

L'alimentation infantile dans les situations d'urgence



Module 2 Version 1.1

Pour le personnel de santé et les travailleurs de la nutrition dans les situations d'urgence

Formation, pratique et références

Développé dans le cadre d'une collaboration entre ENN, IBFAN, Fondation Terre des hommes, Action Contre la Faim, CARE USA, Linkages, UNICEF, UNHCR, OMS et PAM.

Décembre 2007

Crédits photos :

En haut à droite: Kent Page, UNICEF, RDC, 2003.

Bande verticale: de haut en bas : Mae La camp, Thaïlande, O. Banjong, 2001.

Guatemala/LINKAGES, Maryanne Stone-Jimenez.

M. Jakobsen, Guinée Bissau, 1987.

Ce manuel de formation n'aurait pas pu être développé sans la contribution en temps et en efforts de professionnels de la nutrition et de la santé trop nombreux pour être tous cités. Ce document s'inspire des meilleures pratiques existantes et de données issues des publications disponibles. Pour les domaines peu abordés dans la littérature, il s'inspire d'une longue expérience et des opinions de nombreux experts.

Ce document est le produit d'une collaboration interinstitutionnelle entre des agences qui ont apporté au projet leurs ressources financières ou leur temps, voire les deux. Ces agences sont les suivantes :

Action Contre la Faim (ACF)
CARE USA
Emergency Nutrition Network (ENN)
Fondation Terre des hommes, Lausanne, Suisse
IBFAN – représenté par son bureau de coordination régionale à Genève (GIFA)
LINKAGES
OMS
PAM
UNICEF
UNHCR

Ce matériel n'est pas une publication des agences mentionnées ci-dessus et il doit être considéré comme un « document vivant » à utiliser, à commenter et à développer, qui sera mis à jour quand cela sera nécessaire.

Vos commentaires sont les bienvenus ; vous pouvez également nous faire parvenir des informations

complémentaires et nous faire part de votre expérience dans l'utilisation de ce matériel. Ces éléments peuvent être envoyés à ENN à l'adresse ci-dessous.

Compte tenu des informations venues du terrain après la diffusion de la première version du module 2, cette réimpression (Décembre 2007) rassemble quatre sections. Pour l'essentiel, le contenu reste inchangé, mais cette nouvelle version indique les références d'un certain nombre de documents importants produits ou mis à jour depuis la sortie de la première version (voir Mise à jour des références, p. 5). Par ailleurs, la section sur le VIH (Section 2 du manuel principal) ainsi que les extraits des Directives opérationnelles sur la nutrition infantile dans les situations d'urgence ont été mis à jour. Le groupe sectoriel nutrition du comité permanent inter-agences a financé la mise à jour de la version anglaise et sa traduction en français. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a financé la première impression du module en version française. Cette version est une réimpression de la version anglaise et la première impression de la version française.

Ce manuel est disponible en ligne à l'adresse : www.enonline.net/ife

Les versions papier sont disponibles sur commande auprès d'ENN à l'adresse ci-dessous.

Emergency Nutrition Network (ENN), 32, Leopold Street, Oxford OX4 1TW, Royaume-Uni ;
tél : +44 (0)1865 324996/249745 ; fax : +44 (0)1865 324996 ;
e-mail : office@enonline.net ; ife@enonline.net

Principales définitions

Alimentation artificielle :

alimentation par des substituts du lait maternel.

Alimentation de complément (autrefois appelée « alimentation de sevrage ») :

le fait de donner des aliments de complément en plus du lait maternel ou des préparations pour nourrissons.

Alimentation optimale des nourrissons et des jeunes enfants :

allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois, puis poursuite de l'allaitement maternel combiné avec des aliments de complément adaptés jusqu'à l'âge de deux ans et au-delà.

Aliments commerciaux pour bébés (aliments de complément élaborés industriellement) :

nourriture semi-solide ou solide, infusions ou jus sous marque commerciale distribués en flacons ou en paquets.

Aliments de complément :

toute nourriture, qu'elle soit fabriquée à des fins commerciales, produite localement ou préparée à domicile, adaptée pour être un complément du lait maternel ou de la préparation pour nourrissons quand l'un ou l'autre ne suffisent plus à satisfaire les besoins nutritionnels du nourrisson (à partir de l'âge de 6 mois). Les aliments de compléments vendus pour les nourrissons de moins de 6 mois sont des substituts du lait maternel.

Note : ne pas confondre les aliments de complément et les aliments de supplément qui sont des produits destinés à compléter une ration générale et utilisés dans les programmes d'alimentation dans les situations d'urgence pour prévenir et lutter contre la malnutrition et la mortalité dans les groupes vulnérables.

Allaitement maternel exclusif :

alimentation par l'allaitement au sein ou au lait maternel à l'exclusion de tous les autres aliments ou liquides (eau, jus, infusion, aliments donnés avant le lait maternel), sauf des compléments micronutritionnels ou des médicaments en gouttes ou en sirop.

Articles pour l'alimentation des nourrissons :

biberons, tétines, seringues (en général utilisées au sein d'institutions); ou tasses pour bébés avec couvercles adaptés.

Autres laits :

lait en poudre entier, demi-écrémé ou écrémé ; lait liquide entier, demi-écrémé ou écrémé ; laits de soja.

Le Code international :

le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, adopté par l'Assemblée mondiale de la santé (AMS) en 1981 et toutes les résolutions ultérieures pertinentes de l'AMS, que l'on désignera ici comme le « Code international »*. Le Code international a pour objectif de contribuer à une nutrition des nourrissons sûre et adaptée, en protégeant et en encourageant l'allaitement maternel, et en s'assurant de l'utilisation appropriée des substituts du lait maternel (voir définition précédente) lorsqu'ils sont nécessaires, sur la base d'une information adéquate et par une commercialisation et une distribution appropriées. Le Code et toutes les résolutions ultérieures pertinentes établissent les responsabilités de l'industrie des aliments pour nourrisson, du personnel de santé, des gouvernements nationaux et des organisations impliquées en matière de commercialisation des substituts du lait maternel, biberons et tétines.

Nourrissons :

enfants de moins de 12 mois.

Préparation pour nourrissons :

substitut du lait maternel élaboré de façon industrielle conformément aux Normes applicables du Codex Alimentarius (programme conjoint de l'OMS et de la FAO sur les normes alimentaires) pour répondre aux besoins en matière de nutrition des nourrissons de moins de 6 mois. La préparation pour nourrissons peut aussi être fabriquée à la maison et, dans ce cas, on la désigne comme « de fabrication domestique ».

Relactation : reprise de l'allaitement maternel après que la production de lait a diminué ou s'est arrêtée.

Substitut du lait maternel :

toute nourriture, commercialisée ou non, présentée comme un substitut partiel ou total du lait maternel, qu'il soit ou non adapté à cet usage ; en termes pratiques, les substituts comprennent le lait ou le lait en poudre vendus pour les enfants de moins de 2 ans et les aliments de complément, les jus et les infusions vendus pour les enfants de moins de 6 mois.

* http://www.who.int/nutrition/publications/code_french.pdf

Manuel principal

Sommaire 6

1 Comment fonctionne l’allaitement maternel.....9

1.1 Une mise au sein efficace..... 9

1.2 Flux de lait et confiance.....14

1.3 Une bonne production de lait.....15

1.4 Alimentation adaptée à l’âge.....17

2 Un soutien pour toutes les mères.....18

2.1 La nutrition adéquate..... 19

2.2 Des services de maternité utiles..... 22

2.3 Des services de santé adaptés.....24

2.4 Aide et soutien social prolongés.....29

3 Évaluation du couple mère/enfant31

3.1 Deux formes d’évaluation.....31

3.2 Évaluation rapide simplifiée (ERS).....32

3.3 Évaluation complète de l’alimentation infantile36

4 Aider à améliorer l’alimentation infantile 44

4.1 Choisir l’aide nécessaire.....44

4.2 Soutien de base à l’allaitement maternel.....46

5 Soutien spécialisé à l’allaitement maternel..... 54

5.1 Soutien renforcé à l’allaitement maternel.....54

5.2 Nourrissons ayant un faible poids de naissance.....55

5.3 Bébés maigres et ayant un poids insuffisant.....57

5.4 Nourrissons qui refusent le sein.....57

5.5 Organisation de l’allaitement maternel pour une mère malnutrie.....58

5.6 Mères traumatisées, en crise émotionnelle ou qui rejettent leur
nourrisson.....58

5.7 Autres possibilités pour obtenir du lait maternel.....61

Chapitres complémentaires

6 Relactation.....64

6.1 Indications pour la relactation.....64

6.2 Conditions pour la relactation.....65

6.3 Comment aider une mère à produire de nouveau du lait.....65

6.4 L’alimentation du nourrisson pendant la relactation.....70

7 Santé des seins et situations particulières.....74

7.1 Niveau d’appui nécessaire.....74

7.2 Seins pleins et taille des seins.....74

7.3 Les problèmes de mamelons.....75

7.4 Douleur et gonflement des seins.....76

8 Le jeune nourrisson souffrant de malnutrition sévère.....79

8.1 La malnutrition chez les nourrissons de moins de 6 mois.....79

8.2 Vue générale sur la prise en charge.....80

8.3 Évaluation et admission.....81

8.4 Choix de la bonne alimentation.....82

8.5 Les phases du traitement.....84

8.6 Le suivi des progrès.....84

8.7 Prise en charge quand l’allaitement au sein est possible.....85

8.8 Prise en charge quand l’allaitement au sein n’est pas possible.....91

8.9 Alimentation et prise en charge des mères.....92

8.10 Sortie et suivi.....94

8.11 Références.....95

8.12 Conseils.....95

9 Quand les nourrissons ne sont pas allaités au sein.....96

A	Interventions pour l'alimentation infantile à l'échelle d'une population.....	96
9.1	L'approche du soutien à l'alimentation artificielle dans une population.....	97
9.2	Besoins initiaux pour mettre en place l'alimentation artificielle.....	99
9.3	Suivi et surveillance.....	100
B	Aide aux personnes qui s'occupent des nourrissons non allaités au sein	100
9.4	Quels substituts du lait maternel faut-il donner ?	101
9.5	Quelle quantité de substituts du lait maternel donner et à quelle fréquence ?.....	102
9.6	Alimentation de l'enfant de 6 à 24 mois non allaité au sein.....	102
9.7	Comment utiliser l'équipement pour l'alimentation dans les meilleures conditions d'hygiène et de sécurité ?	103
9.8	Préparation et stockage des aliments	104
9.9	Aide pour une utilisation sans risque des substituts du lait maternel par les personnes qui s'occupent des nourrissons	105
9.10	Évaluation complète, étape 3 : observation de l'alimentation artificielle... ..	107
C	L'alimentation des nourrissons en institution	110
9.11	L'approvisionnement en préparation pour nourrissons	110
9.12	Pour préparer davantage de préparation pour nourrissons	111
9.13	Organisation de la préparation des aliments.....	111
9.14	Prise en charge des nourrissons	114
9.15	Contrôle de la contamination de la préparation pour nourrissons	114

Annexes

Annexe 1	Résumé sur allaitement et traitement médical de la mère.....	118
Annexe 2	Comment nourrir un bébé à la tasse.....	119
Annexe 3	Expression manuelle du lait maternel.....	121
Annexe 4	Calcul des besoins en préparation pour nourrissons aux premiers stades d'une urgence	123
Annexe 5	Calcul des besoins quotidiens et mensuels en substituts du lait maternel... ..	124
Annexe 6	Exercice sur le cadre logique de l'alimentation artificielle au niveau d'une population.....	125
Annexe 7	Guide des laits et recettes de préparation des substituts du lait maternel.....	127
Annexe 8	Comment nourrir un bébé au biberon.....	129
Annexe 9	Dix étapes pour préparer sans risque un biberon de substitut du lait maternel.....	130
Annexe 10	Autres méthodes de stérilisation.....	131
Annexe 11	Principes de l'alimentation de complément des enfants allaités au sein... ..	132
Annexe 12	Alimentation de l'enfant non nourri au sein entre 6 et 24 mois.....	134
Annexe 13	Les aliments (dont le lait maternel et les préparations pour nourrissons) utilisables pour l'alimentation thérapeutique des nourrissons de moins de 6 mois.....	136
Annexe 14	Les coins allaitement maternel.....	138
Annexe 15	Document OMS/TALC sur la prise en charge des cas de malnutrition sévère.....	139
Annexe 16	Alimentation lactée thérapeutique pour la réalimentation initiale dans la phase de stabilisation des nourrissons allaités au sein et non allaités au sein	141
Annexe 17	Alimentation lactée thérapeutique dans la phase de transition pour les nourrissons non allaités au sein.....	143
Annexe 18	Alimentation lactée thérapeutique dans la phase de rattrapage de croissance pour les nourrissons non allaités au sein	145
Annexe 19	Consultation technique de l'OMS sur le VIH et l'alimentation des nourrissons, tenue au nom de l'Équipe spéciale inter-agences (IATT) sur la prévention des infections dues au VIH chez les femmes enceintes, les mères et leurs nourrissons, 25-27 octobre 2006, Genève.....	146

Supports pédagogiques à projeter ou à reproduire au tableau

IFE2/1	A l'intérieur d'un sein	151
IFE2/2	Dans la bouche d'un bébé.....	153
IFE2/3	Observer la prise du sein.....	155
IFE2/4	Évaluation de la prise du sein	157
IFE2/5	Évaluation de la prise du sein	159
IFE2/6	La production de lait : le réflexe ocytocique.....	161
IFE2/7	Une compagnie et une protection aident à avoir du lait	163
IFE2/8	La production de lait : le réflexe dû à la prolactine	165
IFE2/9	L'allaitement au sein de jumeaux : Swaziland et Angola.....	167
IFE2/10	Quatre éléments de soutien	169
IFE2/11	Une mère malnutrie allaite au sein	171
IFE2/12	Prévention de la déshydratation	173
IFE2/13	Contact peau à peau tout de suite après la naissance.....	175
IFE2/14	Si 100 femmes allaitent au sein dans un contexte de prévalence du VIH	177
IFE2/15	Un système de soutien et une attention personnelle.....	179
IFE2/16	Pour décider quelles sont les personnes à aider.....	181
IFE2/17	Évaluation rapide simplifiée : alimentation adaptée à l'âge du bébé.....	183
IFE2/18	Évaluation rapide simplifiée : bon déroulement de l'allaitement maternel	185
IFE2/19	Évaluation rapide simplifiée : observation de l'état de santé du nourrisson.....	187
IFE2/20	Évaluation complète, étape 1 : observation d'une tétée au sein	189
IFE2/21	Évaluation complète, étape 2 : écouter et apprendre	191
IFE2/22	Un soutien approprié rétablit l'allaitement maternel et la croissance du bébé.....	193
IFE2/23	Soutien de base à l'allaitement maternel.....	195
IFE2/24	Une alimentation adaptée à l'âge	197
IFE2/25	Soutien de base à l'allaitement maternel.....	199
IFE2/26	Donner des aliments à la tasse.....	201
IFE2/27	Technique d'alimentation à la tasse	203
IFE2/28	Alimentation à la tasse d'un nourrisson ayant un faible poids de naissance	205
IFE2/29	La méthode kangourou	207
IFE2/30	La méthode kangourou aide à améliorer le lien mère-enfant	209
IFE2/31	Une aide nécessaire au rétablissement.....	211
IFE2/32	Conditions « domestiques » quand on n'est pas à la maison.....	213
IFE2/33	Évaluation complète, étape 3 : observation de l'alimentation artificielle	215
IFE2/34	Évaluation complète, étape 3 : observation de l'alimentation artificielle.....	217
IFE2/35	La technique de l'écoulement de lait.....	219
IFE2/36	Utilisation d'une sonde d'allaitement	221
IFE2/37	Une mère donne du lait de supplément à son nourrisson avec une sonde d'allaitement.....	223

Mise à jour des références

Nous indiquons ci-dessous des références importantes produites ou mises à jour depuis la sortie de la première version de ce module (ainsi que les chapitres qu'elles concernent plus particulièrement). La mise à jour du module a permis d'intégrer ces références, mais le contenu du module n'a pas changé à l'exception des extraits des Directives opérationnelles. Cette version est une réimpression de la version anglaise et la première impression de la version française.

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> (chapitres 8 et 9)

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 (chapitre 9)

La politique de l'UNHCR relative à l'acceptation, la distribution et l'utilisation des produits laitiers dans les situations de réfugiés (2006), 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 (chapitre 9).

La déclaration commune de la Consultation technique de l'OMS sur le VIH et l'alimentation des nourrissons, tenue au nom de l'Équipe spéciale inter-agences (IATT) sur la prévention des infections dues au VIH chez les femmes enceintes, les mères et leurs nourrissons, 25-27 octobre 2006, Genève, disponible à l'adresse : http://www.who.int/reproductive-health/stis/mctct/infantfeedingconsensus_statement_fr.pdf et en annexe 19 (chapitres 8 et 9)

Introduction

Ce module est le second d'une série de modules développés au sein d'un groupe de travail interinstitutionnel sur l'alimentation infantile dans les situations d'urgence. Il s'inspire des Directives opérationnelles développées conjointement par ces mêmes institutions en juillet 2001, et qui constitue le module 1. Cette première version française contient des références mises à jour (voir la Mise à jour des références p. 5) ainsi que des extraits des dernières *Directives opérationnelles* (version 2.1, février 2007), et une mise à jour de la section sur le VIH et l'alimentation infantile.

Domaine

Les modules s'intitulent « Alimentation infantile dans les situations d'urgence » parce qu'ils traitent de l'allaitement maternel et de l'alimentation artificielle dans les contextes de catastrophes naturelles, d'urgences complexes et de déplacements massifs de populations. L'alimentation des nourrissons est souvent très difficile dans ces contextes, ce qui augmente le risque de malnutrition et de décès dans ce groupe d'âge vulnérable.

Les aliments de complément (en plus du lait maternel ou des aliments artificiels) sont essentiels à partir de l'âge de six mois. Nous n'en parlons pas en détail ici faute de place pour en décrire les principes techniques/essentiels et parce que le module doit déjà être traité dans un temps limité. Nous espérons développer un troisième module dans lequel nous parlerons en détail des aliments de complément.

Le défi

Les catastrophes naturelles et les situations d'urgence complexes ont en général des conséquences très graves sur la vie des populations qui deviennent sans-abri et, souvent, doivent quitter la région dont elles sont originaires. Dans les urgences complexes, les systèmes de santé s'effondrent souvent, et il devient difficile, voire impossible, d'accéder aux soins de santé primaire.

Dans les situations d'urgence, le personnel de santé et les travailleurs de la nutrition doivent assumer un travail énorme pour s'occuper de nombreuses femmes et de nombreux nourrissons dont beaucoup sont malades, malnutris et traumatisés par l'expérience qu'ils ont vécue. Des femmes ont parfois perdu leurs enfants, leurs maris et/ou d'autres membres de leur famille ; beaucoup deviennent soudainement cheffes de ménage et doivent s'occuper des membres vulnérables de leur famille. Pour les femmes, ces conséquences peuvent être très lourdes, autant mentalement que physiquement. Dans les contextes d'urgence, les femmes ont besoin de soins et d'attention supplémentaires, notamment celles qui ont des nourrissons.

