vérifier le mode d'emploi sur l'étiquette de la préparation pour nourrissons commerciale car des différences existent entre les différentes marques.

Les méthodes de préparation sont les mêmes pour les préparations pour nourrissons fabriquées à domicile. Mais certains détails peuvent varier dans les ingrédients, les mesures et les mélanges.

Si on utilise une tasse pour nourrir le nourrisson, il faut préparer et calibrer une mesure pour la quantité d'eau. Pour cela, on peut:

- se procurer un verre mesureur qui indique 60, 120 et 180 ml (sinon, utiliser un biberon)
- avec la mesure, verser 60, 120 ou 180 ml d'eau dans la tasse et faire une marque sur la paroi. La personne qui s'occupe du nourrisson pourra utiliser cette tasse à l'avenir pour mesurer les quantités d'eau et pour nourrir le nourrisson.

À mesure que le nourrisson grandit, la quantité de lait à préparer augmente.

Dix étapes pour préparer sans risque un biberon de substitut du lait maternel

Question : écrire les dix étapes suivantes au tableau/au rétroprojecteur et demander aux participants de dire ce qu'ils conseilleraient ou montreraient aux mères à chaque étape.

- | | |
|-----------------------|----------------------------|
| 1. se laver les mains | 6. mélanger |
| 2. nettoyer | 7. vérifier la température |
| 3. vérifier la date | 8. stocker |
| 4. faire bouillir | 9. utiliser ou jeter |
| 5. mesurer | 10. terminer |

Demander ensuite aux participants de se reporter à l'annexe 9 pour un détail de toutes les étapes.

9.9

Aide pour une utilisation sans risque des substituts du lait maternel par les personnes qui s'occupent des nourrissons



Une réfugiée bosniaque pose une main protectrice sur son nourrisson endormi. Elle a enveloppé le biberon dans de l'adhésif, peut-être aussi parce qu'elle considère cela comme une protection. En écoutant la mère et en apprenant à mieux la connaître de façon à l'encourager et sans la critiquer, l'agent de santé pourra savoir si la mère ébouillante le biberon avant chaque utilisation, ce qui serait une protection plus importante.

Pour aider la personne qui s'occupe du nourrisson à utiliser les substituts du lait maternel sans risque, l'agent de santé ou le travailleur de la nutrition doit :

- lui montrer comment nettoyer et stériliser les ustensiles et préparer les biberons
- la regarder nettoyer les ustensiles et préparer le biberon avec ses propres ustensiles, et, idéalement, là où elle les préparera normalement.
- lui donner des instructions claires et dans sa langue (oralement et, où cela s'impose, par écrit ou avec des images).
- donner des instructions seulement à la personne qui s'occupe du nourrisson et qui devra donner les biberons de préparation pour nourrissons.
- expliquer clairement les risques liés à l'utilisation de la préparation pour nourrissons.

*L'utilisation des substituts du lait maternel par un agent du système de soins doit toujours être accompagnée de **mesures éducatives** : démonstration de personne à personne et formations pratiques concernant la **préparation sans danger** du lait, suivi au site de distribution et à domicile par du personnel de santé formé. **Le suivi** doit inclure le contrôle régulier du poids corporel du nourrisson au moment de la distribution (pas moins de 2 fois par mois).*

Directives opérationnelles, 6.2.3, version 2.1, février 2007

Points à discuter avec la personne qui s'occupe du nourrisson

- le meilleur type de lait pour le nourrisson. Vous devez prendre en compte sa valeur en nutriments, son coût et la fiabilité de l'approvisionnement, ainsi que tous les désavantages.
- les ressources dont la personne qui va s'occuper du nourrisson aura besoin, y compris du combustible supplémentaire, davantage d'eau et des ustensiles.
- le temps que prendra la préparation des biberons. Si on ne peut pas accéder à un réfrigérateur, le nourrisson aura besoin de huit tétées préparées juste avant de les lui donner, et ce, 8 fois par jour dans un premier temps, puis au moins 6 fois par jour une fois qu'il aura atteint le poids de 5 kg.
- comment stériliser l'eau en la faisant bouillir à gros bouillons.
- comment préparer des tétées la nuit juste avant de les donner au nourrisson. La personne qui s'occupe du nourrisson peut mesurer le lait et l'eau bouillie séparément pendant la journée et les mélanger la nuit sans avoir besoin de trop de lumière.
- expliquer les avantages de l'alimentation à la tasse et expliquer comment on nourrit un nourrisson à la tasse (voir annexe 2 et IFE 9.6). Les personnes qui s'occupent des nourrissons et d'autres membres de la communauté pourront ainsi mieux comprendre que l'alimentation à la tasse est plus sûre que l'alimentation au biberon, et que le nettoyage de la tasse demande moins de travail.
- si on a des tasses ouvertes en plastique adaptées parmi les fournitures, on peut proposer d'échanger une tasse contre un biberon, et de remplacer la tasse si elle est abîmée.
- si les familles insistent pour utiliser les biberons, discuter des précautions supplémentaires qui doivent être prises pour les nettoyer et les stériliser, et du supplément de combustible et d'eau que cela demandera⁶.
- discuter pour montrer qu'il est important de tenir le nourrisson et d'entrer en relation avec lui à chaque tétée pour stimuler son développement.