Le personnel de santé et les travailleurs de la nutrition connaissent peut-être la valeur de l'allaitement maternel et la difficulté de l'allaitement artificiel dans ces conditions, mais peu d'entre eux ont été formés sur le sujet. Pourtant, ils verront très certainement des femmes si faibles qu'on pourrait les croire incapables de produire du lait, ou des femmes qui ne croient plus pouvoir allaiter au sein. D'autres, qui auront nourri leurs nourrissons de façon adéquate avec des substituts du lait maternel avant la situation d'urgence, risquent de devoir alors nourrir leurs enfants avec des ressources limitées, dans un environnement beaucoup plus difficile.

Ces travailleurs doivent faire face à un très grand défi. Ils doivent s'assurer que les conditions sont réunies pour permettre aux femmes d'allaiter au sein, et que ces femmes vont recevoir un soutien approprié, ils doivent savoir à quel moment les critères reconnus pour la mise en place d'une alimentation artificielle sont remplis, ils doivent s'accommoder du peu de ressources et du manque d'eau potable, et ils doivent savoir quoi faire de dons d'aliments pour nourrissons potentiellement inadaptés. C'est pour toutes ces raisons que le personnel de santé et les travailleurs de la nutrition doivent avoir accès aux connaissances et aux compétences qui leur permettront d'apporter aux femmes l'aide dont elles ont besoin.

Objectifs

Le module 1 est une introduction générale à l'alimentation infantile dans les situations d'urgence et il explique en quoi cette question est importante. Il montre les nombreuses difficultés, décrit les aspects du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel liés à cette question, il donne les directives opérationnelles reconnues à l'intention du personnel d'aide d'urgence et des décideurs politiques, en s'inspirant des Directives opérationnelles de 2001 (dont la dernière version s'intitule Directives opérationnelles version 2.1, 2007, voir Mise à jour des références p. 5) et donne des pistes pour mettre en place les conditions favorables à l'allaitement maternel et réduire les dangers liés à l'allaitement artificiel. En fonction du public, il peut être utilisé seul ou pour préparer le module 2.

Dans ses chapitres complémentaires, qui complètent le manuel principal, le module 2 apporte des informations sur la relactation, et sur la santé des seins et des situations particulières. Ces chapitres complémentaires comprennent aussi Nourrissons de moins de 6 mois souffrant de malnutrition sévère et Quand les enfants ne sont pas allaités au sein, des documents qui sont inspirés de la réalité vécue sur le terrain et qui viennent combler un manque d'informations sur la marche à suivre.

Le module 2 vise à apporter au personnel de santé et aux travailleurs de la nutrition les connaissances et les compétences essentielles qui leur permettront d'aider aussi bien les mères qui nourrissent leur nourrisson avec des préparations pour nourrissons que celles qui allaitent au sein. La première chose à faire est de soutenir les mères qui allaitent au sein pour qu'elles ne perdent pas confiance et qu'elles n'introduisent pas les aliments artificiels dans la nourriture de leurs nourrissons alors que cela n'est pas nécessaire. Il convient ensuite d'identifier les femmes qui ont des difficultés à alimenter leur nourrisson et de les aider. Le but est de rétablir le mode d'alimentation le plus approprié pour le nourrisson ou le jeune enfant. Les personnes qui s'occupent des nourrissons et des jeunes enfants et pour qui l'alimentation artificielle est la seule option possible ont aussi besoin d'aide.

Public cible

Le module 1 s'adresse à tous les travailleurs de l'aide d'urgence, y compris aux responsables de sites et aux responsables techniques dans les domaines de l'eau, de l'assainissement et de l'approvisionnement. Ces personnes ont un rôle important dans la mise en place des conditions qui vont permettre une alimentation infantile adéquate, mais elles ne sont peut-être qu'indirectement concernées par la prise en charge des nourrissons et des mères/personnes qui s'occupent des nourrissons.

Le module 2 s'adresse au personnel de santé et aux travailleurs de la nutrition qui sont directement concernés par la prise en charge des nourrissons et des mères/personnes qui s'occupent des nourrissons. Il apporte des connaissances pratiques précises sur l'aide à donner aux mères et aux autres personnes qui s'occupent des nourrissons en matière d'alimentation infantile.

Le module 2 est à utiliser après l'étude du module 1. Il ne reprend pas le contenu du module 1.

Les limites des acquis de l'expérience

On n'a pas encore de réponse à certaines questions importantes relatives à l'alimentation infantile parce qu'on n'a pas encore posé ces questions ou parce qu'on ne les a pas explorées sur le terrain. Nous espérons que ce module encouragera les personnels à noter leurs expériences de façon plus systématique pour que nous puissions tous nous enrichir des approches les plus efficaces. En attendant, nous avons assez d'éléments pour bien progresser dans l'alimentation infantile.

Différentes possibilités d'organisation de la formation

Les modules 1 et 2 peuvent être utilisés pour préparer le personnel au travail de l'aide humanitaire ou pour former de nouveaux collaborateurs qui rejoignent les équipes de santé et de nutrition dans des contextes d'urgence existants.

Chaque module comprend:

- un manuel à remettre à chaque participant
- des encadrés à projeter en transparents ou sur un tableau à feuilles
- des notes pour le formateur (dans le module 1).

Les manuels incluent des reproductions de tous les encadrés à projeter afin de faciliter le travail personnel.

Les personnes qui étudient le module 2 devraient déjà avoir étudié le module 1 et devraient avoir le module 1 avec elles pour pouvoir facilement s'y référer. Le module 1 peut être présenté rapidement en une heure, même si on recommande plutôt d'y consacrer deux ou trois heures pour pouvoir développer une approche plus interactive. Les notes pour le formateur du module 1 donnent des instructions pour une utilisation en une, deux ou trois heures.

Le module 2 se compose de cinq parties centrales qui peuvent être étudiées en groupe en cinq heures. Les chapitres complémentaires donnent plus de détails sur des sujets spécialisés.

Chacun des chapitres complémentaires peut être étudié et enseigné séparément. Étudiés avec le manuel principal dans une formation de groupe, ces chapitres composent une session d'une journée entière.

Les documents du module 2 sont simples et peuvent être utilisés pour former des agents communautaires de santé venant des communautés frappées par l'urgence, dont l'aide est souvent précieuse pour le soutien à l'alimentation infantile.

Les différentes parties du manuel peuvent servir à la fois pour l'étude personnelle, pour la formation continue et comme documentation de référence. Les informations ont été simplifiées et rendues plus claires pour permettre au personnel de santé et aux travailleurs de la nutrition qui disposent de peu de temps et ont peu de possibilités de formation de découvrir et de mettre en œuvre des interventions efficaces avec un minimum de formation.

L'organisation du module 2

Le manuel principal comprend les parties 1 à 5 qui présentent les informations essentielles sur les sujets suivants :

- la production et l'écoulement du lait maternel et la mise au sein du nourrisson
- le soutien dont les femmes ont besoin pour bien allaiter au sein
- l'évaluation de l'alimentation infantile
- l'aide aux mères et aux autres personnes chargées de s'occuper des enfants pour surmonter les difficultés d'alimentation.

Les chapitres complémentaires 6 à 9 traitent des questions précises suivantes :

- la relactation
- la santé des seins et situations particulières
- les nourrissons de moins de six mois souffrant de malnutrition sévère
- quand les nourrissons ne sont pas nourris au sein.

1 Comment fonctionne l'allaitement maternel

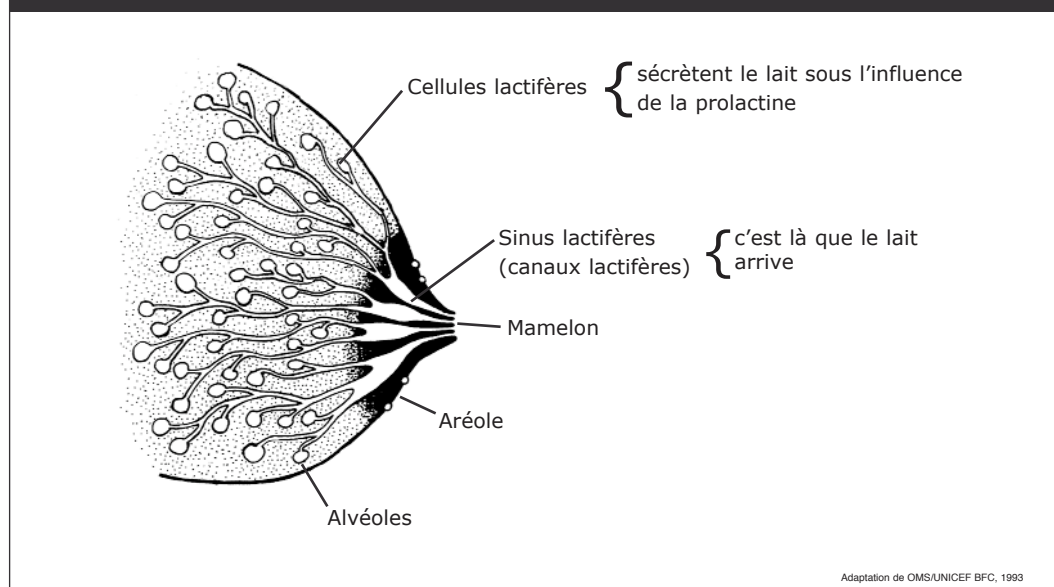
1.1 Pour bien téter

Voici ce que nous verrions si nous pouvions voir un sein en coupe :

IFE 2/1

A l'intérieur d'un sein

IFE 2/1



Une fois que les cellules lactifères ont produit le lait (voir la section 1.3), celui-ci s'écoule dans de larges canaux appelés sinus lactifères (canaux lactifères) situés sous l'aréole (la partie plus foncée située autour du mamelon).

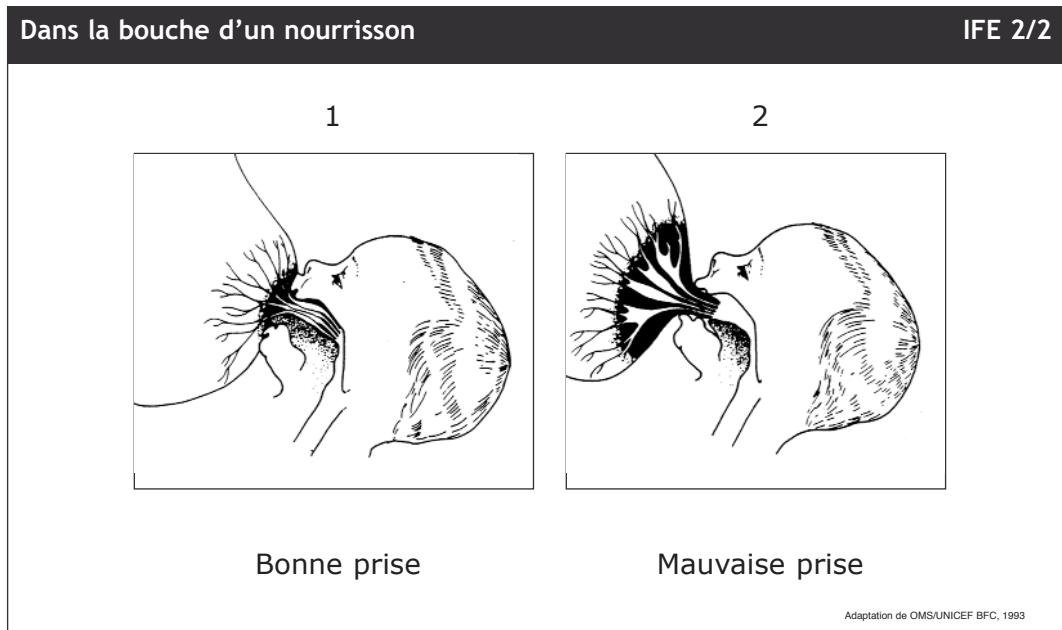
Pour recevoir le lait maternel, le nourrisson doit bien téter. Pour bien téter, il doit prendre une partie assez grande du sein dans sa bouche pour faire pression sur les canaux lactifères. C'est ce que l'on appelle *bien prendre* le sein ou une bonne prise du sein. Le nourrisson ne peut pas avoir de lait s'il suçote¹ seulement le mamelon.

¹ Suçoter et téter sont deux actions différentes.

Bonne et mauvaise prise du sein

Les deux schémas suivants montrent ce qui se passe dans la bouche d'un nourrisson.

IFE 2/2



Dans l'image 1 :

- Le mamelon et l'aréole sont étirés pour former une tétine dans la bouche du nourrisson.
- Les sinus lactifères sont dans la bouche du nourrisson.
- La langue du nourrisson passe par-dessus sa gencive inférieure de façon à pouvoir faire pression sur les sinus lactifères et tirer le lait. C'est ce que l'on appelle téter.

Ce nourrisson prend bien le sein et il obtient du lait facilement. Il peut faire une tétée efficace. En d'autres termes, la bouche du nourrisson joue bien son rôle pour tirer le lait et stimuler le sein qui va ainsi continuer à fabriquer du lait.

Dans l'image 2 :

- Le mamelon et l'aréole ne sont pas assez étirés et ils ne peuvent pas former une tétine.
- Les sinus lactifères ne sont pas pris dans la bouche du nourrisson.
- La langue du nourrisson est reculée au fond de sa bouche et elle ne peut pas faire pression sur les sinus lactifères.

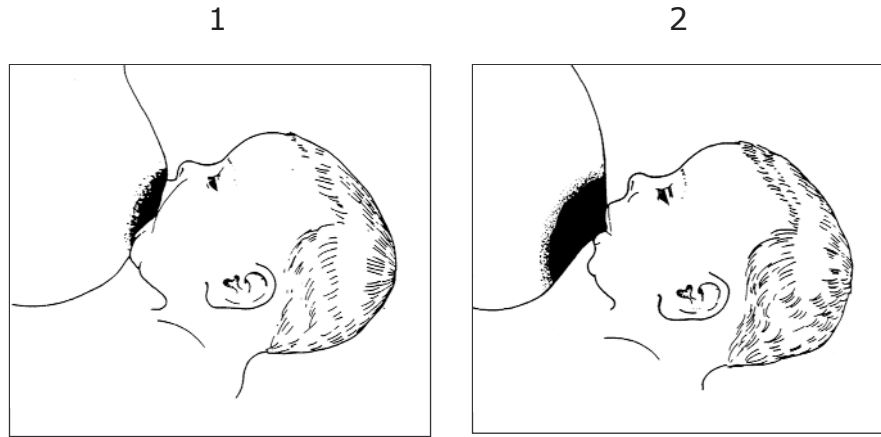
Comment savoir si un nourrisson prend bien ou mal le sein

On doit pouvoir savoir si un nourrisson prend bien ou mal le sein en le regardant téter.

IFE 2/3

La prise du sein

IFE 2/3



Aréole, bouche, lèvres inférieures, menton

Adaptation de OMS/UNICEF BFC, 1993

L'image 1 montre les éléments d'une bonne prise du sein :

- La zone de l'aréole visible au-dessus de la bouche du nourrisson est plus grande que celle que l'on peut voir en dessous.
- Le nourrisson ouvre grand sa bouche.
- Sa lèvre inférieure est retournée vers l'extérieur.
- Son menton touche (ou presque) le sein.

Si tous ces éléments sont visibles, le nourrisson prend bien le sein. Lorsque le nourrisson a une bonne prise du sein, sa mère se sent bien et ne souffre pas, et le nourrisson peut bien téter.

L'image 2 montre les éléments d'une mauvaise prise du sein :

- La zone visible en dessous de l'aréole est parfois aussi grande que celle que l'on peut voir au-dessus.
- La bouche n'est pas grand ouverte.
- La lèvre inférieure avance. Elle est même parfois retournée vers l'intérieur.
- Le menton est décollé et loin du sein.

Si l'un de ces éléments est visible, le nourrisson prend mal le sein et il ne peut pas bien téter. Si la mère éprouve une gêne, c'est aussi un signe de mauvaise prise du sein.

Évaluation de la prise du sein (exercices)

Étudier les éléments de bonne ou de mauvaise prise du sein que l'on peut voir dans les photos ci-dessous. Se demander si les nourrissons prennent bien ou mal le sein. Tous les éléments ne sont peut-être pas visibles ; faire une évaluation à partir de ceux que l'on peut voir.

IFE 2/4

Évaluation de la prise du sein

IFE 2/4

1



2



Sur la photo 1, on peut voir que la zone de l'aréole visible en dessous du sein est plus grande que celle que l'on peut voir au-dessus, et que le nourrisson n'ouvre pas grand sa bouche. Sa lèvre inférieure n'est pas retournée vers l'extérieur et le menton est détaché du sein. Le nourrisson prend donc mal le sein.

Sur la photo 2, on ne voit pas bien l'aréole, mais on peut constater que le nourrisson ouvre grand sa bouche, que sa lèvre inférieure est retournée vers l'extérieur et que le menton est collé au sein. Le nourrisson prend donc bien le sein.

IFE 2/5

Évaluation de la prise du sein

IFE 2/5

1



2



Sur la photo 1, on peut constater que la zone de l'aréole visible au-dessus de la bouche est plus grande que celle que l'on peut voir en dessous, et que la bouche est grand ouverte. La lèvre inférieure est retournée vers l'extérieur et le menton est collé au sein. Ce nourrisson prend donc bien le sein.

Sur la photo 2, la partie visible de l'aréole est plus grande sous la bouche, et la bouche n'est pas grand ouverte. La lèvre inférieure est bien retournée vers l'extérieur, mais le menton est décollé du sein. Ce nourrisson prend donc mal le sein.

Les éléments qui permettent de dire qu'un nourrisson tète bien

Si un nourrisson prend bien le sein, il va probablement bien téter et il obtiendra du lait pendant la tétée. Mais il faut pouvoir le vérifier.

Les éléments qui permettent de dire qu'un nourrisson « prend » le lait et qu'il tète bien sont les suivants :

- Le nourrisson prend des gorgées lentes, profondes, et fait parfois des pauses. Les pauses permettent au lait d'arriver dans les sinus lactifères/canaux lactifères.
- On peut voir ou entendre que le nourrisson déglutit.
- Le nourrisson ne rentre pas les joues, mais il les arrondit pendant la tétée.
- Le nourrisson décide lui-même d'arrêter de téter et de lâcher le sein, et il a l'air satisfait.

Les éléments qui permettent de dire que le nourrisson peine à obtenir le lait et qu'il tète mal ou pas assez bien sont les suivants. Le bébé :

- ne prend que des gorgées rapides
- fait des bruits de succion
- rentre ses joues
- joue avec le sein, le prend puis le relâche
- tète très souvent et longtemps, et n'est pas satisfait à la fin d'une tétée.

Pour aider une mère à donner une bonne position et une bonne prise du sein à son nourrisson

La position est la façon dont la mère tient son nourrisson. Si le nourrisson prend mal le sein, on peut aider la mère à le tenir de façon à lui donner une bonne prise. Si le nourrisson prend bien le sein et tète bien, ne pas s'occuper de sa position.

La position de la mère n'est pas importante tant qu'elle s'y sent bien - par exemple, elle peut s'asseoir par terre ou sur une chaise, elle peut s'allonger, être debout, marcher.

Si la mère n'est pas dans une position confortable, il se peut qu'elle ait besoin qu'on lui soutienne le dos.

Les positions du nourrisson peuvent elles aussi être très diverses, par exemple sous le bras de sa mère ou allongé à côté d'elle.

Quatre points sont essentiels quelle que soit la position. Le nourrisson doit :

- avoir la tête dans l'axe du corps, et ne pas devoir tourner la tête ou plier le cou en avant ou en arrière.
- être face au sein (le nez du nourrisson doit être en face du mamelon au moment où il est mis au sein).
- être contre le corps de sa mère.
- être soutenu. Un jeune nourrisson a besoin que tout son corps soit soutenu, il ne suffit pas de soutenir seulement sa tête et son cou. Il se peut que même un bébé un peu plus grand aime avoir la tête et le cou soutenus, même s'il s'assied pour prendre le sein.

Pour commencer à allaiter, la mère :

- tient le nourrisson de façon à ce que son nez soit près du mamelon.
- approche le mamelon de la bouche du nourrisson pour qu'il ouvre grand sa bouche et tende un peu les lèvres.
- colle le nourrisson à son sein pour qu'il puisse bien le prendre dans la bouche.

Il se peut que la mère veuille tenir son sein en plaçant sa main dessous. Mais elle n'a pas besoin de le dégager du nez du nourrisson ou de serrer son sein entre deux doigts. Ces gestes sont courants dans certaines sociétés et risquent d'empêcher le nourrisson de bien prendre le sein. S'il a une bonne prise, le nourrisson n'aura aucun mal à respirer.

Si la mère change de position pour allaiter, vérifier que le nourrisson prend bien le sein et bien observer comment il tète. En veillant à rester respectueux, s'assurer que la mère arrive elle-même à aider son nourrisson à bien prendre le sein et à vérifier qu'il tète bien.

1.2 Flux de lait et confiance

Deux éléments ont une influence sur le flux de lait :

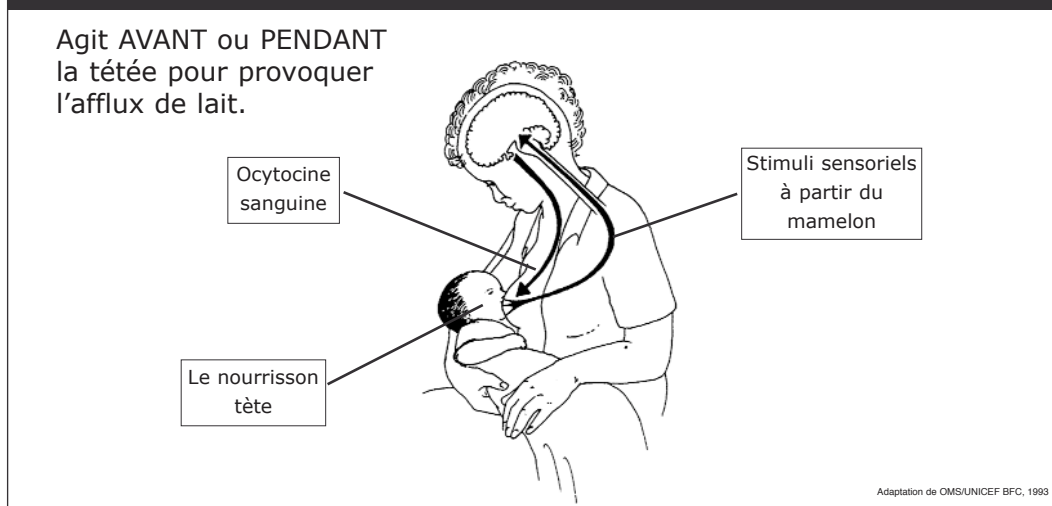
- La façon dont le nourrisson tète, qui a aussi une influence sur la production de lait (voir section 1.3)
- La façon dont la mère se sent.

Les seins d'une mère qui allaite ne sont jamais complètement vides. En permanence du lait est produit et stocké dans le sein.

IFE 2/6

Le flux de lait : le réflexe ocytocique

IFE 2/6



Lorsqu'un nourrisson tète, il provoque la sécrétion d'une hormone appelée ocytocine. Cette hormone provoque l'afflux par les conduits lactifères du lait stocké dans le sein qui va alors vers le mamelon. Parfois les mères peuvent sentir que leur lait coule. Elles sentent un picotement dans les seins et elles voient que le lait sort.

Le bien-être ou le malaise de la mère a une influence sur le flux du lait (et sur l'ocytocine) :

- Des sensations agréables, par exemple le plaisir de toucher, de voir ou d'entendre son nourrisson, ou la confiance en elle parce qu'elle sait que son lait est ce qu'il y a de mieux pour le nourrisson, aident son lait à affluer.
- Des sentiments désagréables, par exemple si elle s'inquiète pour son lait, si elle rejette son nourrisson, peuvent gêner l'afflux du lait.
- Les angoisses et les troubles extrêmes des situations d'urgence semblent parfois gêner l'afflux du lait. Heureusement, l'arrêt du flux de lait est en général temporaire.
- Si une femme est protégée, à l'abri et dans une atmosphère rassurante, son lait pourra de nouveau affluer facilement.

IFE 2/7

Une compagnie et une protection aident à avoir du lait

IFE 2/7



Une mère n'a pas besoin d'un calme total ou de conditions particulières pour pouvoir allaiter au sein. Bien des femmes allaitent facilement dans des conditions extrêmement stressantes et difficiles. Certaines trouvent que l'allaitement au sein les apaise et les aide à s'adapter au stress.

Nous ne pouvons pas affirmer que le stress réduit vraiment le flux de lait, mais beaucoup de femmes le pensent. On pense en général que pour aider une mère à avoir un bon flux de lait, le personnel de santé et les travailleurs de la nutrition doivent :

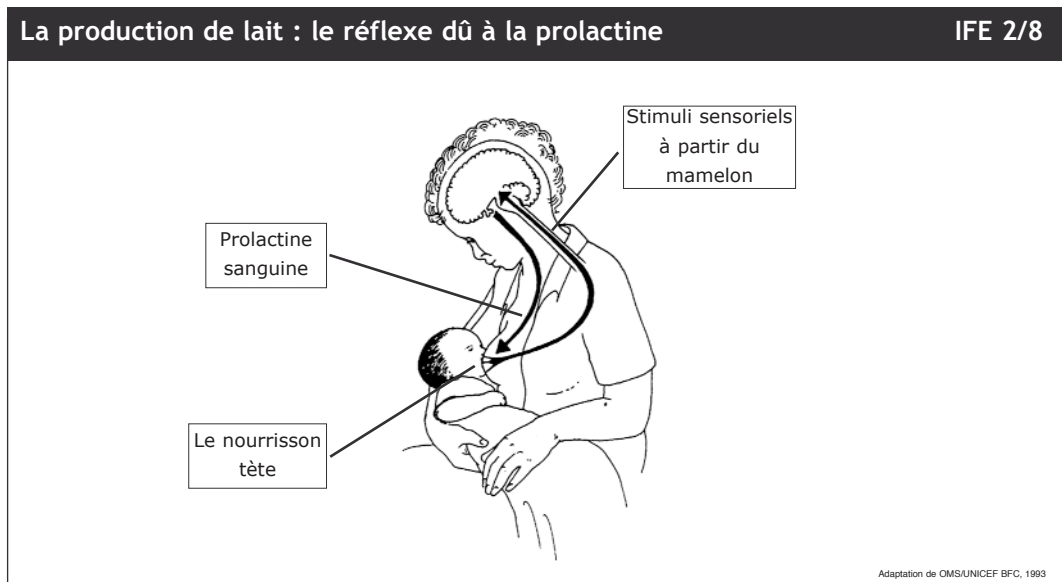
- être encourageants et aider la mère à avoir confiance en elle, et
- aider la mère à trouver d'autres femmes qui vont elles aussi l'encourager et la rassurer.

1.3 Une bonne production de lait

Les seins fabriquent le lait en réaction à l'action du nourrisson qui tète. Deux processus sont importants :

- En tétant, le nourrisson stimule la libération d'une hormone appelée prolactine dans le corps de sa mère. C'est sous l'effet de la prolactine que le sein fabrique le lait, qui est alors stocké dans le sein.
- La production de lait peut ralentir à tout moment s'il reste encore beaucoup de lait dans le sein.

IFE 2/8



La quantité de lait produite par la mère dépend de la quantité de lait prise par le nourrisson. Plus le nourrisson tète (soit qu'il tète plus souvent, soit qu'il tète plus longtemps, soit les deux), plus le sein produit de lait. Moins le nourrisson prend de lait, moins le sein en produit. Ce n'est pas parce que la mère mangera mieux qu'elle produira plus de lait.

Un nourrisson doit donc téter autant que possible pour que le sein continue à produire du lait ou pour qu'il en produise plus.

Si un nourrisson ne peut pas téter, il faut vider le sein fréquemment en exprimant le lait (voir annexe 3). La production diminuera et finira par s'arrêter si le sein n'est pas vidé.

Téter davantage entraîne une plus grande production de lait
Téter moins entraîne une moindre production de lait.

Une mère qui allaite ne produit pas une « quantité » fixe de lait maternel. Elle peut toujours en produire plus même si elle est relativement malnutrie. C'est seulement si la mère est gravement malnutrie que la production de lait risque d'être réduite. La femme elle-même a alors besoin d'être nourrie/de recevoir plus de nourriture. Même dans ce genre de situation, il faut aider la mère à poursuivre l'allaitement au sein de façon à maintenir le processus de fabrication du lait pendant qu'elle retrouve une bonne nutrition (voir parties 2 et 5).

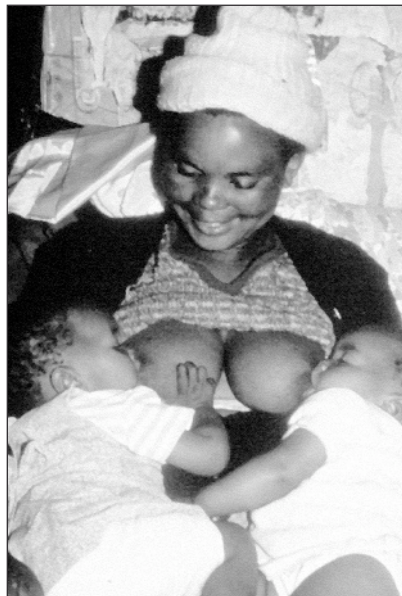
D'autres éléments ont une influence sur la quantité de lait que le bébé peut recevoir :

- S'il reçoit d'autres aliments ou d'autres boissons, même de l'eau, le nourrisson tète moins et par conséquent la production de lait est moindre.
- Le lait qui vient vers la fin de la tétée est appelé le lait de fin. Il coule plus lentement, mais il est plus riche en graisses et apporte plus d'énergie au nourrisson.
- Dans les sociétés où elle est courante, l'utilisation des sucettes peut traduire le fait que la mère a eu des difficultés à allaiter au sein, des difficultés qui sont liées au fait que le nourrisson tétait mal ou pas assez souvent.
- Les tétées nocturnes libèrent plus de prolactine et stimulent une plus grande production de lait.
- La production de lait ne diminue pas forcément à mesure que le bébé grandit - elle ne diminue que s'il tète moins.
- Une mère de jumeaux peut produire assez de lait pour ses deux nourrissons si elle a assez confiance en elle et si elle reçoit un soutien qualifié.

IFE 2/9

L'allaitement au sein de jumeaux : Swaziland et Angola

IFE 2/9



Le nourrisson reçoit-il assez de lait maternel ?

Beaucoup de mères s'inquiètent en pensant qu'elles ne produisent pas assez de lait. On le constate surtout chez les mères prises dans les situations d'urgence, mais c'est vrai aussi dans des contextes stables.

Le personnel de santé et les travailleurs de la nutrition peuvent voir si un nourrisson reçoit assez de lait en regardant comment il tète. Eux aussi se font parfois du souci quant à la production de lait, et leur manque de confiance se communique parfois à la mère.

Pour recevoir beaucoup de lait, le nourrisson a besoin :

- d'avoir une bonne prise du sein pour pouvoir bien têter et obtenir le lait facilement.
- que sa mère ait un bon flux de lait même si le contexte est angoissant.
- de têter fréquemment pour que les seins produisent beaucoup de lait.
- de têter aussi longtemps qu'il le veut à chaque tétée, de façon à prendre le lait de fin de tétée et à stimuler le sein.

En général, un nourrisson qui reçoit assez de lait :

- ne présente pas de signes de maigreur (ou, s'il était maigre, il se remplit/prend du poids)
- est actif et réactif (comme le serait un autre nourrisson de son âge)
- prend du poids (au moins 500 g par mois s'il a moins de six mois) et
- produit des urines colorées six fois par jour au moins. (Mais on ne peut pas se fier à ce signe si, en plus du lait maternel, le nourrisson reçoit de l'eau, une solution de réhydratation orale ou tout autre type de boisson).

Le meilleur schéma d'allaitement maternel

Le meilleur schéma d'allaitement au sein des nourrissons de moins d'un an est de les faire téter fréquemment et à la demande. Cette formule permet de garantir que le nourrisson stimule les seins de sa mère qui vont fabriquer tout le lait dont il a besoin pour grandir et se développer en pleine santé.

Le nourrisson devrait pouvoir :

- téter aussi souvent qu'il le souhaite, nuit et jour, sans être trop longtemps séparé de sa mère.
- téter aussi longtemps qu'il le souhaite à chaque tétée, et ainsi ingérer le lait riche en graisses qui arrive au cours de la deuxième phase de la tétée.
- reprendre le sein facilement s'il fait une pause ou lâche le sein un petit moment. Les pauses ne veulent pas dire qu'il a fini de téter.
- téter tout le lait du premier sein, et ensuite se voir proposer le deuxième sein, qu'il souhaitera téter, mais peut-être pas. C'est au nourrisson de décider s'il veut téter un ou les deux seins à chaque tétée. Il n'y a pas de règle à suivre en la matière.

La conduite d'allaitement maternel est importante même une fois que les aliments de complément ont été introduits après les six mois du nourrisson.

1.4 Une alimentation adaptée à l'âge (la bonne alimentation au bon moment)

Le meilleur mode d'alimentation n'est pas le même à tous les âges du jeune enfant, c'est pourquoi nous parlons d'alimentation adaptée à l'âge.

De 0 à 6 mois

- Les nourrissons doivent commencer à être allaités au sein dans l'heure qui suit leur naissance.
- Les nourrissons doivent être allaités au sein exclusivement et à la demande pendant leurs six premiers mois.
- L'allaitement exclusif veut dire que le nourrisson ne reçoit que du lait maternel (qui peut être exprimé si c'est nécessaire) et aucun autre aliment ni boisson - pas même de l'eau. Les traitements et les vitamines sous forme liquide sont permis s'ils sont nécessaires du point de vue médical et s'ils ne sont pas dilués.
- L'allaitement maternel exclusif pendant six mois est possible dans presque toutes les circonstances. Mais pour pouvoir y arriver, les femmes auront peut-être besoin d'être aidées et encouragées à avoir davantage confiance en elles.

De 6 à 24 mois (et plus si on le souhaite)

- On peut introduire les aliments de complément à l'âge de six mois tout en continuant à allaiter au sein à la demande jusqu'à ce que l'enfant ait au moins deux ans. La fréquence et la durée des tétées ne doivent pas être réduites.
- Il se peut que les femmes aient besoin d'être encouragées pour continuer à allaiter jusqu'à deux ans et au-delà. Si un allaitement prolongé n'était pas une pratique courante dans leur communauté avant la situation d'urgence, elles vont devoir être protégées des critiques qu'elles risquent de recevoir parce qu'elles allaitent longtemps.
- Les enfants doivent être encouragés activement à manger des aliments de complément :
 - 2 à 3 fois par jour de 6 à 8 mois
 - 3 à 4 fois par jour de 9 à 24 mois
 - avec en plus 1 à 2 en-cas par jour s'ils le souhaitent. Les enfants qui ne sont pas allaités au sein doivent recevoir des repas plus fréquents (voir annexe 12).
- Certaines familles auront peut-être besoin d'aide pour apprendre à préparer et à donner des aliments de complément adaptés, notamment si les aliments dont elles disposent ne leur sont pas familiers.

Les parties suivantes de ce module donnent plus de détails sur l'aide que l'on peut apporter aux mères pour leur permettre de :

- bien faire téter leur nourrisson
- avoir un bon flux de lait et prendre confiance
- avoir une bonne production de lait
- donner une alimentation adaptée à l'âge de leur enfant.

2 Un soutien pour toutes les mères

La partie 2 décrit ce que le personnel de santé et les travailleurs de la nutrition peuvent faire pour :

- aider les femmes à poursuivre l'allaitement au sein même lorsqu'elles sont dans des situations stressantes, et
- faire progresser l'allaitement au sein si l'alimentation artificielle était la pratique commune avant l'urgence et si les risques liés à ce type d'alimentation ont augmenté.

Certaines des conditions générales qui facilitent l'allaitement au sein ont été évoquées dans le module 1 (pp. 35-36). Ce sont l'organisation du camp de réfugiés, la reconnaissance des groupes vulnérables, la mise en place de structures d'abri et (lorsque c'est nécessaire culturellement) d'intimité, la réduction des contraintes de temps pour les mères, et la garantie d'une meilleure sécurité. Ces conditions s'ajoutent à celles qui sont fixées par le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (voir module 1, pp. 21-23).

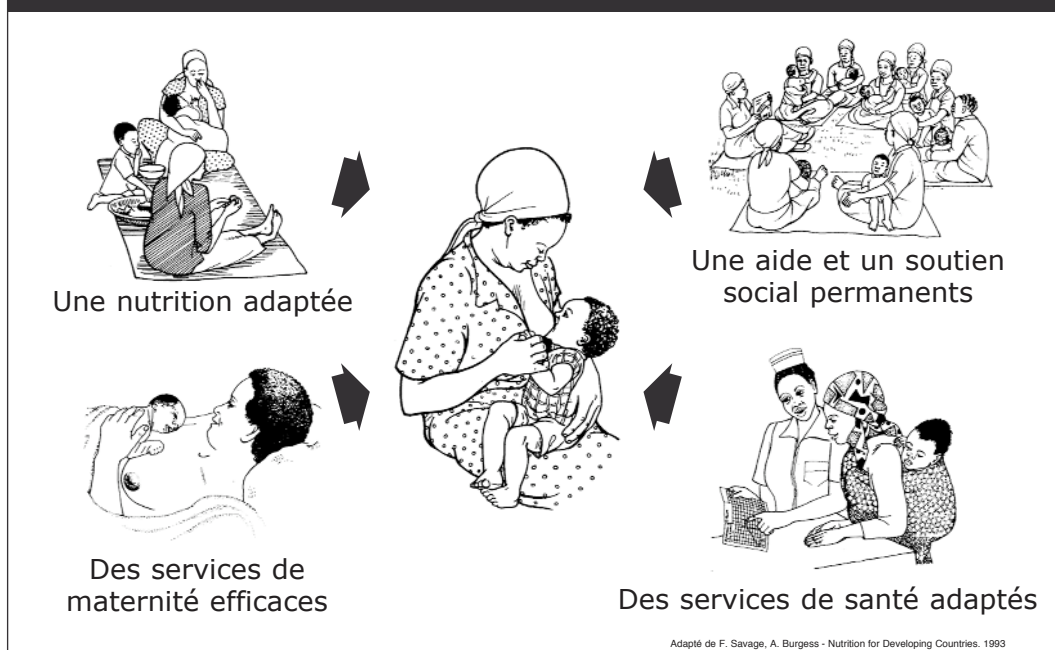
Pour pouvoir assurer une succion efficace, un bon flux de lait, avoir confiance, avoir une production de lait adéquate et assurer une alimentation adaptée à l'âge de son enfant, chaque femme allaitante a besoin des quatre éléments de soutien suivants :

- une nutrition adaptée.
- des services de maternité efficaces.
- des services de santé adaptés.
- une aide et un soutien social permanents.