Utilisation temporaire de substituts du lait maternel

Il peut arriver que les nourrissons aient besoin temporairement de lait artificiel de supplément, en général dans le cadre du soutien renforcé (voir partie 5.1) à l'allaitement maternel, dans les situations suivantes :

- quand leur mère est malade ou sévèrement malnutrie
- pendant que leur mère se rétablit et que la production de lait maternel reprend
- pendant que la relactation est mise en route
- s'ils se sont habitués au lait de supplément, pendant que l'allaitement maternel est remis en route
- lorsqu'ils sont malades ou n'arrivent pas à téter directement au sein, ou
- si leur mère a un problème au sein qui rend la tétée difficile, pendant que le problème est traité médicalement.

On doit alors suivre les mêmes principes pour le choix des aliments artificiels et pour leur préparation que pour les nourrissons totalement nourris aux aliments artificiels, sauf si le nourrisson souffre de malnutrition sévère (voir partie 8).

Il existe néanmoins quelques différences :

- l'utilisation d'un substitut du lait maternel moins adapté (voir partie 9.4) crée un risque nutritionnel moindre si ce lait n'est utilisé que sur une courte période et si l'allaitement maternel partiel se poursuit ou reprend rapidement que si le lait artificiel est la seule nourriture du nourrisson, et ce, sur une longue période. La composition nutritionnelle du lait maternel est idéale et permet de combler les insuffisances des aliments artificiels.
- l'alimentation à la tasse est plus importante lorsque l'on attend une reprise de l'allaitement au sein car l'utilisation du biberon empêche le nourrisson de bien téter au sein.
- le calcul des quantités de préparation pour nourrissons dont le nourrisson a besoin est plus compliqué si ce nourrisson est également allaité au sein.

Références

Les directives pour la préparation, la conservation et la manipulation dans de bonnes conditions des préparations en poudre pour les nourrissons,
http://www.who.int/foodsafety/publications/micro/pif_guidelines_fr.pdf

Préparation des poudres pour nourrissons pour une alimentation au gobelet à la maison,
http://www.who.int/foodsafety/publications/micro/PIF_Cup_fr.pdf

Préparation des poudres pour nourrissons pour une alimentation au biberon à la maison,
http://www.who.int/foodsafety/publications/micro/PIF_Bottle_fr.pdf

⁶ Conformément au Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (module 1, pp. 42-44).

9.10 Évaluation complète, étape 3 : observation de l'alimentation artificielle

Dans l'étape 3 de l'évaluation complète (voir la partie 3.3 pour les étapes 1 et 2), on commence par demander si le ménage a les ressources nécessaires au stockage et à la préparation du substitut du lait maternel, et s'il dispose d'un moyen fiable de se procurer le substitut du lait maternel choisi. Sans ces ressources, l'alimentation artificielle ne peut pas être faite de façon satisfaisante, même si la personne qui s'occupe du nourrisson est bien informée et expérimentée.

IFE 2/33

Évaluation complète, étape 3 : observation de l'alimentation artificielle IFE 2/33

De quelles ressources dispose le ménage ?

- Substituts du lait maternel :** ___ substitut du lait maternel (ou ingrédients et recette de préparation) adapté
 ___ date de péremption lisible et non dépassée
 ___ instructions dans la langue de l'utilisateur
 ___ un membre du ménage est capable de lire les instructions
 ___ approvisionnement garanti jusqu'à ce que le nourrisson n'en ait plus besoin
- Stockage :** ___ lieu de stockage sûr pour les ingrédients, les biberons préparés à l'avance
 ___ eau bouillie (contenant spécial propre, avec couvercle)
 ___ possibilité de réfrigération (si les biberons sont préparés à l'avance)
- Structures de préparation :** ___ combustible en quantité suffisante
 ___ eau potable en quantité suffisante
 ___ eau, savon pour nettoyer le matériel et se laver les mains en quantité suffisante
 ___ surface propre (tissu propre pour recouvrir les ustensiles)
 ___ moyens de mesurer le lait et l'eau (pas un biberon)
- Temps supplémentaire :** ___ temps de préparer 6 à 8 biberons par jour juste avant de les donner.

L'étape 3 de l'évaluation complète explore comment la personne qui s'occupe du nourrisson utilise les ressources du ménage pour préparer, donner et mener à bien un repas adapté à l'âge du nourrisson.

IFE 2/34

Évaluation complète, étape 3 : observation de l'alimentation artificielle IFE 2/34

Comment la personne qui s'occupe du nourrisson organise-t-elle la tétée ?