IFE 2/10

Quatre éléments de soutien

IFE 2/10



2.1 Une nutrition adaptée

Besoins alimentaires pendant la période de lactation

Une femme qui allaite au sein a besoin d'environ 450 kcal de plus par jour que lorsqu'elle n'allait pas au sein.

Par ailleurs, les micronutriments contenus dans le lait maternel et qui ne sont pas stockés dans le corps de la mère doivent provenir de son alimentation ou de compléments en micronutriments.

Cela signifie qu'une femme qui allaite au sein a besoin d'un petit en-cas nutritif supplémentaire ou que sa ration alimentaire quotidienne soit augmentée d'un cinquième.

La coutume veut souvent que les femmes qui allaitent au sein mangent des aliments particuliers (par exemple des soupes ou des bouillies spéciales). Ces aliments ne sont pas forcément nécessaires sur le plan nutritionnel, mais ils peuvent être importants car la femme, convaincue qu'ils sont bons pour elle, aura davantage confiance en sa capacité à produire du lait.

Dans les situations d'urgence, la ration générale² devrait fournir suffisamment d'énergie et de protéines, ainsi que des micronutriments, aux femmes allaitantes si elles reçoivent l'intégralité de leur part et mangent à leur faim. Mais la ration générale risque de ne pas apporter tous les micronutriments dont une femme a besoin.

Suppléments pour les femmes qui allaitent

En cas de forte probabilité de carence en vitamine A, il faut donner aux femmes qui allaitent 200 000 UI de vitamine A en une dose dans les 6 à 8 semaines qui suivent l'accouchement.

D'autres compléments en micronutriments peuvent être nécessaires.

Les aliments de supplément permettent de s'assurer qu'une femme ne sera pas sous-alimentée si elle tombe de nouveau enceinte.

Toutes les femmes qui allaitent devraient prendre des aliments de supplément pendant au moins six mois, et de préférence pendant toute la durée d'allaitement. Les aliments de supplément doivent apporter 450 kcal par jour et les micronutriments essentiels.

L'alimentation de supplément est généralement composée d'un mélange de céréales et de légumineuses enrichi, fournissant : 10 à 12% d'énergie en provenance de protéines, 20 à 25% d'énergie en provenance de matières grasses, et deux tiers des apports journaliers recommandés de tous les micronutriments importants.

Pour une alimentation sur place, il faut remettre à chaque femme qui allaite la quantité supplémentaire d'aliments qui apportera 450 à 500 kcal par jour.

Pour des préparations à domicile, il faut remettre à chaque femme la quantité supplémentaire d'aliments secs qui apportera 1000 à 1200 kcal par jour (à partager avec les autres membres de la famille).

Effets de la malnutrition sur le lait maternel

Une malnutrition faible à modérée n'a que rarement des effets sur la quantité ou la qualité de lait qu'une femme va produire. Elle va alors utiliser ses propres réserves de nutriments pour produire du lait.

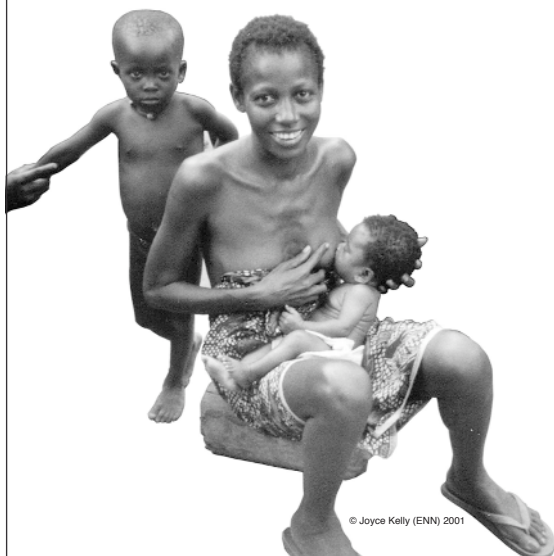
Si son alimentation reste inadaptée pendant une longue période, son lait risque d'être moins riche en vitamines et en graisse car ses propres réserves corporelles seront épuisées.

Mais son lait continue à être nourrissant pour son nourrisson et apporte des agents anti-infectieux qui vont permettre de le protéger des infections. Aucun substitut du lait maternel ne contient ces agents de protection.

Le corps d'une femme gravement malnutrie a très peu de réserves en nutriments. Elle produit moins de lait maternel, et ce lait est moins riche en graisse et en micronutriments. Mais il continue à protéger son nourrisson des infections.

² L'ONU recommande une ration de 2100 kcal par jour et par personne, adulte ou enfant. Mais cette recommandation est valable à l'échelle d'une population et pas forcément pour des individus précis, et elle est censée couvrir les variations individuelles dans les besoins (par exemple pendant la grossesse et la lactation, ou à des âges différents). Elle suppose aussi que la nourriture soit partagée entre les membres d'un ménage en fonction des besoins de chacun. Un nourrisson doit être déclaré immédiatement après sa naissance pour permettre au ménage d'avoir droit à une ration générale supplémentaire. La ration générale inclut en général des céréales, des légumes secs, un aliment composé enrichi et des formes concentrées d'énergie comme du sucre et de l'huile.

Sierra Leone, 2001



Nourrir la mère et la laisser nourrir son enfant

Faire un suivi du poids et de la production d'urine
Il faudra peut-être donner au nourrisson du lait de supplément à la tasse le temps que la production de lait de sa mère reprenne.

L'allaitement au sein pour les mères malnutries

Pour la plupart des mères, la maigreur et la malnutrition, ou une alimentation inadaptée, ne sont pas des indications pour arrêter d'allaiter au sein.

Une mère ne doit pas arrêter d'allaiter au sein si elle est malnutrie ou si elle a une alimentation inadaptée.

Si elle arrête, son nourrisson ne recevra pas les nutriments et les facteurs anti-infectieux de son lait.

Une femme maigre, faible ou malnutrie a besoin de nourriture :

- pour reconstituer et protéger ses réserves corporelles de nutriments, et
- pour lui permettre de produire davantage de lait maternel.

Donner à la mère toute nourriture disponible et étudier activement le soutien et les soins auxquels vous pouvez lui permettre d'accéder. En nourrissant la mère, on s'assure qu'elle va être capable de produire assez de lait sans puiser dans ses propres réserves corporelles de nutriments.

Faire un suivi étroit du poids de tout nourrisson dont la mère est malnutrie et observer la quantité d'urine qu'il produit (voir section 1.3). Il se peut que le nourrisson ait temporairement besoin du supplément d'autres laits (en plus du lait de sa mère) jusqu'à ce que l'état de santé de sa mère se soit amélioré et que sa production de lait reprenne (voir partie 5.5).

Mais il ne suffit pas de donner des aliments à la mère pour que sa production de lait augmente. Il faut aussi que son nourrisson tète souvent pour stimuler la production de lait.

Le personnel de santé et les travailleurs de la nutrition doivent s'assurer que toutes les mères reçoivent la nourriture dont elles ont besoin pour leur propre santé et qu'elles bénéficient bien du soutien dont elles ont besoin pour pouvoir adopter le bon schéma d'allaitement. (voir section 5.5)

**L'alimentation seule ne fait pas augmenter la production de lait maternel.
La production de lait se fait si le nourrisson tète bien avec des tétées fréquentes
et à la demande.**

Étude de cas : une mère maigre et inquiète

Mariam est maigre (périmètre brachial, MUAC, de 20,2 cm). Elle se sent faible et s'inquiète car elle a peur d'avoir moins de lait. Son fils de trois mois est encore allaité exclusivement au sein. Il a une bonne vitalité et n'a pas l'air maigre, et il urine assez souvent.

Le ménage de Mariam reçoit une ration d'urgence complète qui comprend de la semoule de maïs, des pois, de l'huile et du sucre. Elle se rend à un centre nutritionnel qui distribue des aliments de supplément où elle reçoit deux rations (de 700 à 1000 kcal) par jour de bouillie de maïs et soja (corn soy blend, CSB), d'huile et de sucre. On ajoute de l'arachide ou du lait en poudre au repas selon les disponibilités. Pendant les week-ends, lorsque le centre nutritionnel sur site est fermé, Mariam reçoit une ration sèche prémélangée à préparer à la maison (CBS/UNIMIX, huile et sucre).

1. Les aliments de supplément vont-ils faire augmenter la production de lait de Mariam ?
2. Que peut-elle faire pour produire davantage de lait ?
3. Peut-elle donner le mélange en bouillie à son fils ?
4. Le nourrisson devrait-il recevoir des compléments en préparation pour nourrissons ?
5. De quoi Mariam a-t-elle le plus besoin pour arrêter de se faire du souci ?

Réponses :

1. Les aliments de supplément ne vont pas faire augmenter sa production de lait mais ils vont probablement reconstituer ses réserves personnelles de nutriments et lui apporter de l'énergie.
2. Si son nourrisson tète bien et si elle suit un bon schéma d'allaitement maternel, sa production de lait va augmenter.
3. Elle ne devrait pas donner de bouillie à son nourrisson à son âge. Elle doit poursuivre l'allaitement maternel exclusif jusqu'à ce que son nourrisson ait six mois, et prendre elle-même les aliments de supplément.
4. Les compléments en préparation pour nourrissons vont l'empêcher de produire davantage de lait et ils vont créer des risques inutiles pour la santé du nourrisson.
5. Mariam a besoin de soutien psychologique pour prendre et garder confiance.

Liquides

La déshydratation risque de nuire à la production de lait. Les mères arrivent parfois aux abris ou aux centres d'aide en état de déshydratation.

La prise de liquides est particulièrement problématique dans les contextes suivants :

- un déplacement de population
- des conditions de sécheresse grave
- des catastrophes naturelles qui entraînent une contamination de l'eau, par exemple des inondations.

Le personnel de santé et les travailleurs de la nutrition qui s'occupent des mères doivent :

- idéalement, s'assurer que les mères qui allaitent ont accès à l'eau potable pour pouvoir boire la quantité dont elles ont besoin.
- s'assurer, si les disponibilités sont limitées, que chaque mère allaitante reçoit un litre d'eau supplémentaire par jour.
- apporter de l'eau potable partout où les mères doivent attendre longtemps au soleil.
- apporter de l'eau potable dans les zones de transit pour les populations en cours de déplacement.
- si une mère a la diarrhée, elle aura besoin d'être réhydratée avec des solutés de réhydratation orale (SRO).

Apporter de grandes quantités d'eau potable partout où se trouvent des mères qui allaitent au sein dans :

- les zones de transit
- les centres d'enregistrement et d'admission
- les longues files d'attente devant les services de santé ou les autres services.



Adapté de UNICEF, BFHI News

2.2 Des services de maternité utiles

Il est souhaitable que les Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel de l'Initiative pour des hôpitaux amis des bébés fassent partie intégrante des services de maternité dans les situations d'urgence.

Directives opérationnelles, 5.2.2, version 2.1, février 2007

Soins anténataux

Beaucoup d'éléments importants des soins anténataux, dont la prévention et le traitement de la malnutrition et des carences en micronutriments, doivent être déjà en place.

Les Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel de l'Initiative pour des hôpitaux amis des bébés (module 1, p. 53) comprennent l'information des mères sur les bienfaits de l'allaitement au sein et l'organisation de l'allaitement maternel.

Les conseils anténataux sont particulièrement importants auprès des populations dont la tradition veut que les mères allaitent au sein sur une courte durée ou n'allaitent que partiellement.

Essayer de repérer les femmes enceintes aussi tôt que possible, lorsqu'elles s'inscrivent ou à l'occasion de leur premier contact avec les services de santé. Beaucoup de femmes ne contactent pas de service de santé pendant leur grossesse.

Étude de cas : recours de plus en plus fréquent aux accoucheuses traditionnelles

94% des femmes qui vivaient au Rwanda en 1992 recevaient des soins anténataux d'agents de santé formés, et 1% recouraient à des accoucheuses traditionnelles. Seules 4% ne recevaient aucun soin anténatal.

Parmi les réfugiées rwandaises vivant dans les camps de Ngara en Tanzanie en 1995, seules 19% avaient reçu des soins anténataux d'agents de santé formés et 59% avaient reçu les soins [exclusivement] d'une accoucheuse traditionnelle. 22% des femmes vivant dans ces camps n'avaient reçu aucun soin anténatal.

Lung'aho, Clause, Butera: Rapid Assessment of Infant Feeding Practices in two Rwandan Refugee Camps. San Diego; Wellstart International, 1996

Un moyen de toucher un plus grand nombre de femmes enceintes est de demander aux conseillères communautaires en allaitement (des femmes de la région à qui l'on fait traditionnellement appel et/ou qui sont formées pour aider les mères), ou au personnel des abris mère-enfant, d'organiser des groupes de discussion autour de l'allaitement pour les femmes enceintes (Voir Directives opérationnelles, 5.2.3, version 2.1, février 2007).

Ces discussions doivent traiter les thèmes suivants:

- pourquoi il est important d'allaiter au sein et dangereux d'allaiter avec des préparations pour nourrissons
- les recommandations pour un allaitement exclusif et pour un allaitement prolongé
- le schéma d'allaitement maternel qui garantit une grande disponibilité de lait
- ce qui doit se passer juste après l'accouchement, et
- davantage d'informations pour démentir les idées fausses les plus courantes.

Les conseillers peuvent aussi écouter les mères individuellement et discuter avec elles de leurs soucis et de leurs inquiétudes.

Les mères qui ont déjà eu des difficultés pour allaiter, qui ont donné, pour compléter leur lait, des aliments au biberon ou d'autres produits (par exemple des calmants pour les coliques ou des infusions), ou qui ont arrêté d'allaiter précocement, doivent savoir qu'on va les aider à allaiter leur prochain nourrisson au sein pour que cela soit plus facile et que cela puisse durer aussi longtemps qu'elles le souhaitent.

Des soins amis des bébés après l'accouchement

Quel que soit l'endroit où les femmes accouchent, le personnel de santé et les travailleurs de la nutrition doivent aider les mères à mettre en place un allaitement maternel exclusif dans les jours qui suivent la naissance. Les points quatre à dix des Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel de l'Initiative pour des hôpitaux amis des bébés concernent les soins post-partum (voir module 1, p. 53).

Le **point 4** traite des premiers pas de l'allaitement maternel. Donner le nourrisson à sa mère tout de suite après sa naissance pour qu'elle le tienne contre sa peau. Laisser le nourrisson en contact peau à peau sur la poitrine de sa mère pour qu'elle puisse lui donner le sein dès qu'il montre qu'il est prêt.

Les nourrissons reconnaissent le sein à son odeur et, dans leur première heure de vie, ils commencent à ouvrir la bouche et à chercher le sein. Souvent, ils « rampent » vers le sein et le prennent d'eux-mêmes pour commencer à téter. Les médicaments utilisés pendant le travail changent parfois les réactions normales du nourrisson et/ou de la mère. Mais le contact peau à peau doit être encouragé, même si le nourrisson met du temps à téter ou si la mère est fatiguée. Ce premier lait est appelé colostrum et il est riche en agents qui vont protéger le nourrisson des infections. Ce premier contact permet aussi aux nourrissons de téter plus facilement par la suite, et il crée un lien entre la mère et le nourrisson.

IFE 2/13

Contact peau à peau tout de suite après la naissance

IFE 2/13



R. Lemoine/UNICEF C-95 Thailand

Un nouveau-né montre qu'il est prêt à téter et cherche activement le sein. Il est en contact peau à peau avec sa mère. Ensemble la mère et le nourrisson se tiennent chaud.

Ces recommandations, comme toutes celles qui figurent dans ce module, seront revues à mesure que de nouvelles informations seront publiées.

Le personnel qui aide les femmes à accoucher doit :

- rapidement sécher le nourrisson, puis le poser sur sa mère pour un contact peau à peau pendant au moins une heure tout de suite après l'accouchement, et jusqu'à ce qu'il ait pris le sein et tété.
- s'assurer que le nourrisson n'est pas trop couvert pour ne pas empêcher le contact peau à peau.
- couvrir la mère et le nourrisson pour qu'ils se tiennent chaud.
- s'assurer que la mère aide son nourrisson à trouver son sein et à le prendre quand il montre qu'il est prêt à téter.
- exécuter les autres procédures (à part les procédures urgentes comme une réanimation) pendant que le nourrisson est avec sa mère ou après sa première tétée.

Point 5. Si c'est nécessaire, montrer à la mère comment allaiter au sein, en particulier lui montrer comment faire prendre le sein à son nourrisson.

Point 6. S'assurer que le nourrisson reçoit un allaitement maternel exclusif et qu'il ne reçoit pas d'aliments artificiels sauf sur indication médicale.

Points 7 et 8. Laisser le nourrisson en permanence avec sa mère et encourager celle-ci à allaiter au sein dès que le nourrisson montre qu'il veut téter - c'est l'allaitement maternel à la demande, qui facilite l'allaitement maternel.

Point 9. Ne pas donner de tétine au nourrisson, ni d'aliments avec un biberon, car cela risque de gêner l'allaitement au sein.

Point 10. S'assurer que la mère reçoit une aide et un soutien constants, si possible d'autres mères qui allaitent et de conseillères de leur communauté.

Dans les situations d'urgence, il se peut que les mères accèdent plus facilement aux accoucheuses traditionnelles qu'aux agents de santé formés comme les infirmières et les sages-femmes. Il faut donc que les accoucheuses traditionnelles sachent comment s'assurer que l'allaitement au sein commence rapidement et de façon exclusive, et qu'elles sachent comment aider le nourrisson à bien prendre le sein.

Les soins maternels amis des bébés ne demandent pas forcément que l'on dispose de lits, de bâtiments ou d'équipements spéciaux. Les points 4 à 10 peuvent être suivis n'importe où. Mais les femmes accouchent et allaitent au sein plus facilement si elles ont leur intimité, si elles sont dans un endroit chaud, et si elles sont entourées de personnes qui savent quoi faire, qui vont les soutenir pendant leur accouchement et dans les premières étapes de la période post-partum.

2.3 Des services de santé adaptés

Intégrer la formation et le soutien à l'allaitement maternel et à l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants à tous les niveaux des soins de santé.

Directives opérationnelles, 5.2.2, version 2.1, février 2007

Services de santé maternelle et infantile (SMI)

Partout où existent des SMI, le personnel de santé doit :

- encourager une alimentation adaptée à l'âge du jeune enfant
- soutenir l'allaitement au sein
- identifier les mères et les nourrissons qui ont des problèmes d'alimentation, par exemple avec une évaluation rapide simplifiée (voir partie 3).

Les moments propices à ce repérage sont :

- la pesée des nourrissons
 - un nourrisson doit prendre 125g/semaine ou 500g/mois jusqu'à l'âge de six mois.
 - une faible prise de poids indique souvent un problème d'alimentation
- lors des vaccinations
- lors des consultations pour les nourrissons malades.

Les mères et les nourrissons qui ont des problèmes ont peut-être besoin d'être référés à un agent de santé ou à un travailleur de la nutrition expérimenté qui pourra apporter une aide plus spécialisée. Les parties 4 et 5 décrivent la démarche à suivre.



Camp de Chabalisa, Ngara, Tanzanie

Les cliniques et dispensaires de SMI peuvent apporter des soins et un soutien, et, par une évaluation rapide simplifiée, ils peuvent identifier tout problème lié à l'allaitement au sein. C'est aussi à ce niveau qu'on peut donner le soutien de base à l'allaitement maternel (décrit dans la partie 4.2).

UNHCR 24152/07.1994/L/TAYLOR

Maladie du nourrisson et du jeune enfant

Lorsque les enfants sont malades, il se peut que, spontanément, ils prennent plus de tétées au sein ou qu'ils reviennent à l'allaitement maternel exclusif. Le lait maternel est le meilleur des liquides et le meilleur aliment pour les nourrissons et les enfants malades qui peuvent s'alimenter oralement, y compris pour les nourrissons et les jeunes enfants atteints de diarrhée.

Pour organiser l'alimentation d'un enfant lorsqu'il est malade:

- Faire en sorte que la mère et l'enfant restent ensemble - si l'enfant est admis dans une structure de santé, faire aussi entrer sa mère. Laisser la mère rester et dormir avec son enfant, à la fois pour qu'il se sente mieux et pour qu'elle puisse le nourrir pendant la nuit, et pour qu'elle veille à ce qu'il reste au chaud.
- Si l'enfant peut téter, encourager la mère à poursuivre ou à augmenter l'allaitement au sein.
- Si l'enfant ne peut pas téter, montrer à la mère comment elle peut exprimer son lait manuellement de façon à maintenir sa production de lait et pour la santé de ses seins (voir partie 5). Un autre agent de santé qui a été formé dans ce domaine pourra certainement vous aider. Voir annexe 3.
- Lorsque l'enfant doit recevoir une alimentation par voie entérale, lui donner le lait que sa mère a tiré, par sonde, à l'aide d'une seringue ou avec un compte-gouttes (sous la supervision du personnel de santé pour que l'équipement soit bien nettoyé) ou à la tasse.
- Si la mère nourrit son enfant avec son lait exprimé à la maison, lui montrer comment elle peut le donner à la tasse (voir annexe 2).
- En cas d'administration de solutés de réhydratation orale (SRO), utiliser les mêmes méthodes et jamais un biberon.

Maladie de la mère

- On n'a pas besoin d'interrompre l'allaitement au sein pendant la plupart des maladies ou traitements de la mère.
- Le lait maternel aide à protéger l'enfant de nombreuses infections de la mère.
- Une mère malade estimera peut-être que l'allaitement au sein est la méthode la plus facile pour nourrir son enfant car elle peut le faire alors qu'elle est allongée.

Dans des conditions d'urgence, une mère faible et malade risque de ne pas pouvoir nourrir son enfant en toute sécurité avec des préparations pour nourrissons.

C'est le cas notamment si ses mains sont contaminées par la diarrhée et qu'il est difficile de les laver souvent faute de savon et d'eau.

Pour organiser l'alimentation d'un enfant quand sa mère est malade :

- Traiter la mère (voir l'annexe 1 pour un résumé des médicaments indiqués pour une mère).
- Ne pas séparer la mère et l'enfant si possible, et maintenir l'allaitement au sein.
- Chercher un membre de la famille ou un proche qui pourra aider à s'occuper de l'enfant et l'amener à sa mère pour les tétées.
- Si la mère ne peut pas allaiter au sein, elle peut exprimer son lait manuellement pour en maintenir le flux et pour que ses seins restent en bonne santé. Si la mère est trop faible pour exprimer son lait, lui demander si vous, ou une autre personne en charge de l'aider, pouvez le faire pour elle. Si nécessaire, demander à une personne plus expérimentée de vous aider à le faire (voir annexe 3).
- Aider la mère à augmenter sa production de lait pendant son rétablissement (voir parties 5 et 7).

La maladie (notamment la fièvre), la diarrhée ou les médicaments utilisés au cours d'une opération chirurgicale peuvent temporairement réduire la production de lait de la mère. Mais il faut qu'elle allaite son nourrisson autant que possible.

Pour vérifier que le nourrisson reçoit assez de lait, faire un suivi de ses urines. Si le nourrisson ne produit pas des urines diluées au moins 6 fois toutes les 24 heures, c'est peut-être le signe qu'il ne reçoit pas assez de liquides. Il faut que la mère boive plus et qu'elle accroisse sa production de lait en allaitant fréquemment (voir partie 4).

Étude de cas : une mère atteinte du choléra

Nirmala présente des symptômes de choléra. Son fils de cinq mois est allaité exclusivement au sein. Il semble être en bonne santé, mais il n'a uriné que quatre fois dans les vingt-quatre heures qui viennent de s'écouler.

- 1 Nirmala et son nourrisson doivent-ils rester ensemble ou être séparés ?
- 2 Le lait maternel transmet-il le vibrio (la bactérie qui cause le choléra) ?
- 3 Faut-il interrompre l'allaitement au sein et faut-il temporairement donner au nourrisson une préparation pour nourrissons ?
- 4 Nirmala est maintenant gravement déshydratée. Que peut-on faire ?
- 5 Le nourrisson n'urine que 4 fois toutes les 24 heures. Doit-on faire quelque chose ?
- 6 Doit-on donner un traitement antibiotique à la mère, au nourrisson, ou aux deux ?

Réponses :

(inspirées des réponses du Dr. Anjuman Ara, médecin responsable de la formation, ICDDR, Bangladesh)

1. La mère et le nourrisson doivent rester ensemble en toute situation, quel que soit celui des deux qui est malade. La mère peut avoir besoin de l'aide d'autres personnes pour s'occuper du nourrisson.
2. Le vibrio n'est pas transmis par le lait maternel. Le vibrio se trouve dans le système gastro-intestinal et il se transmet par voie fécale-orale. Les nourrissons qui reçoivent un allaitement maternel exclusif développent rarement le choléra, à moins que le vibrio ne soit introduit dans leur bouche, un risque que l'allaitement maternel exclusif élimine.
3. Tant que la mère est consciente (même si elle reçoit une transfusion par intraveineuse) et si elle n'est pas gravement déshydratée, elle doit poursuivre l'allaitement au sein. L'allaitement avec une préparation pour nourrissons va non seulement être une source possible d'infection pour le nourrisson, mais il va en plus réduire la quantité de lait maternel produit.
4. Une mère déshydratée produit moins de lait maternel et elle a besoin d'une réhydratation correctrice. Une déshydratation sévère peut être traitée en une heure grâce à l'administration de fluides par voie veineuse ; la mère doit aussi recevoir un soluté de réhydratation orale (SRO).
5. Le nourrisson n'urinant pas assez, moins de six fois par jour, il est lui aussi déshydraté. Il a lui aussi besoin temporairement de recevoir des fluides supplémentaires pour corriger son statut hydrique jusqu'à ce que la production de lait de sa mère reprenne. Dans ce cas, la réhydratation orale est essentielle. Le SRO administré avec une cuillère ou une tasse n'empêchera pas le nourrisson de continuer à téter le sein. On maintient l'allaitement au sein parallèlement au SRO pour que la production de lait ne diminue pas.
6. On ne donne d'antibiotique qu'à la mère infectée ; on n'en donne pas au nourrisson non infecté en bonne santé.

Soins de santé reproductive

Le personnel de santé qui s'occupe du planning familial doit demander à chaque femme si elle allaite au sein. Une femme qui allaite ne doit pas recevoir de pilule contraceptive contenant des œstrogènes (par exemple les pilules combinées) car ceux-ci risquent de réduire sa production de lait.

Il est important d'éviter les contraceptifs qui contiennent des œstrogènes avant six mois, lorsque le nourrisson a besoin d'un allaitement maternel exclusif, mais aussi de six mois à deux ans ou plus, lorsque l'allaitement au sein fréquent doit se poursuivre, notamment dans les situations d'urgence.

VIH (*ce sujet peut ne pas être traité si le contexte ne l'impose pas*).

Tous les membres du personnel de santé doivent connaître les politiques des Nations unies définies en 2006 (voir l'annexe 19, disponible à l'adresse http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/consensus_statement_fr.pdf).

L'organisation de l'alimentation des nourrissons dans les contextes à forte prévalence du VIH dépend de la possibilité, pour le service de santé opérationnel, de proposer des structures de dépistage volontaire du VIH et un recours à des structures adaptées. S'il n'est pas possible de faire des tests de dépistage, il est impossible d'identifier les personnes concernées pour leur proposer les traitements et leur présenter les différentes options possibles en matière de nutrition infantile ; les messages sur l'allaitement maternel doivent alors s'adresser à l'ensemble de la population.

Pour choisir l'alimentation de leurs nourrissons en pleine connaissance de cause, les mères doivent savoir si elles sont ou non infectées par le VIH, ce qui implique de pouvoir leur proposer des conseils et un dépistage volontaires et confidentiels et de les encourager à faire le dépistage. Le principe du dépistage éclairé et fait avec un consentement éclairé est fondamental.

HIV and Infant Feeding: Guidelines for Decision-Makers, UNICEF/UNAIDS/WHO, 1998

Le risque de transmission du VIH par le lait maternel

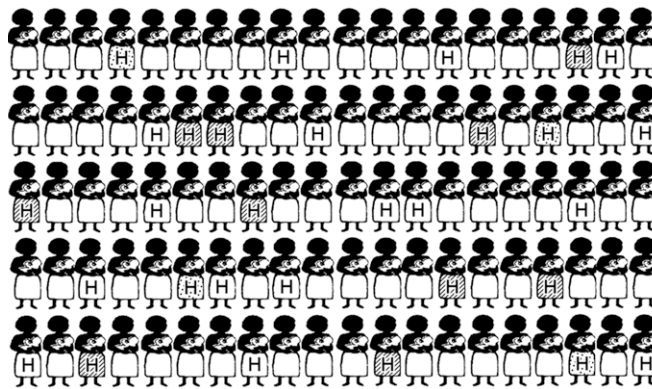
Lorsqu'une mère est positive au VIH (infectée par le VIH), le choix du type d'alimentation de son nourrisson implique de comparer les risques de transmission du VIH liés à l'allaitement au sein et les risques dus au fait de ne pas allaiter au sein.

C'est au moment de l'accouchement que le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant (TME) est le plus fort ; c'est à ce moment que 30% des nourrissons naissant de mères séropositives au VIH risquent d'être contaminés.

Le risque de transmission dans la période de l'accouchement est réduit si on donne une thérapie antirétrovirale aux femmes séropositives pendant le travail. Si elles peuvent accéder à des services de santé, les femmes peuvent entamer une thérapie antirétrovirale plus tôt au cours du 3e trimestre de grossesse.

On surestime parfois le risque de transmission du VIH par l'allaitement au sein. On dit parfois que tous les enfants allaités au sein vont être contaminés. En réalité, on estime que le risque de transmission par l'allaitement maternel augmente de 5-20% chez les nourrissons allaités au sein jusqu'à 2 ans par des mères séropositives au VIH et qui ne reçoivent pas de thérapie antirétrovirale. L'allaitement maternel exclusif peut permettre de faire baisser ce taux.

Le diagramme ci-dessous (IFE 2/14) permet d'expliquer le risque de TME. Il représente 100 femmes qui allaitent au sein dans une population à fort taux de prévalence au VIH. 33% (30 femmes) sont « séropositives au VIH (et leur séropositivité n'a pas été diagnostiquée). Environ 30% des nourrissons de ces 30 femmes (10 nourrissons) sont contaminés à leur naissance ou avant leur naissance. Environ 13% des nourrissons nés des 30 mères infectées (4 nourrissons) risquent d'être contaminés par le lait maternel. Par conséquent, dans une population à forte prévalence du VIH où toutes les femmes allaitent au sein, environ 4 à 5% des nourrissons sont contaminés. Ce pourcentage varie avec la prévalence du VIH dans la population locale et en fonction du schéma d'allaitement maternel (exclusif ou mixte).



H = 30 de ces femmes sont séropositives au VIH et ne sont pas dépistées. / = 10 des femmes positives au VIH transmettent le virus avant/à la naissance
 ••• = 4 des femmes positives au VIH transmettent le virus par le lait maternel.

ONUSIDA/UNICEF/OMS, HIVC, 2000

Il est important d'étudier ce risque d'infection par le VIH en regard des risques que court un nourrisson qui n'est pas allaité au sein dans un contexte précis, en particulier s'il est plus difficile de garantir un approvisionnement régulier en substituts du lait maternel adaptés et d'assurer le respect des conditions d'hygiène pour la fabrication des préparations pour nourrissons.

S'il est impossible de faire un dépistage du VIH

S'il est impossible de faire un dépistage du VIH, l'option recommandée est un allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois, avec ensuite une poursuite de l'allaitement au sein avec des aliments de complément adaptés pendant deux ans ou plus³. Cette organisation suit les principes directeurs de l'ONU de 2006 et les Directives opérationnelles de 2007 sur l'alimentation des jeunes enfants dans les situations d'urgence (voir Mise à jour des références, p. 5).

Lorsque le statut sérologique de la mère est inconnu ou si elle est séronégative, elle devrait être encouragée à allaiter exclusivement son enfant.

Directives opérationnelles, 5.2.7, version 2.1, février 2007

Si le dépistage du VIH est possible : les différentes possibilités pour l'alimentation du nourrisson

Une femme qui a fait un test de dépistage du VIH et dont les résultats se sont avérés positifs a besoin d'être conseillée pour choisir l'alimentation de son nourrisson³. Les préconisations actuelles de l'ONU sont les suivantes :

- pour les mères séropositives au VIH, l'allaitement maternel exclusif est recommandé pendant les 6 premiers mois du bébé à moins que pendant cette période elles puissent accéder à une alimentation de substitution acceptable, praticable, financièrement abordable, sûre et durable, pour elles-mêmes et leurs nourrissons.
- lorsqu'une alimentation de substitution est acceptable, praticable, financièrement abordable, sûre et durable, il est recommandé d'éviter que les mères porteuses du VIH allaitent au sein.

Alimentation artificielle

Le risque de transmission du VIH par l'allaitement maternel peut être réduit par le choix de l'alimentation artificielle. Mais celle-ci expose le nourrisson à un risque accru de développer d'autres maladies et, dans de nombreux contextes, de mourir de causes autres. Les

³ L'OMS et l'UNICEF ont publié deux manuels de cours plus détaillés sous les titres *Le conseil en allaitement : Cours de formation* (WHO/CDR/93.3) et *Le conseil en VIH et en alimentation du nourrisson : Cours de formation* (WHO/FCH/CAH/00.4). Ces manuels apportent des compétences de conseil qui ne sont pas abordées dans ces modules courts sur l'alimentation infantile dans les situations d'urgence, et apportent des supports visuels supplémentaires.

informations qui sont données à la mère doivent être adaptées à la situation particulière. L'accès à des substituts du lait maternel et à des ressources domestiques indispensables telles que de l'eau propre, du combustible et d'autres biens essentiels n'est pas le même dans les différents endroits et dans les différentes phases de l'urgence. Une femme qui choisit l'option de l'alimentation artificielle a besoin d'aide pour bien préparer les aliments artificiels (voir partie 9) et pour s'assurer un approvisionnement durable en substituts du lait maternel.

Allaitement maternel

Si une mère porteuse du VIH choisit d'allaiter au sein, elle doit s'y tenir exclusivement. L'allaitement exclusif permet de prévenir les diarrhées et les infections respiratoires, et il est associé à une réduction du risque de transmission du VIH si on le compare avec l'alimentation mixte. Un allaitement maternel partiel combiné avec une alimentation artificielle augmente le risque de transmission du VIH et des autres infections. Une femme qui choisit d'allaiter au sein a besoin d'aide pour s'assurer que le nourrisson prend bien le sein, et donc qu'il tète bien et que la production de lait est suffisante (voir partie 4). On évite ainsi de blesser le sein et on prévient le développement d'une mastite, autant de problèmes qui augmentent le risque de transmission du VIH (voir partie 7).

Une mère peut décider d'arrêter l'allaitement au sein lorsque son nourrisson a environ six mois si elle peut lui donner d'autres nourritures en toute sécurité. Il est moins risqué d'arrêter l'allaitement maternel quand le nourrisson a plus de 6 mois qu'avant, mais ce choix pose quand même encore quelques problèmes, en particulier dans les situations d'urgence. L'ONU fait donc la recommandation suivante :

- à 6 mois, si l'alimentation de substitution n'est toujours pas acceptable, praticable, financièrement abordable, sûre et durable, poursuivre l'allaitement maternel en combinaison avec des aliments de complément, tout en faisant des examens réguliers de la mère et du nourrisson. L'allaitement maternel doit être totalement arrêté une fois qu'une alimentation adaptée du point de vue nutritif, sûre et sans lait maternel, peut être garantie.

La mise en nourrice des orphelins

Une nourrice est une femme qui allaite au sein le nourrisson d'une autre femme. Cette pratique doit être explorée dans les contextes où le VIH a une forte prévalence. On doit la déconseiller si des méthodes alternatives d'alimentation infantile et les ressources qu'elles nécessitent sont acceptables, praticables, financièrement abordables, sûres et durables. Mais lorsque ces critères (acceptable, praticable, financièrement abordable, sûr et durable) ne sont pas réunis, on doit envisager la mise en nourrice dans les communautés où cette solution est acceptée. La nourrice doit comprendre et accepter les implications du dépistage du VIH et du conseil en matière de VIH, et elle devra faire un test de dépistage avant la mise en nourrice et 6 à 8 semaines après avoir commencé. De plus, elle doit recevoir des conseils sur l'infection au VIH et sur les moyens de l'éviter pendant qu'elle allaite au sein. Les cas de transmission du VIH à des mères séronégatives par des nourrissons infectés nourris au sein sont très peu nombreux.

2.4 Aide et soutien social permanents

Les mères peuvent être à n'importe quel stade de leur période de lactation lorsque l'urgence survient. Certaines peuvent rencontrer certaines difficultés parce qu'elles n'ont pas été aidées au préalable, ou à cause des pratiques culturelles de leur communauté. Ces pratiques peuvent évoluer dans le cadre de l'adaptation des familles à la situation d'urgence, mais l'évolution ne peut pas se faire du jour au lendemain.

Dès qu'apparaissent des difficultés liées à l'allaitement, une aide et des soins peuvent être nécessaires pendant quelques semaines pour aider à mettre en place un allaitement maternel adapté à l'âge du nourrisson, pour que la mère prenne confiance et pour que le nourrisson grandisse de façon satisfaisante. L'aide à l'allaitement maternel doit être maintenue au-delà des six mois du bébé, quand il commence à recevoir aussi des aliments de complément.

Les femmes perdent facilement confiance et elles doutent rapidement de leur lait même dans des situations stables. Les mères isolées socialement ont encore plus de mal à s'occuper de leurs nourrissons, et elles risquent d'avoir encore plus de difficultés liées à l'allaitement maternel.

Pour faciliter l'allaitement maternel, le personnel de santé et les travailleurs de la nutrition peuvent organiser un système de soutien et apporter une attention personnelle aux mères.

IFE 2/15 Un système de soutien

Un système de soutien et une attention personnelle

IFE 2/15

- lutter contre l'isolement
- donner de l'intimité lorsque c'est nécessaire culturellement
- encourager une alimentation adaptée à l'âge
- éduquer la famille et les membres de la communauté
- éviter tous les messages contradictoires
- écouter
- donner confiance



Adapted from F. Savage, A Burgess - Nutrition for Developing Countries. 1993

Lutter contre l'isolement

- Organiser des rencontres fréquentes entre les mères qui allaitent au sein, notamment avec les mères jeunes, timides, qui ont leur premier bébé, ou avec les femmes qui ont perdu leur famille, leur communauté ou leur réseau social.
- Des visites à domicile ou des rencontres à des moments précis permettent de lutter contre l'isolement des femmes qui ont du mal à s'intégrer à un groupe.
- Donner de l'intimité lorsque c'est nécessaire culturellement.