- Préparation :** ___ elle se lave les mains
 ___ elle lave la tasse au savon et à l'eau
 ___ le biberon et la tétine ont été lavés et ébouillantés avant d'être utilisés
 ___ la personne mesure correctement le lait et l'eau
- Technique :** ___ le nourrisson est nourri à la tasse, et prend la plus grande partie du lait
 ___ le nourrisson est nourri au biberon, avec une tétine artificielle
 ___ le nourrisson est nourri par une autre méthode : _____
- Relation et fin de la tétée :** ___ le nourrisson est tenu dans les bras pendant la tétée
 ___ la personne qui s'occupe du nourrisson a une relation tendre avec lui pendant la tétée
 ___ le nourrisson finit le lait
 ___ aucun reste du biberon n'est gardé pour être donné plus tard au nourrisson
- Bonne quantité de lait :** ___ nombre de tétées et quantité de lait correctes pour le poids et l'âge du nourrisson
- Alimentation adaptée l'âge :** ___ moins de 6 mois, le nourrisson ne reçoit que du lait
 ___ plus de 6 mois, le nourrisson reçoit du lait et des aliments de complément

Exercice pour l'étape 3 de l'évaluation complète : observation de l'alimentation artificielle (ressources)

En utilisant le formulaire ci-dessous, s'exercer à observer les ressources dont dispose la personne qui s'occupe du nourrisson pour lui donner une alimentation artificielle. Vous devrez peut-être aussi poser quelques questions. Mais la personne qui s'occupe du nourrisson vous en dira peut-être assez en répondant à une question ouverte comme « Comment se passe l'alimentation selon vous ? ».

Mieux vaut ne pas donner de conseil ni d'aide lors de l'observation (comme pour l'allaitement au sein). Vous serez plus à même d'apporter votre aide ultérieurement.

Quelles sont les ressources dont dispose le ménage ?**Demander :**

- Quelles provisions générales (eau, combustible, savon, etc.) la famille reçoit-elle ?
- Quand aura lieu la prochaine distribution de ces provisions ?
- Avez-vous parfois des difficultés pour obtenir ces provisions ?
- Quelle quantité de préparation pour nourrissons (ou d'ingrédients ou de repas pour nourrisson) la famille reçoit-elle tous les mois (ou à chaque intervalle de distribution) ?
- Pour quelle durée la famille pense-t-elle profiter d'un approvisionnement sûr ?

Examiner :

- les structures de stockage pour les ingrédients des biberons
- les quantités restantes de provisions générales
- les étiquettes sur les boîtes de préparation pour nourrissons, pour vérifier en quelle langue elles sont écrites et la date de péremption
- les moyens dont dispose la personne qui s'occupe du nourrisson pour mesurer l'eau et le lait

Formulaire d'exercice : évaluation complète, étape 3 – Ressources

Quelles sont les ressources dont dispose le ménage ?

- Substituts du lait maternel :** ___ substitut du lait maternel (ou ingrédients et recette de préparation) adapté à l'âge du nourrisson
 ___ la quantité utilisée depuis la dernière distribution est bonne
 ___ la quantité restante permettra d'attendre la prochaine distribution
 ___ la personne qui s'occupe du nourrisson n'a pas de problème pour recevoir la bonne quantité de lait artificiel ou d'autres ingrédients ; l'approvisionnement est assuré au moins jusqu'aux 6 mois du nourrisson
 ___ la date de péremption est visible et n'est pas dépassée
 ___ les instructions sont données dans la langue de l'utilisateur
 ___ la personne qui prépare les biberons ou un autre membre de la famille est capable de lire les instructions

- Stockage :** ___ stockage sûr/contenants fermant hermétiquement pour les ingrédients
 ___ les biberons ne sont préparés à l'avance que s'ils peuvent être réfrigérés
 ___ l'eau potable bouillie à l'avance est gardée dans un contenant spécial (propre et avec une fermeture)

- Structures de préparation :** ___ combustible en quantité suffisante pour faire bouillir de l'eau (et, le cas échéant, pour faire bouillir le biberon et la tétine à chaque tétée)
 ___ eau potable en quantité suffisante pour préparer plusieurs biberons par jour (au moins 1 litre)
 ___ eau en quantité suffisante pour laver les ustensiles et se laver les mains
 ___ possibilité d'utiliser une surface propre pour mettre les ustensiles (et de les couvrir avec un tissu propre)
 ___ moyens adaptés pour mesurer le lait et l'eau (si on utilise un biberon, le bout en a été coupé)

Temps supplémentaire de la personne qui s'occupe du nourrisson :

- ___ temps de préparer 6 à 8 biberons par jour juste avant de les donner si on n'a pas de possibilité de réfrigérer

Exercice pour l'étape 3 de l'évaluation complète : observation de l'alimentation artificielle (procédures)

Utiliser le formulaire ci-dessous. Mieux vaut ne pas poser de question sur ce que l'on peut observer soi-même comme le lavage des mains et des ustensiles, la mesure des ingrédients ou la technique d'alimentation.

Comme précédemment, ne pas donner de conseil ni d'aide au cours de l'observation.

Demander :

- Quel âge a le nourrisson ?
- Combien pèse-t-il ?
- Combien de biberons lui donnez-vous en un jour et une nuit ?

Étudier :

- comment la personne qui s'occupe du nourrisson prépare le biberon, y compris si elle se lave les mains, si elle lave les ustensiles, fait bouillir l'eau et les ustensiles (si elle utilise un biberon) et comment elle mesure les ingrédients
- comment la personne donne la tétée au nourrisson
- comment la personne nettoie après la tétée.

Formulaire d'exercice : évaluation complète, étape 3 – Procédures

Comment la personne qui s'occupe du nourrisson organise-t-elle la tétée ?