Encourager une alimentation adaptée à l'âge

- Pour aider les femmes, il faut constamment les encourager à :
 - allaiter au sein exclusivement pendant six mois et
 - continuer à allaiter fréquemment nuit et jour jusqu'aux deux ans du bébé et même plus tard, en donnant au bébé des aliments de complément.
- Féliciter les mères qui suivent ces conseils, et s'assurer qu'elles comprennent que ce choix est le meilleur pour garantir un apport abondant en lait maternel.

Éduquer la famille et les membres de la communauté

- Aider les familles et les membres de la communauté à encourager une alimentation adaptée à l'âge.
- Ne pas critiquer les mères qui allaitent au sein de façon plus exclusive, plus fréquemment ou plus longtemps que ne le veut la coutume.
- Expliquer la valeur unique de cette nouvelle formule d'alimentation pour la santé de l'enfant et pour celle de sa mère, dans l'urgence et plus tard.

Éviter les messages préjudiciables

- Retirer les dépliants, affiches et tous les messages qui contredisent les bonnes pratiques en matières d'allaitement maternel, par exemple :
 - les supports qui affirment que d'autres aliments peuvent remplacer le lait maternel avant l'âge de 12 mois, ou que la fréquence de l'allaitement au sein ou des tétées nocturnes doit être réduite avant que le nourrisson ait un an.

Une attention personnelle : écouter et donner confiance

Le personnel de santé et les travailleurs de la nutrition doivent eux-mêmes écouter et parler avec les mères lorsqu'ils parlent leur langue.

En outre, on peut organiser des visites des agents de santé communautaire au domicile des mères, ou des rencontres entre les mères dans le cadre de groupes de soutien (voir partie 4).

Écouter

- On fait beaucoup de bien en écoutant les mères et en les encourageant à faire part de leurs inquiétudes, de leur confusion et de leur peine.
- Quand le contexte culturel est propice, demander à la mère des nouvelles de sa famille, l'interroger sur sa charge de travail et sur la façon dont elle s'en sort.
- Il se peut que l'allaitement au sein ne soit pas son premier sujet d'inquiétude, si des membres de sa famille ont disparu.
- Sinon, demander à une autre personne de s'asseoir au calme avec la mère, de l'écouter et de parler avec elle jusqu'à ce qu'elle commence à parler de ses soucis.

Donner confiance

- Une personne bienveillante, compatissante et qui ne critique pas, qui écoute calmement ce que dit la mère et la félicite pour ce qu'elle réussit à faire permet à la mère de se rassurer et de prendre confiance en elle-même.
- La mère a besoin que cette même femme rassurante l'encourage.
- Ces encouragements aideront la femme à se persuader que son lait ne va pas tarir même dans un contexte d'urgence et que toutes les difficultés liées à l'allaitement peuvent être surmontées.

3 Évaluation du couple mère/enfant



Réfugiés rwandais dans la forêt tropicale en Afrique centrale, 1997, R. Chalassani pour l'UNHCR

3.1 Deux formes d'évaluation

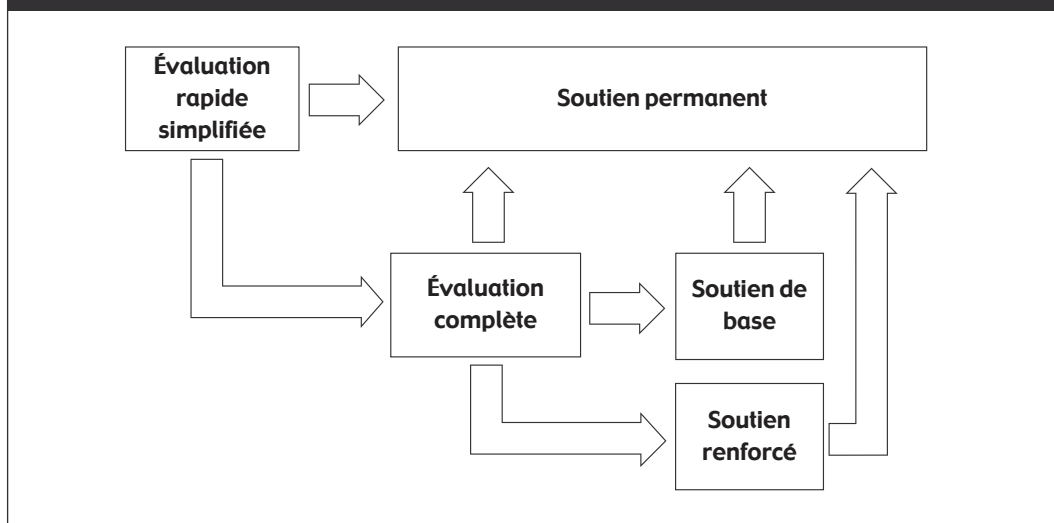
Deux méthodes sont possibles pour évaluer l'alimentation des enfants de 0 à 2 ans :

- l'évaluation rapide simplifiée et
- l'évaluation complète.

IFE 2/16

Pour décider quelles sont les personnes à aider

IFE 2/16



Évaluation rapide simplifiée

L'évaluation rapide simplifiée peut être faite au moment de l'admission, lorsque les mères s'inscrivent, ou lors d'une première rencontre avec le personnel de santé et les travailleurs de la nutrition. L'évaluation rapide simplifiée permet de voir si :

- le nourrisson ne risque pas immédiatement de recevoir une alimentation inadaptée, et si la mère a besoin d'autre chose que d'un soutien (voir partie 2), ou si au contraire
- le nourrisson risque immédiatement de recevoir une alimentation inadaptée et devrait être soumis à une évaluation complète.

Évaluation complète

Elle se fait en général dans un centre de santé, lorsque la mère y est transférée par une autre institution.

L'évaluation complète indique :

- ce qui doit être amélioré
- le type de soutien nécessaire.

Toutes les mères doivent recevoir le soutien qui a été décrit dans la partie 2. Deux niveaux d'aide supplémentaires peuvent être nécessaires pour les mères qui allaitent au sein :

- un soutien de base, dont beaucoup de mère risquent d'avoir besoin (voir partie 4.2), ou
 - un soutien renforcé, dont quelques unes auront peut-être besoin (voir partie 5.1).
- Il est possible que certaines des personnes qui s'occupent des enfants aient besoin d'aide pour organiser l'alimentation artificielle.

Les mères gravement malnutries ou malades ont besoin que l'on s'occupe d'elles immédiatement. Elles doivent être référées sans tarder aux services adéquats, avec leurs enfants. La prise en charge dans ces services doit comprendre une évaluation complète de l'alimentation du nourrisson.

3.2 Évaluation rapide simplifiée

L'évaluation rapide simplifiée ne demande pas de formation médicale ou en nutrition ou d'observation de l'allaitement maternel. Elle cherche à savoir :

- si le nourrisson reçoit une alimentation adaptée à son âge
- si l'allaitement maternel se déroule bien
- si le nourrisson est en bonne santé.

Il faut que l'évaluation rapide simplifiée reste simple. Les encadrés IFE 2/17, 2/18 et 2/19 présentent la liste des questions à poser pour faire l'évaluation.

Essayer de mémoriser ces questions de façon à pouvoir les poser sans avoir à utiliser un formulaire. Nous vous donnons un formulaire pour vous exercer mais, en situation réelle, il n'est pas nécessaire d'en garder une trace écrite. Il vaut mieux interroger chaque femme dans un endroit isolé pour que ses réponses ne soient pas influencées par la présence d'une autre femme susceptible de les entendre.

Alimentation adaptée à l'âge du nourrisson

IFE 2/17

Évaluation rapide simplifiée : alimentation adaptée à l'âge du nourrisson IFE 2/17**Questions:**

1. Quel est l'âge du nourrisson ? âge _____ mois
2. L'allaitiez-vous au sein ?
3. Donnez-vous autre chose que votre lait à boire ou à manger à votre nourrisson ?

Motif de transfert pour une évaluation complète :

- Le nourrisson n'est pas allaité au sein
- Le nourrisson est allaité au sein, mais ne reçoit pas une alimentation adaptée à son âge :
 - il a moins de 6 mois et n'est pas allaité exclusivement au sein
 - il a plus de 6 mois et ne reçoit pas d'aliments de complément.

Posez les questions suivantes :

- Quel est l'âge du nourrisson ? (si la personne qui s'en occupe ne le sait pas, faire une estimation: plus ou moins de 6 mois)
- L'allaitiez-vous au sein ?
- Lui donnez-vous autre chose que votre lait à boire ou à manger ?

Si le nourrisson :

- n'est pas allaité au sein (qu'il ait moins ou plus de 6 mois)
- est allaité au sein, mais reçoit une alimentation inadaptée à son âge (moins de six mois et ne reçoit pas un allaitement maternel exclusif, ou plus de six mois et ne reçoit pas d'aliments de complément), le nourrisson risque de recevoir une alimentation inadaptée.

Référez-le pour une évaluation complète.

Tous les nourrissons nourris artificiellement doivent être référés pour une évaluation complète.

Ils courent de gros risques dans un contexte d'urgence.

Bon déroulement de l'allaitement maternel

IFE 2/18

Bon déroulement de l'allaitement maternel

IFE 2/18

Questions :

4. Le nourrisson arrive-t-il à téter le sein ?
5. Avez-vous d'autres difficultés liées à l'allaitement au sein ?

Motifs de transfert pour une évaluation complète :

- Le nourrisson n'arrive pas à téter
- La mère a d'autres difficultés liées à l'allaitement au sein
- La mère demande des substituts du lait maternel.

Poser les questions suivantes :

4. Le nourrisson arrive-t-il à téter le sein ?
5. Avez-vous des difficultés liées à l'allaitement au sein ?

Laisser la mère parler aussi librement qu'elle le souhaite de l'alimentation qu'elle donne à son nourrisson. Mais elle peut répondre rapidement.

Si la mère déclare que :

- le nourrisson n'arrive pas à téter
- elle a d'autres difficultés liées à l'allaitement au sein
- elle a besoin de substituts du lait maternel,

le nourrisson court un risque, le transférer pour une évaluation complète.

État de santé du nourrisson

IFE 2/19

Observation de l'état de santé du nourrisson

IFE 2/19

Étudier :

6. Si le nourrisson est très maigre
7. S'il est léthargique, peut-être malade

Motifs de transfert pour une évaluation complète :

- Le nourrisson est très maigre
- Il est léthargique, peut-être malade

Demander à la mère ou à la personne qui s'occupe du nourrisson de le déshabiller ou de le découvrir - au moins pour vous permettre de voir son visage et la partie supérieure de son corps - et lui demander d'essayer de réveiller le nourrisson.

Étudier :

6. Si le nourrisson a l'air très maigre
7. S'il est léthargique, peut-être malade

Si le nourrisson dort profondément, vous pouvez demander à sa mère ou à la personne qui s'en occupe comment il se comporte lorsqu'il est réveillé. Elle vous dira s'il ne se comporte pas comme d'habitude.

Si le nourrisson :

- présente des signes de maigreur, ou
- est léthargique, peut-être malade,

Le transférer pour une évaluation complète et peut-être pour des soins médicaux.

Fin de l'évaluation rapide simplifiée

Si le nourrisson ne court pas de risque dans l'immédiat car il reçoit une alimentation adaptée à son âge, la mère n'a pas de difficulté à allaiter au sein, le nourrisson tète bien et n'est pas maigre ni léthargique et la mère a simplement besoin d'être soutenue :

- féliciter la mère et lui dire qu'elle réussit bien dans des circonstances difficiles
- lui indiquer où elle peut se rendre, si elle le souhaite, si elle a besoin de soutien et d'aide pour allaiter au sein.

Si le nourrisson est en danger immédiat pour l'une des raisons données précédemment, on a besoin d'une évaluation complète :

- Expliquer à la mère à quel endroit elle doit se rendre.

Formulaire d'exercice : évaluation rapide simplifiée**Demander :**

1. Quel est l'âge du nourrisson ? âge _____ mois
2. L'allaitez-vous au sein ?
3. Donnez-vous autre chose que votre lait à boire ou à manger à votre nourrisson ?
4. Le nourrisson arrive-t-il à téter le sein ?
5. Avez-vous des problèmes liés à l'allaitement ?

Regarder :

6. Le nourrisson montre-t-il des signes de maigreur ?
7. Le nourrisson est-il léthargique, peut-être malade ?

Motifs de transfert pour une évaluation complète :

Le nourrisson n'est pas allaité au sein

Le nourrisson est allaité au sein, mais il ne reçoit pas une alimentation adaptée à son âge : moins de 6 mois, il ne reçoit pas un allaitement maternel exclusif; plus de six mois, il ne reçoit pas d'aliments de complément

Le nourrisson n'arrive pas à téter le sein

La mère a d'autres problèmes liés à l'allaitement

La mère demande des substituts du lait maternel

Le nourrisson montre des signes de maigreur

Le nourrisson est léthargique, peut-être malade.

S'exercer à l'évaluation rapide simplifiée

Exercez-vous à utiliser le formulaire d'évaluation rapide simplifiée jusqu'à ce que les questions viennent d'elles-mêmes. Essayer alors de faire une évaluation rapide simplifiée avec plusieurs femmes et leurs nourrissons où que vous soyez, que cela soit un site d'urgence ou non. Après un certain temps, vous vous souviendrez des questions et des éléments à observer. Vous n'aurez alors besoin que d'une minute ou deux avec chaque mère et son nourrisson.

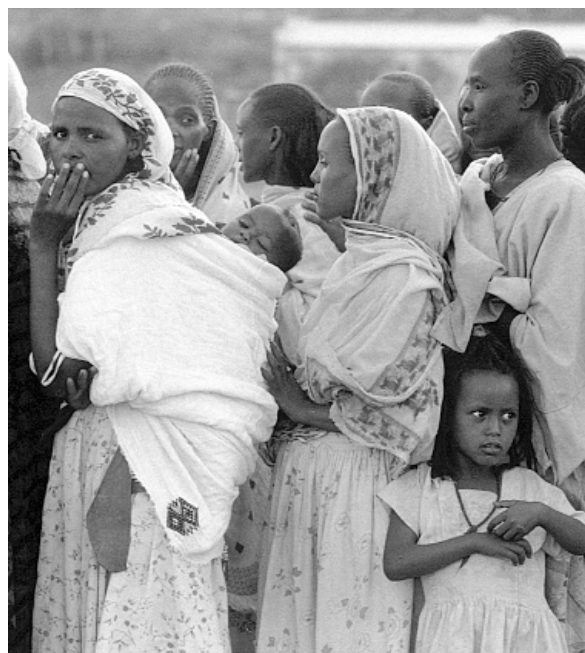
Faire en sorte que l'évaluation rapide simplifiée reste simple. Se rappeler que l'on n'a pas besoin de connaître tous les détails de l'alimentation à ce stade, et que l'on ne doit pas encore donner d'indications.

Exercice: évaluation rapide simplifiée (photographies)

Nous utilisons les photographies de situations d'urgence réelles pour montrer quelles situations on peut rencontrer, et nous avons imaginé des cas typiques. Que feriez-vous dans chacune de ces situations ?

1. Des femmes attendent pour s'inscrire, Dubarwa, Érythrée (2000)

Supposons que ce nourrisson ait trois mois et que sa mère dise qu'il est allaité exclusivement au sein. Lorsque sa mère défait ses vêtements, il s'étire, il ouvre les yeux et regarde autour de lui. Son torse et ses bras ne montrent pas de signe de maigreur. La mère vous dit que l'allaitement au sein se passe bien mais elle se fait du souci pour son fils aîné qui a disparu.



2. Une mère découragée, Kladanj, Bosnie (1995)

Cette mère allaite au sein sa fille de neuf mois et elle lui donne aussi des céréales. La fillette grandit très bien, mais la mère est sûre que son lait est en train de tarir à cause de l'angoisse qu'elle ressent d'avoir dû quitter sa ville. Elle a perdu presque tout ce qu'elle avait, et elle a peur de perdre son lait aussi. Elle demande de la préparation pour nourrissons pour sa fille.



3. Une mère et son enfant arrivent à Biaro, Congo (1997)

Cette mère très malnutrie et déshydratée a parcouru plus de 150 km dans la forêt équatoriale pour chercher de l'aide pour elle et pour son nourrisson. Elle déclare que la seule chose qu'elle ait pu faire est d'allaiter au sein. Le nourrisson a quatre mois et il est maigre. Il est irritable et bouge peu, et il ne tète pas beaucoup. La mère croit que son nourrisson rejette le sein parce qu'elle est trop malade pour allaiter au sein.



Réponses

1. Une mère en Érythrée

Ne pas transférer la mère et son nourrisson puisque le nourrisson reçoit un allaitement maternel exclusif, semble bien grandir et la mère ne se fait pas de souci pour l'alimentation de son nourrisson. Un soutien du personnel de santé pour les prochaines semaines devrait suffire.

2. Une mère en Bosnie

Transférer la mère et son nourrisson pour une évaluation complète puisque la mère a des doutes sur sa production de lait.

3. Une mère au Congo

Donner immédiatement à manger et à boire, puis transférer la mère et son nourrisson ensemble pour qu'ils reçoivent des soins médicaux appropriés et peut-être une alimentation thérapeutique.

3.3 Évaluation complète de l'alimentation infantile

L'évaluation complète est faite en général par le personnel de santé et les travailleurs de la nutrition qui ont la responsabilité directe de la santé et de la nutrition des mères et de leurs nourrissons.

Si les mères ne veulent pas que des agents masculins les regardent allaiter au sein, il faut d'urgence identifier les agents féminins qui peuvent faire une évaluation complète.

L'évaluation complète permet au personnel de santé et aux travailleurs de la nutrition d'apprendre :

- si le nourrisson tète bien
- si la mère se sent en confiance et si son lait coule bien
- si sa production de lait est assez abondante
- d'autres détails sur l'alimentation adaptée à l'âge.

L'évaluation complète de l'alimentation d'un nourrisson se fait en trois étapes :

1. observation d'une tétée au sein si le nourrisson est allaité au sein
2. écoute et recueil d'informations auprès de la mère ou de la personne qui s'occupe du nourrisson, quel que soit le type d'alimentation
3. observation de l'alimentation artificielle si le nourrisson reçoit ce type d'alimentation. Cette étape est traitée dans la partie 9.10.

En remettant aux agents de santé et aux travailleurs de la nutrition des copies plastifiées du formulaire d'exercice pour l'évaluation complète, on les aide à suivre ces trois étapes.

Question : le nourrisson est-il allaité au sein ?

Si le nourrisson est allaité au sein, observer une tétée (étape 1). Cela permet de comprendre pourquoi le nourrisson peut « ne pas recevoir assez de lait » alors que la mère elle-même ne l'a pas remarqué : par exemple parce que le nourrisson ne tète pas de façon efficace ou parce que les tétées sont très courtes.

Si l'enfant n'est pas allaité au sein, ne suivre que les étapes 2 et 3 de l'évaluation complète (voir aussi partie 9.10).

Évaluation complète, étape 1 : observation d'une tétée

Si le nourrisson ne vient pas de téter, demander à la mère de le mettre au sein. Si la mère dit que le nourrisson ne veut pas téter en ce moment parce qu'il a tété récemment, lui demander de rester près de vous, d'attendre et de vous prévenir quand il sera prêt à téter. Observer la tétée pendant au moins quatre minutes, et de préférence jusqu'à ce que le nourrisson quitte le sein de lui-même. Écouter la mère et lui parler sur le ton de la conversation en utilisant les sujets de conversation de l'étape 2 (voir plus loin) ou n'importe quel autre sujet.

Pendant l'observation de la tétée, rester attentif à quatre éléments :

1. la prise du sein
2. l'efficacité de la tétée
3. l'assurance de la mère
4. comment la tétée se termine.

Dans un premier temps, il sera peut-être difficile d'observer et d'écouter sans donner de conseil.

Mais ces compétences sont importantes pour aider les mères et les personnes qui s'occupent des nourrissons.

Si le nourrisson est complètement incapable de téter le sein, ou s'il ne tète que faiblement (et que ce n'est pas parce qu'il vient de téter), transférer la mère et son nourrisson pour un examen médical ou dans un centre nutritionnel thérapeutique. Il se peut que le nourrisson soit malade ou malnutri.

Vérifier que le nourrisson prend bien le sein

- Commencer par vérifier que le nourrisson prend bien le sein.
- Il faut qu'un nourrisson prenne bien le sein pour pouvoir bien téter.
- Bien retenir les quatre signes qui montrent que le nourrisson prend bien le sein:
 - aréole (partie visible plus importante au-dessus)
 - bouche (grand ouverte)
 - lèvre inférieure (retournée vers l'extérieur)
 - menton (touche le sein).

Si le nourrisson est collé au sein, on peut avoir du mal à voir si la lèvre inférieure est retournée vers l'extérieur. Si un nourrisson plus grand tète la pointe du sein, il se peut que le menton ne touche pas le sein. En dehors de ces cas, si vous ne pouvez pas constater tous ces éléments, le nourrisson prend mal le sein.

Si la mère a le sein douloureux ou si elle ressent une gêne dans le sein, c'est aussi en général une preuve que le nourrisson prend mal le sein.

IFE 2/20

Évaluation complète, étape 1 : observation d'une tétée au sein

IFE 2/20

- Prise du sein
 - aréole, partie visible plus importante au-dessus
 - bouche grand ouverte
 - lèvre inférieure retournée vers l'extérieur
 - menton près du sein ou collé au sein
 - pas de douleur ou de gêne au sein
- Le nourrisson tète bien
 - Il prend des gorgées lentes, profondes et fait parfois des pauses
 - On peut l'entendre et le voir déglutir
- La mère est confiante
 - Elle apprécie le moment, elle est détendue (elle ne change pas la position du nourrisson ou de son sein)
 - On voit qu'elle entre en relation positive avec son nourrisson (elle le caresse, ils se regardent, ils se serrent doucement l'un contre l'autre)
- Comment se termine la tétée
 - Le nourrisson se détache du sein de lui-même (il n'en est pas détaché par sa mère)
 - Le nourrisson a l'air détendu et satisfait et ne s'intéresse plus au sein
 - La mère garde le sein accessible pour son nourrisson ou lui propose l'autre sein.

Vérifier que le nourrisson tète bien

Noter les signes qui montrent que le nourrisson tète efficacement :

- des gorgées lentes, profondes, avec parfois des pauses
- une déglutition audible et visible.

Ce sont les éléments qui montrent que le nourrisson tète bien et qu'il obtient le lait maternel facilement.

Noter les signes qui montrent que le nourrisson ne tète pas efficacement :

- des gorgées rapides, avec des bruits de succion
- le nourrisson joue avec le sein
- le nourrisson se saisit puis se détache du sein.

Ces signes montrent que le nourrisson peine à obtenir le lait.

Les mères disent parfois que leur nourrisson tète très fréquemment ou très longtemps, et/ou qu'il est très agité et insatisfait après les tétées. Ce sont aussi des signes qui montrent que le nourrisson peine à obtenir le lait.

Noter si la mère a l'air d'être en confiance

A-t-elle l'air d'aimer allaiter au sein et est-elle détendue ou heureuse avec son nourrisson ? Elle montre peut-être des signes d'affection (des sentiments d'amour forts et une grande proximité) à son nourrisson, par exemple par des caresses ou des regards, mais ces gestes ne sont pas universels. Il se peut qu'elle montre peu d'émotions tout en tenant son nourrisson avec une grande assurance et très près d'elle.

Une mère qui bouge son sein ou change la position du nourrisson pendant la tétée montre qu'elle n'est pas détendue. Il se peut aussi qu'elle remue constamment sa jambe, qu'elle tapote les joues du nourrisson ou qu'elle passe le nourrisson d'un sein à l'autre de façon répétée.

Le fait que le nourrisson tète bien et que la mère soit confiante et détendue montre que le lait coule bien.

Noter si la mère manifeste des signes de douleur pendant l'allaitement au sein

Demander à la mère si elle ressent une douleur ou une gêne dans les seins ou les mamelons. Mais au cours de l'évaluation, il se peut que la mère vous dise, ou il se peut que vous observiez, qu'elle ressent une douleur, ou que son sein est gonflé, ou qu'elle a d'autres problèmes aux seins.

Les causes possibles de douleur des seins et de gonflement et les moyens d'aider la mère sont évoqués dans la partie 7.

Les douleurs et gênes qui ne s'accompagnent pas d'autres symptômes peuvent souvent être guéries par un soutien de base à l'allaitement maternel (voir partie 4).

Il est important de comprendre que l'apparence du sein ne permet de pas de tirer de conclusion sur la production ou le flux de lait.

Comment se termine la tétée

Idéalement, chaque tétée comprend des pauses et quelques minutes pendant lesquelles le nourrisson se détache du sein, et se poursuit jusqu'à ce que le nourrisson cesse spontanément et se détache du sein.

Noter si l'une de ces situations se produit:

- Le nourrisson se détache de lui-même du sein et ne s'y intéresse plus. Il a l'air détendu et satisfait et il ne commence pas tout de suite à s'agiter et à pleurer.
Cela montre que le nourrisson a pris tout le lait dont il a besoin, même le lait de fin.
- La mère laisse le nourrisson accéder à son sein ou elle lui offre son autre sein
Cela montre qu'elle ne limite pas les tétées mais qu'au contraire elle laisse le nourrisson continuer s'il le souhaite.
- La mère détache elle-même le nourrisson de son sein et elle se rhabille.
Cela montre que la mère limite la durée des tétées et il se peut que le nourrisson n'ait pas eu tout le lait dont il a besoin.

Formulaire d'exercice pour l'évaluation complète Étape 1 : observation d'une tétée au sein

(Demander si l'enfant est allaité au sein. S'il ne l'est pas, utiliser les étapes 2 et 3 de l'évaluation complète)

Observer le déroulement d'une tétée pendant au moins quatre minutes, et de préférence jusqu'à la fin.

Ne donner aucune indication et aucune aide. On peut répondre par oui ou par non et noter d'autres commentaires.

Si vous répondez « oui » à toutes les questions, cela veut dire que l'allaitement au sein se déroule bien. Si certaines des réponses sont « non », la mère a besoin d'aide.

- | | |
|------------------------------------|--|
| Prise du sein | <input type="checkbox"/> aréole, plus grande partie visible au-dessus |
| | <input type="checkbox"/> bouche grand ouverte |
| | <input type="checkbox"/> lèvre inférieure retournée vers l'extérieur |
| | <input type="checkbox"/> menton près du sein ou collé au sein |
| | <input type="checkbox"/> aucune douleur du sein et aucune gêne |
| Le nourrisson tète bien | <input type="checkbox"/> gorgées lentes, profondes, et parfois des pauses |
| | <input type="checkbox"/> déglutition audible et visible |
| La mère est confiante | <input type="checkbox"/> plaisir, détente, elle ne bouge pas son sein ou ne change pas le nourrisson de position |
| | <input type="checkbox"/> des signes d'affection (caresses, regards, elle le tient doucement tout contre elle) |
| Comment se termine la tétée | <input type="checkbox"/> Le nourrisson se détache de lui-même du sein (il n'en est pas détaché) |
| | <input type="checkbox"/> Le nourrisson semble détendu et satisfait et ne s'intéresse plus au sein |
| | <input type="checkbox"/> La mère le laisse accéder à son sein ou lui propose son autre sein. |

Exercice pour l'étape 1 de l'évaluation complète : observation d'une tétée

Utiliser une copie de l'étape 1 de l'évaluation complète ci-dessus pour apprendre ce que vous devez observer.

Dès que l'occasion se présente, observer les tétées du début à la fin.

Si possible, faire cette observation avec un collègue, puis s'éloigner et comparer vos observations respectives.

Évaluation complète étape 2 : écoute et recueil d'informations

Lorsqu'on fait une évaluation complète ou que l'on vient en aide à une mère ou à la personne qui s'occupe du nourrisson, l'une des choses les plus importantes est de l'écouter attentivement et de recueillir des informations auprès d'elle.

Ce que vous allez apprendre d'elle va peut-être vous permettre de lui apporter le soutien dont elle a besoin et en particulier de :

- lui donner ou lui redonner confiance en elle-même, et
- augmenter sa production de lait.

Cela vous permettra aussi d'apprendre si, et comment, elle donne d'autres laits et d'autres aliments à son nourrisson, et vous pourrez ainsi :

- lui indiquer l'alimentation adaptée à l'âge de son enfant.

L'attention

Se présenter et demander à la mère si on peut lui parler. Se tenir ou s'asseoir au même niveau qu'elle. Par un langage corporel adapté à la culture locale (par exemple en la regardant en face et en montrant que vous êtes attentif) et par vos réactions, lui montrer qu'elle a toute votre attention et que vous entendez, que vous comprenez et que vous retenez ce qu'elle vous dit.

Encouragement à parler librement

Une façon utile d'encourager une personne à parler est de poser des questions ouvertes. Ces questions commencent avec des mots comme « Que » et « Comment ».

Vous pouvez également inviter une mère à vous parler librement avec des questions ouvertes telles que « Parlez-moi de... ».

S'entraîner à poser ces questions ouvertes et inviter la mère à parler dans la langue locale :

- « Comment se passe l'alimentation ? »
- « Pouvez-vous me dire comment se passent les repas ? »
- « Voulez-vous me dire comment vous allaitez ? »

On en apprendra plus, et on découragera moins la mère, en posant ces questions qu'en lui demandant si elle a des problèmes.

Collaboration avec des interprètes

S'ils doivent faire appel à des interprètes, le personnel de santé et les travailleurs de la nutrition vont au préalable devoir convenir avec eux que l'allaitement au sein est un sujet qui doit être abordé en douceur avec les mères, et que la traduction des réponses des mères doit être précise. Certains interprètes risquent de traduire une question ouverte comme « Comment se passe l'alimentation pour vous et pour le nourrisson ? » en une formule moins favorable comme « Avez-vous des problèmes pour nourrir votre enfant ? », voire en une formule autoritaire comme « Vous savez allaiter au sein, non ? ».

Il se peut aussi que, par coutume, les interprètes abrègent et résument les réponses. La déclaration d'une mère qui dit « Je m'inquiète car je ne sais pas si je vais avoir assez de lait parce que je n'ai pas assez mangé » peut alors devenir « Elle n'a pas assez de lait ». Expliquez à l'interprète pourquoi vous devez connaître en détail ce qu'une femme vous dit.

Recueil d'informations auprès de la mère ou de la personne qui s'occupe du nourrisson

Cette section résume les sujets qui doivent être abordés lorsque vous recueillez des informations auprès de la mère ou de la personne qui s'occupe du nourrisson. Mais elle ne peut pas donner de méthode pour poser des questions ouvertes, écouter attentivement et être sensible à ce que disent toutes les femmes en fonction de leur culture et de leurs sentiments. Les sujets que vous devez explorer sont les suivants :

- comment se passe l'allaitement au sein
- les autres aliments et boissons qui sont donnés au nourrisson
- les opinions et les inquiétudes de la mère quant à l'alimentation de son nourrisson
- comment la mère se sent physiquement et émotionnellement
- si elle souhaiterait éventuellement avoir plus de lait.

Voici les questions que vous devez poser à la mère ou à la personne qui s'occupe du nourrisson pour recueillir des informations sur l'allaitement du nourrisson au sein. Ne pas donner de conseils ou ne pas démentir certaines idées tant que vous n'avez pas toutes les informations nécessaires.

Comment l'enfant est-il alimenté ou nourri au sein

Si vous n'avez pas encore pu constater que le nourrisson était allaité au sein :

Question :

Le nourrisson est-il allaité au sein ?

Si vous avez déjà pu constater que le nourrisson était allaité au sein ou si la mère a répondu oui à la première question :

Questions :

- Combien de fois par jour environ le nourrisson est-il allaité au sein ? Combien de fois par nuit ?
 - Dans la journée, la mère garde-t-elle son nourrisson avec elle ?
 - Dort-elle avec son nourrisson ?
- Si elle déclare allaiter à la demande, que veut-elle dire exactement :
 - À chaque fois que le nourrisson pleure ?
 - Avant qu'il pleure ?
 - Seulement s'il pleure beaucoup ?
 - À quelle fréquence à peu près ?

Dans certains contextes, il vous faudra aussi savoir :

- Donne-t-on une sucette (ou tétine ou tout autre objet à téter) au nourrisson ?

IFE 2/21

Évaluation complète, étape 2

IFE 2/21

Écouter et apprendre

Allaitement au sein ? oui non combien de fois par jour ? _____ Par nuit ? _____
 Utilisation d'une sucette ? oui non

Autres boissons et aliments ? oui non
 Quelles boissons ? _____ Données par quel moyen ? _____
 Combien de fois par jour ? _____
 Quelle sorte d'aliments pris à la maison ? _____
 Combien de fois par jour ? _____

Conceptions et inquiétudes quant à l'alimentation ; comment la mère/la personne qui s'occupe du nourrisson a-t-elle pris sa décision ?

Comment la mère/la personne qui s'occupe du nourrisson se sent-elle physiquement et émotionnellement ?

Souhait éventuel d'avoir plus de lait ou de mettre en route une relactation ? oui non

Ce transparent résume les sujets à aborder lorsque vous recueillez des informations auprès de la mère ou de la personne qui s'occupe du nourrisson. Mais il ne peut pas donner de méthode pour poser des questions ouvertes, écouter attentivement et être sensible à ce que disent toutes les femmes en fonction de leur culture et de leurs sentiments.

Comment l'enfant est-il alimenté – reçoit-il d'autres boissons et d'autres aliments ?**Questions :**

- Le nourrisson reçoit-il d'autres boissons et d'autres aliments ?
- Quelles boissons lui donne-t-on ?
- Comment les lui donne-t-on ?
 - A la cuillère, à la tasse, à la main, au biberon, par d'autres techniques ?
- Combien de fois par jour ?
- Quelle sorte d'aliments pris à la maison ?
- Combien de fois par jour ?

Se procurer une liste des aliments, boissons consommés localement et des techniques d'alimentation si cela doit faciliter la discussion.

Quelles sont les conceptions et les inquiétudes de la mère/personne qui s'occupe du nourrisson quant à l'alimentation des nourrissons

Vous devez savoir si elle connaît déjà l'allaitement au sein et ses avantages, et si certaines de ses conceptions et de ses inquiétudes ont une influence sur sa façon d'alimenter le nourrisson.

Questions (veiller à ne pas être irrespectueux) :

- Qu'est-ce qui vous a fait choisir ce mode d'alimentation ?
- Que vous a-t-on dit sur l'alimentation infantile ?

Ne pas montrer de désaccord et attendre avant de démentir des idées fausses, cela risquerait de la dissuader de parler librement.

L'amener à parler de ses conceptions, des craintes, des doutes ou des idées fausses qui suscitent une inquiétude quant à l'allaitement au sein.

Certaines personnes lui ont peut-être dit qu'elle était trop angoissée pour allaiter au sein.

Comment la mère ou la personne qui s'occupe du nourrisson se sent-elle, physiquement et émotionnellement

- Il se peut qu'elle soit malnutrie, malade, ou épuisée (elle aura alors besoin de soins immédiatement).
- Elle a très probablement perdu sa maison et la communauté qu'elle connaissait.
- Elle a peut-être perdu des membres de sa famille, ou elle est peut-être inquiète pour des enfants disparus.
- Elle est peut-être dépressive et souffre peut-être des conséquences du stress traumatique.

- Il se peut qu'elle rejette un nourrisson qu'elle a eu après avoir été violée, ou parce que la torture et la terreur lui ont fait perdre le sens des relations humaines.

Questions (à adapter en fonction du contexte culturel) :

- Comment vous sentez-vous personnellement ?
- Y a-t-il quelque chose qui vous inquiète et dont vous voudriez parler ?

Si elle arrive à parler, elle arrivera peut-être à livrer certains sentiments. Mais il se peut qu'elle refuse de parler. Ne pas l'obliger mais essayer de lui apporter la chaleur et la compagnie qui lui permettront, avec le temps, de vous parler ou de parler à d'autres personnes.

Souhaite-t-elle éventuellement avoir plus de lait (ou mettre en route une relactation)

Si la mère allaite au sein mais s'inquiète pour sa production de lait :

Question :

- Voudriez-vous avoir plus de lait ? Nous pouvons vous aider à en produire plus.

Si la mère ou la femme qui s'occupe du nourrisson n'allaite pas au sein

Question :

- Souhaiteriez-vous allaiter ce nourrisson au sein ? Nous pouvons vous aider à recommencer à produire du lait.

Exercice pour l'évaluation complète, étape 2 – questions

S'exercez à l'étape 2 avec un collègue. L'un joue le rôle de l'agent de santé et l'autre joue le rôle de la mère ou de la personne qui s'occupe du nourrisson.

Utiliser le formulaire ci-dessous. Adapter les questions en fonction de la culture locale si cela semble nécessaire. Si possible, utiliser la langue que vous parlerez avec la mère.

Formulaire d'exercice pour l'évaluation complète Étape 2 : questions

- Le nourrisson est-il nourri au sein ?
- Environ combien de fois par jour est-il allaité au sein ? Combien de fois par nuit ?
 - Dans la journée, la mère garde-t-elle son nourrisson avec elle ? Dort-elle avec son nourrisson ?
 - Si elle déclare allaiter à la demande, que veut-elle dire exactement: à chaque fois que le nourrisson pleure ? Avant qu'il ne pleure ? Seulement s'il pleure beaucoup ? A quelle fréquence ?
- Donne-t-on une sucette (ou tétine ou tout autre objet à téter) au nourrisson ?
- Le nourrisson reçoit-il d'autres boissons ou d'autres aliments ?
- Quelles boissons reçoit-il ?
- Comment les boissons lui sont-elles données ?
 - À la cuillère, à la tasse, à la main, au biberon, par une autre technique ?
- Combien de fois par jour ?
- Quels aliments mous ou pris à la maison l'enfant reçoit-il ?
- Combien de fois par jour ?
- Qu'est-ce qui vous a fait choisir cette alimentation ?
- Que vous a-t-on dit de l'alimentation infantile ?
- Comment vous sentez-vous personnellement ?
- Y a-t-il quelque chose qui vous inquiète et dont vous voudriez parler ?
- Voudriez-vous avoir plus de lait ? (Nous pouvons vous aider à en produire davantage).
- Souhaiteriez-vous allaiter ce nourrisson au sein ? Nous pouvons vous aider à recommencer à produire du lait.