Préparation :

- elle se lave les mains
- la tasse (ou le biberon et la tétine) est couverte et placée dans un endroit propre
- le biberon et la tétine (si elle les utilise) sont ébouillantés juste avant la tétée
- le biberon et la tétine (si elle les utilise) ont trempé dans l'eau de Javel et sont maintenant rincés à l'eau propre bouillie
- l'eau utilisée pour préparer les aliments a bouilli à gros bouillons
- la personne mesure correctement les proportions de lait et d'eau

Technique d'alimentation :

- le nourrisson est nourri à la tasse, et prend la plus grande partie du lait
- le nourrisson est nourri au biberon
- le nourrisson est nourri par une autre méthode

Relation et fin de la tétée :

- le nourrisson est tenu dans les bras pendant toute la tétée
- la personne qui s'occupe du nourrisson a une relation tendre avec lui pendant la tétée
- le nourrisson finit le lait
- aucun reste du biberon n'est gardé pour être donné plus tard au nourrisson (mais la mère ou un autre enfant peut prendre le reste de lait)

Bonne quantité de lait :

- nombre de tétées correct pour le poids et l'âge du nourrisson
- la quantité donnée à chaque repas est correcte

Alimentation adaptée**à l'âge :**

- moins de 6 mois, le nourrisson ne reçoit que du lait
- plus de 6 mois, le nourrisson reçoit du lait et des aliments de complément

Suite de l'étape 3 de l'évaluation complète.

Après avoir accompli l'étape 3 de l'évaluation complète, la conseillère en santé, en nutrition ou communautaire qui a fait la visite doit féliciter la personne qui s'occupe du nourrisson pour tout ce qu'elle réussit à faire.

Elle doit aussi :

- encourager les efforts de la personne et ne pas être critique
- discuter de toutes ses difficultés et l'aider à réfléchir à des solutions. On doit par exemple parler de tous les problèmes qui peuvent empêcher que le lait fourni soit utilisé pour le nourrisson exclusivement.
- expliquer de nouveau les besoins précis du nourrisson, le nombre de repas dont il a besoin tous les jours, les quantités dont il a besoin à chaque repas, et le risque auquel il est exposé s'il ne reçoit pas la bonne quantité

- montrer à la personne qui s'occupe de l'enfant comment nettoyer (et si nécessaire stériliser) les ustensiles, et comment préparer les repas dans de meilleures conditions de sécurité.
- essayer de susciter la confiance des autres membres de la famille ou des voisins, et les encourager à aider la personne qui s'occupe du nourrisson
- organiser le suivi futur du nourrisson, à la fois à la clinique et à domicile, avec si nécessaire une nouvelle évaluation avec l'étape 3 de l'évaluation complète.

L'agent de santé et la conseillère en nutrition peuvent aussi faire un rapport à l'autorité qui gère le camp pour :

- l'informer des difficultés que connaissent les personnes qui s'occupent des nourrissons
- demander une amélioration des ressources distribuées pour la préparation et le stockage
- garantir un approvisionnement durable, à la fois pour le lait et pour les autres ingrédients dont ont besoin les nourrissons conformément aux critères reconnus, et encourager le respect du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.

C

L'alimentation des nourrissons dans les institutions

Dans les situations d'urgence, il arrive que ce soient des groupes de nourrissons qui aient besoin d'aide. Cela peut arriver par exemple dans un camp de réfugiés où se trouvent des nourrissons non accompagnés, ou lorsqu'on demande aux ONG d'apporter leur aide à des institutions de soin, comme les orphelinats.

Les principes développés dans cette section sont inspirés des recommandations actuelles et des expériences du terrain, et ils ont pour but d'aider les acteurs de l'aide à aider les groupes d'enfants dans les meilleures conditions de sécurité et aussi facilement que possible.

Principes

Dans la première phase d'une intervention de soutien à l'alimentation dans une institution, la priorité est d'éviter (ou de réduire) les décès et les maladies. Il sera peut-être impossible de mettre tout de suite en œuvre les principes standard. On doit plutôt commencer par se concentrer sur la limitation des risques immédiats liés aux pratiques existantes. Une fois que l'intervention est lancée, on aura davantage le temps et la capacité d'améliorer les pratiques en matière d'alimentation.

Aspects pratiques

Pour organiser en toute sécurité l'alimentation artificielle dans une institution, on va avoir besoin des éléments suivants :

- un approvisionnement fiable en aliments adaptés
- une structure bien organisée comprenant :
 - une zone pour la centralisation de la production
 - un lieu de stockage approprié
 - une zone propre pour la préparation
 - des zones permettant au personnel de se laver
 - la préparation correcte des bonnes quantités de lait
 - les bonnes méthodes de lavage.
- une alimentation sans risque.
- une bonne prise en charge des nourrissons
- un contrôle des infections.

9.11 Approvisionnement en laits artificiels

Pour des raisons pratiques et de nutrition, une préparation pour nourrissons sera probablement le substitut du lait maternel le plus approprié pour l'alimentation dans les institutions.

Les préparations pour nourrissons commerciales sont en général :

- des poudres non stériles
- des liquides stériles (par exemple des concentrés liquides ou du lait artificiel prêt à l'emploi)

Les préparations pour nourrissons en poudre n'étant pas stériles, elles risquent d'être contaminées par des micro-organismes tels que *E. sakazakii* et la salmonelle. Les nourrissons particulièrement vulnérables aux infections sont les nourrissons ayant un faible poids de naissance ou les nourrissons nés prématurément, et ceux dont les mères sont séropositives au VIH. Voir la partie 9.14 pour les mesures préventives.

Le choix du lait à utiliser dépend des ressources (la préparation pour nourrissons prête à l'emploi est plus onéreuse), des disponibilités (il est possible qu'on puisse localement se procurer de la préparation pour nourrissons prête à l'emploi), du transport et du stockage (la préparation pour nourrissons prête à l'emploi prend beaucoup plus de place) et des structures de préparation (la préparation pour nourrissons prête à l'emploi ne demande pas de préparation avec de l'eau).

Si l'institution avait l'habitude d'un fournisseur en substituts du lait maternel avant la situation d'urgence, on garantit probablement un meilleur approvisionnement en ne changeant pas de fournisseur. Il faut néanmoins préparer des plans et des procédures pour un approvisionnement d'urgence en un autre lait pour nourrisson au cas où des problèmes surviendraient dans la chaîne d'approvisionnement. On peut par exemple avoir un stock d'urgence de préparation pour nourrissons ou une solution de substitution acceptable à court terme et utilisant des ingrédients disponibles localement (voir annexe 7).

On doit prévoir un approvisionnement sûr et durable en préparation pour nourrissons (de préférence générique), conformément aux dispositions du Code international.

9.12 Pour préparer davantage de lait artificiel

Pour préparer des biberons individuels de lait artificiel, suivre le mode d'emploi de ce produit en particulier et utiliser la mesure fournie dans le paquet ou dans la boîte (voir annexe 7).

Pour nourrir de grands nombres de nourrissons, il peut être plus pratique de préparer les biberons en plus grandes quantités.

On peut calculer les quantités de lait et d'eau nécessaires pour préparer de plus gros volumes en multipliant le nombre de mesures du produit en fonction du nombre de nourrissons. Si le poids de préparation en poudre contenu dans une mesure n'est pas inscrit sur la boîte, peser avec précision la quantité de poudre contenue dans une mesure, en utilisant une balance appropriée.

Exercice

Les instructions mentionnées sur l'étiquette de la préparation pour nourrissons X disent d'ajouter une mesure pleine de lait artificiel à 30 ml d'eau chaude et préalablement bouillie. La boîte contient 450 g de lait artificiel. Une mesure contient 4,5 g.

Si 100 nourrissons ont besoin de téter et que le volume moyen des biberons est de 150 ml, quel volume d'eau et de préparation pour nourrissons va-t-on devoir mélanger ?

Réponse

Volume total nécessaire: $100 \text{ nourrissons} \times 150 \text{ ml} = 15000 \text{ ml} = 15 \text{ litres de lait}$

Si 4,5 g de préparation pour nourrissons donnent (approximativement) 30 ml de lait, 450 g (1 boîte) de préparation pour nourrissons donnent 3 litres de lait.

Donc pour fabriquer 15 (3 litres x 5) litres de lait, on a besoin de 5 boîtes de préparation pour nourrissons en poudre et de 15 litres d'eau.

Verser 5 boîtes de 450 g dans 15 litres d'eau chaude préalablement bouillie.

La quantité mesurée de lait en poudre étant ajoutée aux 15 litres, on aura préparé finalement plus de 15 litres.

Pour reconstituer des quantités plus importantes de préparation pour nourrissons, ajouter la poudre peu à peu et battre la préparation entre deux ajouts jusqu'au moment où la poudre est bien diluée.

9.13 Organisation de la préparation des laits

Zone pour la centralisation de la production

On a besoin d'une zone de centralisation de la production où l'on pourra préparer et distribuer les biberons de lait artificiel et nettoyer les biberons et les équipements (par exemple une banque de lait). Idéalement, ce sera un local ou une tente séparée ou, sinon, on peut utiliser une section protégée dans une zone où il n'y a pas de risque de contamination des aliments.

Dans une banque de lait/zone de stockage, on doit séparer et organiser des zones pour le stockage, pour la préparation et pour le nettoyage.

Pour implanter une banque de lait il faut aussi choisir un endroit séparé physiquement des enfants malades et des zones « souillées » (par exemple les toilettes ou les poubelles), à l'écart des allées et venues du personnel, mais en même temps proche de l'endroit où le lait va être donné.

Préparation

Pour reconstituer la préparation pour nourrissons en poudre, on doit utiliser exclusivement de l'eau qui a été stérilisée par chauffage (amenée à ébullition à gros bouillons). L'eau adoucie chimiquement ne convient pas à la préparation du lait artificiel.

Lors de la reconstitution de la préparation pour nourrissons, on doit utiliser une « technique aseptique » pour réduire le risque de contamination. Cela signifie que l'on doit reconstituer le lait en poudre ou le concentré liquide avec de l'eau bouillie sûre, en respectant les conditions d'hygiène, et le stocker dans un contenant propre au réfrigérateur ou l'utiliser immédiatement (voir stockage ci-dessous).

Pour pouvoir mettre en œuvre une technique aseptique, il faut que :

- les sols, les murs et les plafonds soient construits en matériaux faciles à nettoyer.
- la zone de préparation soit nettoyée, désinfectée et rangée tous les jours. Éviter le nettoyage à sec (balayer, faire la poussière) pendant la journée.
- les surfaces de travail soient nettoyées avec une solution antibactérienne (par exemple de l'alcool à 70% ou un agent de nettoyage particulier) avant et après chaque cycle de préparation des repas.
- tous les ustensiles non jetables et servant à la préparation des repas, comme les biberons, les tasses, les gobelets, les joints de tétines, les tétines, les capuchons soient stérilisés avant d'être utilisés (voir l'encadré sur la stérilisation).
- les tétines à usages multiples soient ébouillantées avant d'être de nouveau utilisées, et qu'on vérifie régulièrement qu'elles ne sont pas usées ou fissurées.
- les produits jetables, comme les biberons et les tétines, soient stériles et prêts à l'emploi.
- le local soit bien ventilé. Il est important que l'air y soit pur et sec pour réduire le risque de contamination par des insectes, de la poussière et la condensation. Essayer d'éviter de créer de la condensation en faisant bouillir de l'eau ou en cuisant à la vapeur. L'idéal est d'être équipé d'un système de ventilation, mais ce n'est pas toujours possible. Les courants d'air créés par les ventilateurs et les portes laissées ouvertes ont tendance à soulever la poussière, il faut donc que la zone de préparation en soit un peu éloignée.

Stockage

Question : demander aux participants comment les produits ci-dessous doivent être stockés.

Montrer le tableau ci-dessous et le comparer aux réponses qui ont été données.

Produit	Stockage	Durée	Autres considérations
Liquide non ouvert et préparation pour nourrissons en poudre	Endroit sec et tempéré (entre 0 et 30°C)	Jusqu'à la date de péremption	Utiliser selon une méthode de rotation : premier livré, premier utilisé. Jeter la préparation pour nourrissons dont la date de péremption est dépassée
Préparation pour nourrissons en poudre ouverte	Endroit sec et tempéré	Jusqu'à 4 semaines dans la boîte d'origine	Noter les instructions du fabricant. Marquer d'une étiquette mentionnant l'heure et la date d'ouverture
Préparation pour nourrissons liquide commercial ouverte	Réfrigérateur	Jusqu'à 48 heures	Dans le conditionnement d'origine, fermé
Préparation pour nourrissons préparée à l'avance	Réfrigérateur	Voir tableau 9.2 ci-dessous	Stocker à proximité mais en dehors de la zone de préparation pour que le personnel puisse donner les biberons sans avoir à entrer dans la zone de préparation

Idéalement, on utilise un réfrigérateur pour stocker le lait qui a été préparé, et seul du lait préparé est stocké dans ce réfrigérateur.

Lorsqu'on dispose de peu voire pas d'équipement de réfrigération, les laits artificiels doivent être préparés juste avant les tétées, et tout surplus ou reste doit être jeté.

Une fois préparée, la préparation pour nourrissons doit être refroidie à moins de 6°C (la température usuelle d'un réfrigérateur) ou de façon à être froide lorsqu'on la touche, dans l'heure qui suit la préparation.

La préparation pour nourrissons préparée à l'avance, une fois sortie du réfrigérateur, doit être donnée au nourrisson dans les 30 minutes.

Le tableau 9.2 donne les durées recommandées de conservation des biberons de préparation pour nourrissons, mais il faut aussi prendre en compte la température locale, qui peut être variable dans une journée - si les températures sont élevées, les durées de conservation de la préparation pour nourrissons en dehors du réfrigérateur seront plus courtes.

Préparation pour nourrissons	A utiliser avant
Préparation pour nourrissons préparée à l'avance, non réfrigérée	1 heure*, idéalement utilisée immédiatement
Préparation pour nourrissons préparée à l'avance, réfrigérée	24 heures
Préparation pour nourrissons restant dans le biberon à la fin de la tétée	Jeter

* dépend de la température ambiante, peut-être moins si la température est élevée.

Lavage

Si l'équipement est nettoyé dans la salle où se fait aussi la préparation des biberons, s'organiser pour que le lavage et la préparation ne se fassent pas en même temps. Par exemple, une fois que les biberons ont été préparés pour une tétée, la salle et les ustensiles peuvent être nettoyés en vue du prochain biberon.

Le lavage doit être organisé en 3 temps avec le lavage, le rinçage et la désinfection. Tous les équipements et ustensiles doivent alors être stérilisés et rangés pour éviter la contamination (voir partie 9.7 sur la préparation des biberons pour un nourrisson). S'il n'a pas été utilisé depuis 3 semaines, le matériel doit de nouveau être stérilisé.

A la fin de chaque journée, les écouvillons doivent être nettoyés avec soin, laissés dans un désinfectant pendant une heure, égouttés et séchés à l'air libre. Les torchons peuvent être des sources de contamination.

Hygiène personnelle

Le moyen le plus important pour contrôler les infections est de se laver les mains. Il est essentiel que les personnes qui manipulent la préparation pour nourrissons aient une bonne méthode pour se laver les mains (voir encadré « Comment se laver les mains »). Il faut que l'endroit où on se lave les mains soit doté des produits nécessaires (par exemple une brosse à ongles, du savon) et soit à part, tout en étant à proximité de la zone de préparation des biberons. Le savon liquide ou en poudre vaut mieux que le savon solide (qui risque d'être contaminé par des germes).

Idéalement, le personnel qui prépare les biberons enlève ses bagues et boucles d'oreilles, porte un uniforme et se couvre les cheveux avec un foulard propre ou un bonnet lorsqu'il se déplace dans l'enceinte du centre de santé en dehors de la zone de préparation.

Comment se laver les mains

Utiliser une quantité suffisante de savon, commencer par frotter le coude, puis l'avant-bras et les mains. Tenir les mains et les avant-bras en l'air, plus haut que le coude pour que l'eau sale ne coule pas vers les mains. Continuer à frotter pendant 3 minutes.

Références

Les directives pour la préparation, la conservation et la manipulation dans de bonnes conditions des préparations en poudre pour les nourrissons,

http://www.who.int/foodsafety/publications/micro/pif_guidelines_fr.pdf

Préparation de poudre pour nourrissons dans les établissements de soins,

http://www.who.int/foodsafety/publications/micro/PIF_Care_fr.pdf

Préparations en poudre pour nourrissons dans les établissements de soins,

http://www.who.int/foodsafety/publications/micro/PIF_Poster_fr.pdf

http://www.who.int/foodsafety/publications/micro/PIF_Poster_en.pdf

9.14 Prise en charge des nourrissons⁹

La formation du personnel qui va prendre en charge les nourrissons est déterminante. Elle doit comprendre une partie de soins pratiques, par exemple pour l'alimentation et la toilette des jeunes nourrissons, et une partie sur la relation, le jeu et la stimulation des nourrissons.

Le lien entre les nourrissons et les personnes qui s'occupent d'eux sera probablement meilleur si ce personnel est affecté à cette tâche spécifiquement ou si on nomme des personnes clés qui ont une plus grande responsabilité envers les nourrissons individuellement.

Dans une structure très chargée, on risque souvent d'omettre l'organisation d'activités de jeu car les autres tâches sont prioritaires - on doit tout faire pour encourager et protéger ces périodes de jeu.

Les nourrissons non accompagnés sont parfois pris en charge au sein d'une structure de santé, par exemple dans un service d'un hôpital. On doit alors veiller à réduire les risques d'infections croisées venant de patients malades et éviter la « médicalisation » de l'alimentation.

Les nourrissons qui souffrent de malnutrition sévère doivent être transférés vers une structure de santé adaptée, par exemple un hôpital ou un programme de nutrition thérapeutique, ou, si c'est impossible, ils doivent être pris en charge conformément aux recommandations actuelles (voir partie 8).

Lorsque les nourrissons développent une maladie infectieuse dans le centre de santé ou là où ils sont pris en charge, on doit les isoler des autres nourrissons en bonne santé jusqu'à ce qu'ils ne soient plus porteurs de maladie infectieuse. Dans une structure de santé, les recommandations d'isolement doivent suivre les normes internationales, et dans les autres types de lieux elles doivent être organisées en fonction du type d'infection.

On doit accorder une attention particulière à l'alimentation des nourrissons malades - qui doit être donnée, si possible, par une personne désignée.

Tous les nourrissons doivent recevoir les vaccins usuels conformément aux protocoles nationaux.

9.15 Contrôle de la contamination de la préparation pour nourrissons

Les moyens essentiels pour contrôler la contamination de la préparation pour nourrissons sont les suivants :

- la prévention des contaminations externes du lait, ou du développement d'organismes présents dans les laits préparés à l'avance. On doit prendre des précautions supplémentaires pour la manipulation, le stockage et la préparation.
- la réduction des risques d'infection par des micro-organismes qui peuvent être présents dans les laits artificiels en poudre (contamination intrinsèque) à cause du processus de fabrication.
- la détection, dès que possible, de toutes les infections, ou intoxications, dues à la contamination du lait.
- des procédures rapides pour des recherches éventuelles et, si nécessaire, la mise en place de procédures de contrôle.

Les nourrissons dont l'immunité est fragile, dont les nouveaux-nés (notamment les grands prématurés) et les nourrissons séropositifs au VIH, ont des risques d'infection particulièrement forts.

Pour prendre en charge des nourrissons particulièrement exposés au risque, le plus sûr peut être d'utiliser une préparation pour nourrissons liquide commerciale, ou une préparation pour nourrissons qui a subi une procédure de décontamination, par exemple en utilisant de l'eau bouillante pour reconstituer le lait, ou en chauffant le lait une fois qu'il est reconstitué (voir annexe 10)¹⁰.

Prévention

Les procédures de prévention sont variables selon la taille de l'unité et les ressources disponibles, mais elles doivent comporter :

- le lavage des mains (voir l'encadré de la partie 9.13 pour la technique).
- une technique aseptique pour la reconstitution de la préparation pour nourrissons.

⁹ Voir Les directives de l'OMS pour la préparation, la conservation et la manipulation dans de bonnes conditions des préparations en poudre pour les nourrissons, disponibles à l'adresse http://www.who.int/foodsafety/publications/micro/pif_guidelines_fr.pdf

¹⁰ Recommandation de l'atelier commun FAO/OMS sur E sakazakii et les autres micro-organismes présents dans le lait artificiel en poudre, février 2004, résumé à l'adresse <http://www.who.int/foodsafety/micro/meeting/feb2004/en> et FAO/WHO Expert meeting on Enterobacter sakazakii and Salmonella in powdered infant formula, Rome, 16-20 janvier 2006, <http://www.who.int/entity/foodsafety/micro/jemra/meetings/jan2006/en/index.html>

- le ménage et le nettoyage de la salle de préparation et des locaux où la préparation pour nourrissons est donnée aux nourrissons.
- une stockage approprié de la préparation pour nourrissons et un respect des dates de péremption.
- des contrôles de qualité pour tout le matériel de chauffage, de réfrigération et de nettoyage.
- idéalement, le personnel ne doit pas travailler s'il est malade ou s'il risque d'avoir une maladie infectieuse, notamment une maladie gastro-intestinale. Mais ce principe peut être difficile à respecter en pratique. Lorsque les contraintes de personnel rendent toute exclusion pour maladie impossible, on peut accepter les maladies peu graves, non gastro-intestinales, mais les procédures d'hygiène n'en sont que plus importantes.

En cas d'épidémie d'infection

Les épidémies d'infections qui sont rapportées sont souvent dues à de mauvaises procédures de stockage (mauvaise manipulation, températures trop élevées ou non respect de la durée de conservation).

Pour réduire les taux d'infection, la méthode du prélèvement d'échantillons microbiologiques dans le lait préparé à l'avance pour les nourrissons n'est pas particulièrement efficace. Il est plus utile d'investir le temps et les ressources disponibles dans la formation du personnel, les procédures de surveillance et l'entretien du matériel.

Dans des circonstances extrêmes, par exemple en cas d'épidémie de diarrhée due à une préparation pour nourrissons, on peut temporairement recourir à la solution de la stérilisation à très haute température (voir annexe 10).

Étude de cas : les difficultés de l'alimentation dans les institutions

Pendant la crise du Kosovo de 1999, nous avons pris en charge 25 nourrissons et jeunes enfants non accompagnés dans l'hôpital principal de Pristina. La plupart étaient dans une chambre du service de pédiatrie et étaient pris en charge par les infirmières, et 4 nourrissons étaient pris en charge dans le service de néonatalogie.

La plupart dormaient et passaient leurs journées dans des lits d'enfants, où beaucoup étaient attachés aux montants de leurs lits. Le lait était la principale source de nutriments, avec peu d'aliments de complément – préparation pour nourrissons pour les jeunes nourrissons et lait de vache (stérilisé à ultra haute température) pour les nourrissons plus grands et les jeunes enfants. En général ils étaient tous nourris couchés sur le dos, parfois avec le biberon calé sur des coussins. Selon le critère du rapport poids/taille, aucun de ces enfants ne souffrait de malnutrition sévère, mais leur statut en micronutriment était incertain, et leur développement en matière d'alimentation, leur développement psychosocial et leur langage étaient très en retard.

Par où commencer ? Nous avons commencé par la cuisine, pour vérifier la préparation du lait et quel type de lait on utilisait. Pour une partie de l'approvisionnement en préparation pour nourrissons, on a choisi un fournisseur local, et l'autre partie a été fournie par des dons d'ONG. On a employé des personnes pour s'occuper des nourrissons, et l'un de leurs premiers rôles a été de « mater » les nourrissons et les enfants. On a continué à donner du lait artificiel aux jeunes nourrissons, mais les personnes les ont pris dans les bras pour leur donner le biberon et ne les ont plus laissés dans leur lit. On a créé un accès à une salle de jeu dans le voisinage. On a commencé à donner des gobelets et des aliments de complément aux nourrissons plus grands. On a commencé par donner à tous de la banane écrasée. Les troupes de l'OTAN, basées à l'hôpital et qui avaient entendu parler de l'état critique de ces nourrissons, apportaient sans cesse des bananes !

Marie McGrath, (SC UK), Kosovo, 1999

Références

Les directives pour la préparation, la conservation et la manipulation dans de bonnes conditions des préparations en poudre pour les nourrissons, disponibles à l'adresse http://www.who.int/foodsafety/publications/micro/pif_guidelines_fr.pdf

Les directives opérationnelles pour l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence, version 2.1, février 2007, Groupe de travail sur l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants dans les situations d'urgence (IFE Core Group), disponible en ligne à l'adresse <http://www.enonline.net/ife>

La politique de l'UNHCR relative à l'acceptation, la distribution et l'utilisation des produits laitiers dans les situations de réfugiés (2006) est disponible en anglais et en français à l'adresse <http://www.unhcr.org> ou à l'adresse <http://www.enonline.net/ife>, ou en envoyant un e-mail à l'adresse ABDALLAF@unhcr.org ou HQTS01@unhcr.org



Crédits photos

En haut à droite: UNICEF, Somalia; Guatemala/LINKAGES, Maryanne Stone-Jimenez; M.Jakobsen, Guinea Bissau, 1987; Mae La camp, Thailand, O.Banjong, 2001; Breastfeeding supplementer, Mike Golden; Peru, WHO/PAHO; Domasi Rural Health Clinic, Malawi, St Louis Nutrition Project, Heidi Sandige, 2003; Mother and child, Valid International.