Ne pas oublier qu'à ce stade on doit s'abstenir de donner des conseils et de démentir certaines idées.

Exercice pour l'évaluation complète, étape 2 – enregistrement des réponses

Utiliser le formulaire d'enregistrement ci-dessous. Prendre des notes brèves.
Garder vos notes d'exercice, qui seront utilisées dans la partie 4.

Formulaire d'exercice pour l'évaluation complète	
Étape 2 : enregistrement des réponses	
Allaitement au sein ?	oui ___ non ___
Combien de fois par jour ? _____	Par nuit ? _____
Utilisation d'une sucette ?	oui ___ non ___
Autres boissons et aliments ? oui ___ non ___	
Quelles boissons ? _____	
Données par quel moyen ? _____	
Combien de fois par jour ? _____	
Quelle sorte d'aliments mous ou pris à la maison ? _____	
Combien de fois par jour ? _____	
Opinions de la mère, comment a-t-elle choisi ce type d'alimentation ?	

Comment la mère/la personne qui s'occupe du nourrisson se sent-elle physiquement/émotionnellement ? A-t-elle des inquiétudes ?	

Souhait éventuel d'avoir plus de lait ou de mettre en route une relactation ?	
oui ___ non ___	

Exercice pour les étapes 1 et 2 avec des mères et personnes qui s'occupent des nourrissons

Lorsque vous maîtrisez bien les questions, entraînez-vous à pratiquer les étapes 1 et 2 de l'évaluation complète avec des mères et des personnes responsables des nourrissons. Vous allez constater que, souvent, vous pouvez à la fois observer une tétée au sein (étape 1 de l'évaluation complète) et écouter la mère et recueillir des informations auprès d'elle (étape 2 de l'évaluation complète).

Si une mère ou la personne qui s'occupe d'un nourrisson n'allait pas au sein, s'entraîner à l'étape 2 seulement, afin de savoir comment elle alimente le nourrisson.

Vous pouvez prendre des notes rapides si cela ne met pas la mère mal à l'aise. Sinon, bien retenir ce qu'elle vous dit et le noter plus tard.

Gardez vos notes d'entraînement pour les utiliser dans la partie 4. L'étape 3 de l'évaluation complète est décrite dans la Partie 9.10.

4

Aider à améliorer l'alimentation infantile

4.1 Choisir le soutien nécessaire⁴

Après avoir fait une évaluation complète, le personnel de santé et les travailleurs de la nutrition doivent choisir comment ils vont aider la mère et le nourrisson.

Toutes les mères doivent recevoir un soutien à l'allaitement maternel dans le cadre de l'aide globale, ainsi que des soins de santé et de nutrition. Par une série de mesures simples que nous appelons le soutien de base à l'allaitement maternel, on peut aider les mères qui présentent n'importe lequel des problèmes usuels et la plupart des mères qui ne donnent pas à leurs nourrissons une alimentation adaptée à leur âge.

En plus du soutien de base, certaines mères vont avoir besoin d'interventions plus spécialisées qui constitueront un soutien renforcé à l'allaitement maternel, un soutien qui proposera des options pour l'alimentation artificielle (par exemple avec des compléments, temporairement ou à long terme si nécessaire), l'alimentation thérapeutique ou des traitements médicaux.

Les deux tableaux suivants résument les indications des différents degrés de soutien :

Degrés de soutien à l'alimentation infantile : conditions pour un soutien de base à l'allaitement maternel
La mère et le nourrisson sont en bonne santé mais l'évaluation montre que :
<ul style="list-style-type: none"> • La mère manque d'assurance • Elle se fait de fausses opinions et a des inquiétudes quant à l'allaitement maternel • Elle doute de son lait • Elle demande des substituts du lait maternel pour compléter l'allaitement maternel • Elle souhaiterait éventuellement allaiter davantage au sein
<ul style="list-style-type: none"> • Le nourrisson prend mal le sein ou tête mal • La mère éprouve une gêne ou une douleur au mamelon • Les seins sont pleins comme normalement après une naissance
<p>L'alimentation n'est pas adaptée à l'âge</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avant 6 mois : <ul style="list-style-type: none"> - La mère donne d'autres boissons ou aliments - Elle donne le sein moins de 8 fois par jour - Elle n'allaite pas au sein la nuit - C'est la mère qui met fin aux tétées, elle retire le sein
<ul style="list-style-type: none"> • De 6 à 12 mois <ul style="list-style-type: none"> - La mère allaite moins de 6 fois par jour - Elle ne donne pas d'aliments de complément - Elle donne des aliments moins de 3 fois par jour
<ul style="list-style-type: none"> • De 12 à 24 mois <ul style="list-style-type: none"> - La mère ne donne pas d'aliments de complément - Elle donne des aliments moins de 3 fois par jour

⁴ Les conditions générales de soutien à l'allaitement maternel à l'échelle d'une population, comme l'aide à une alimentation adéquate, sont présentées dans le module 1 et dans la partie 2 du module 2, et ne sont pas répétées ici.

Degrés de soutien à l'alimentation infantile : conditions pour une aide plus spécialisée	
L'évaluation montre que :	Soutien approprié :
<ul style="list-style-type: none"> • La mère est malnutrie ou malade • Le nourrisson est sévèrement malnutri : très maigre ou œdémateux (gonflé de fluide) • Le nourrisson n'arrive pas à téter, il est léthargique, peut-être malade 	<ul style="list-style-type: none"> • Transfert urgent pour : <ul style="list-style-type: none"> - Traitement médical - Nutrition thérapeutique • À l'hôpital ou dans le centre de nutrition thérapeutique : <ul style="list-style-type: none"> - Évaluation complète - Soutien de base - Soutien renforcé à l'allaitement maternel (y compris à la relactation) - Possibilités d'alimentation artificielle (complément alimentaire temporairement)
<ul style="list-style-type: none"> • La mère est traumatisée, en crise émotionnelle, elle rejette le nourrisson 	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien renforcé (aide au rétablissement) • Soutien de base
<ul style="list-style-type: none"> • Le nourrisson présente des signes de maigreur ou de poids insuffisant (malnutrition légère ou modérée) • Le nourrisson refuse de téter mais il n'est pas léthargique ou malade 	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluation complète • Soutien de base • Soutien renforcé (pour aider le nourrisson à téter de nouveau ; pour faire augmenter la production de lait) • Possibilités d'alimentation artificielle (compléments alimentaires temporairement) <p>Si le nourrisson a plus de 6 mois, également :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amélioration de l'alimentation de complément
<ul style="list-style-type: none"> • La mère n'allait pas au sein 	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien renforcé (relactation - si la mère/personne qui s'occupe du nourrisson est intéressée) • Si la relactation n'est pas possible : possibilités d'alimentation artificielle
<ul style="list-style-type: none"> • Le nourrisson a du mal à prendre le sein et les mamelons sont plats 	<ul style="list-style-type: none"> • Soutien de base • Soutien renforcé (pour que le nourrisson prenne bien le sein, en lui donnant du lait maternel exprimé pendant la période d'apprentissage)
<ul style="list-style-type: none"> • Mamelons invaginés ou très gros • Douleur sévère ou persistante du mamelon • Seins douloureux, gonflés ou autre problème (engorgement, blocage des canaux, mastite) 	<ul style="list-style-type: none"> • Soins médicaux • Autre soutien, décrit avec les problèmes de seins

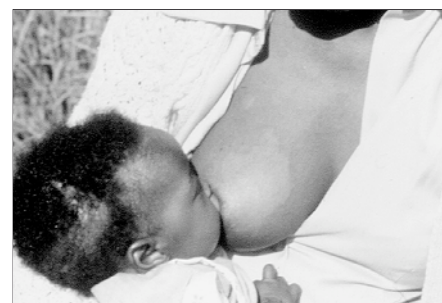
IFE 2/22

Un soutien approprié rétablit l'allaitement maternel et la croissance du nourrisson

IFE 2/22



Ella à quatre semaines



Ella à quatre mois

Source : Felicity Savage

Étude de cas : un soutien approprié rétablit l'allaitement maternel et la croissance du nourrisson

Ella, le nourrisson que montrent les deux photos du transparent (IFE 2/22) est arrivée en clinique à quatre semaines. Elle présentait des signes de maigreur et pesait seulement 2 kg. Quels éléments de la photo de gauche pourraient expliquer sa maigreur ?*

À la naissance, Ella a reçu une alimentation au biberon « en appoint » de l'allaitement au sein et, lorsqu'elle est rentrée à la maison, elle ne tétait pas bien. Outre le lait maternel, sa mère lui donnait environ 200 ml de lait de vache, dilué et au biberon. Lorsque Ella est arrivée à la clinique, sa mère a dit qu'elle ne s'alimentait pas bien au sein et qu'elle refusait souvent le sein.

Heureusement, Ella n'était pas malade. Mais comme sa famille vivait loin de l'hôpital, elle a été hospitalisée avec sa mère, on ne les a pas séparées et on les a souvent mises en contact peau à peau. L'agent de santé a montré à la mère comment aider Ella à mieux prendre le sein pour qu'elle puisse bien téter. La mère a aussi appris à exprimer son lait toutes les trois heures et à le donner à Ella à la tasse jusqu'à ce qu'elle tète mieux et prenne de longues tétées.

L'agent de santé a écouté la mère, essayé de l'aider à prendre de l'assurance et elle l'a encouragée à allaiter autant que possible pour faire augmenter sa production de lait. Pendant les deux premiers jours, Ella a eu besoin de prendre à la tasse un peu de préparation pour nourrissons en supplément. Mais rapidement elle n'en a plus eu besoin et, avec des encouragements constants, elle a commencé à s'alimenter exclusivement au sein.

La seconde photographie montre Ella à quatre mois. Elle prend bien le sein, elle tète bien et elle est toujours allaitée exclusivement au sein. Elle pèse alors 4,5 kg, ce qui représente une prise de poids moyenne de presque 28g/jour.

Source : F. Savage

* **Réponse:** La photo montre que sa bouche n'est pas bien ouverte, qu'elle pointe ses lèvres et que son menton est loin du sein ; elle prend donc mal le sein. Si un nourrisson prend mal le sein, il ne peut pas bien téter. Ella a l'air d'être très inquiète et tendue, et ses joues sont rentrées car elle essaie de téter.

Exercice pour le choix du degré de soutien approprié

Utiliser les tableaux ci-dessus sur les degrés de soutien, ainsi que les notes prises lors de l'étape 1 et de l'étape 2 de l'évaluation complète (voir respectivement p. 37 et p. 41). Seul ou avec un collègue, déterminer quel serait le degré de soutien le plus adapté dans chacune des situations que vous avez étudiées.

Dans la plupart des situations, il n'est pas nécessaire d'arrêter l'allaitement maternel. Dans bien des cas, avec une aide et un soutien appropriés, la mère peut continuer à allaiter au sein ou, si elle a arrêté, elle peut reprendre l'allaitement au sein.

4.2 Soutien de base à l'allaitement maternel

Le soutien de base à l'allaitement maternel consiste en des interventions simples et essentielles qui permettront de prévenir et de résoudre la plupart des problèmes courants. Le soutien de base peut permettre de résoudre des problèmes moins usuels.

Le soutien de base comprend quatre étapes :

Étape 1 : S'assurer que le nourrisson tète bien

Étape 2 : Aider la mère à prendre de l'assurance et aider à l'écoulement du lait

Étape 3 : Faire augmenter la production de lait

Étape 4 : Encourager une alimentation adaptée à l'âge

Étape 1 : s'assurer que le nourrisson tète bien

Commencer par observer une tétée. Si le nourrisson prend bien le sein et tète efficacement, vous n'avez pas besoin de changer quoi que ce soit. Féliciter la mère et passer à l'étape 2.

Si vous pensez que le nourrisson prend mal le sein, et qu'il ne tète pas efficacement, aider la mère à améliorer ces deux éléments comme vous l'avez appris dans la partie 1. Pour améliorer la prise du sein, il se peut que vous deviez changer la position du nourrisson. Retenir que son corps doit être dans l'axe de sa tête qu'il doit faire face au sein, qu'il doit être très près et qu'il doit être soutenu.

On peut aider la mère à améliorer la prise du sein de son nourrisson par les moyens suivants :

- On peut organiser un soutien du dos pour la mère si elle s'assied sans soutien
- Elle peut s'allonger
- Elle peut tenir le nourrisson sous son bras
- Elle peut tenir le nourrisson avec son bras opposé, pour mieux pouvoir le soutenir (c'est utile notamment pour les nourrissons très petits).



Différentes positions possibles pour une bonne prise du sein

Différentes positions possibles pour une bonne prise du sein

- Si le nourrisson est très couvert et que ses vêtements ou langes le gênent, la mère peut les défaire pour pouvoir tenir le nourrisson plus près. Lui montrer comment couvrir le nourrisson de façon à ce qu'il reste au chaud sans l'empêcher de toucher le sein de très près.
- Si la mère prend son sein en mettant sa main très près du mamelon, il se peut que ses doigts gênent le nourrisson, et on peut lui montrer comment soutenir son sein en reculant ses doigts et sans le pincer.

Les distractions sonores et l'activité peuvent empêcher un nourrisson de téter aussi efficacement. Parfois, la mère a l'habitude de tapoter les joues du nourrisson, ou de bouger son sein ou de changer le nourrisson de position. Ces habitudes risquent aussi de déranger la tétée.

- Essayer d'éviter les conditions qui distraient le nourrisson et le laisser téter à son rythme.
- Éliminer les pratiques qui interfèrent avec la tétée : éviter les tétines et les biberons.

Étape 2 : aider la mère à prendre de l'assurance et aider à l'écoulement du lait

Lorsque le nourrisson tète bien (étape 1), le lait coule mieux.

Mais il faut aussi encourager la mère à :

- Avoir de nombreux contacts peau à peau avec son nourrisson.
- Profiter de son nourrisson en jouant avec lui, en le regardant dans les yeux.

Cela favorise la libération d'hormones, notamment d'ocytocine, et l'écoulement du lait. Cela peut aussi calmer et réconforter une femme soumise à un stress.

En outre, une femme doit avoir confiance et penser que son lait est bon.

On peut l'aider à prendre confiance en se montrant bienveillant, rassurant, en ne la critiquant pas et en ne lui donnant pas d'ordre :

- Reconnaître que la mère et son nourrisson font bien les choses, et les féliciter. Féliciter la mère d'avoir continué à allaiter au sein, parce que son nourrisson grandit bien, et pour toutes les autres choses qu'elle fait bien. La féliciter parce que le nourrisson tète bien et déglutit bien, et pour tous les autres éléments qui montrent que le lait coule bien. L'aider à reconnaître et à accepter ces signes.
- Donner à la mère des informations pertinentes, et de façon encourageante, pour lui permettre de prendre de l'assurance. De bonnes informations peuvent la rassurer, calmer ses inquiétudes et corriger certaines idées fausses. Par exemple, l'aider à comprendre que son lait sera toujours le meilleur des aliments, même si elle est bouleversée et qu'elle mange très simplement, et qu'elle en aura toujours assez pour son nourrisson.

Aider à calmer certaines de ses angoisses liées à la situation d'urgence en lui apportant de la sécurité, de la chaleur et du réconfort. Aider la mère à passer du temps avec des personnes en qui elle aura confiance, par exemple d'autres mères qui allaitent au sein, ou des femmes plus âgées qui la rassureront, et l'inciter à allaiter son nourrisson à proximité de ces personnes. Cela lui permettra peut-être de se détendre.

IFE 2/23

Soutien de base à l'allaitement maternel

IFE 2/23

Étape 1 : s'assurer que le nourrisson tète efficacement

- améliorer sa prise du sein
- aider à lui donner une meilleure position, si nécessaire
- éviter les distractions
- supprimer les éléments qui empêchent le nourrisson de bien téter le sein (biberons, sucettes)

Étape 2 : aider la mère à prendre de l'assurance et aider à l'écoulement du lait

- encourager les contacts peau à peau, les interactions par le regard
- adopter des comportements bienveillants, rassurants, ne pas critiquer ni donner d'ordre
- féliciter la mère et le nourrisson pour ce qu'ils réussissent à faire
- donner à la mère des encouragements et toutes les informations qui peuvent l'intéresser. L'aider à s'entourer de personnes chaleureuses avec qui elle pourra passer du temps.

Étape 3 : favoriser la production de lait

On peut aider une mère à produire davantage de lait quand :

- le nourrisson prend bien le sein et tète efficacement
- on a aidé la mère à prendre de l'assurance et on a aidé au bon écoulement du lait.

Une mère peut presque toujours avoir davantage de lait, à tout moment de la lactation, jusqu'à la deuxième année ou même plus tard, si elle adopte une meilleure conduite d'allaitement au sein.

Alors la mère peut aussi adopter une conduite d'allaitement qui stimule la production de lait. Cela signifie :

- laisser le nourrisson téter fréquemment.
- laisser le nourrisson téter plus longtemps à chaque tétée.
- s'assurer que la mère a assez d'eau pour apaiser sa soif.
- supprimer toutes les interférences éventuelles avec la production de lait.

Laisser le nourrisson téter fréquemment

- La mère doit laisser le nourrisson téter le sein à chaque fois qu'il montre qu'il a faim ou qu'il demande le sein. Elle doit le faire au moins 8 fois toutes les 24 heures, mais si possible, 10, 12 fois ou même plus souvent. (Pour faire augmenter sa production de lait, elle doit réveiller le nourrisson et lui proposer le sein, ou moins toutes les trois heures, et de préférence beaucoup plus souvent même s'il est trop endormi pour demander à manger).
- Le nourrisson peut aussi téter pour le plaisir, à tout moment. Ne pas lui donner de tétine mais seulement le sein.
- La mère doit garder son nourrisson avec elle autant que possible pendant la journée, y compris lorsqu'elle est dans une file d'attente, et elle doit éviter les longues périodes de séparation.
- La mère doit dormir avec son nourrisson et l'allaiter au sein pendant la nuit.

Laisser le nourrisson téter plus longtemps à chaque tétée

- La mère doit laisser le nourrisson téter aussi longtemps qu'il le souhaite et faire des pauses s'il le veut, jusqu'à ce qu'il ait terminé et qu'il lâche le sein de lui-même.
- La mère doit éviter d'interrompre/d'arrêter une tétée en détachant/retirant le nourrisson du sein ou en enlevant son sein dès qu'il fait une pause ou regarde autour de lui.
- La mère doit proposer son deuxième sein et laisser le nourrisson décider s'il veut le prendre ou si un seul lui suffit.

Permettre à la mère de boire suffisamment

- S'assurer que la mère a la possibilité de garder assez d'eau potable pour elle, en particulier dans les contextes chauds et secs.
- Pendant l'intervention de soutien (voir partie 2), on doit déjà s'être assuré que la mère reçoit une alimentation adéquate.

Supprimer toutes les interférences éventuelles avec la production de lait

- Réduire de 50 ml/jour tous les aliments de supplément donnés au nourrisson. Le lait maternel va augmenter tous les jours jusqu'à ce que :
 - un nourrisson de moins de 6 mois soit allaité exclusivement au sein.
 - un nourrisson de plus de six mois reçoive beaucoup plus de lait maternel qu'auparavant.
- Conseiller à la mère d'éviter :
 - d'être séparée de son nourrisson
 - de suivre un horaire précis pour les tétées
 - de laisser d'autres personnes s'occuper du nourrisson
 - tout ce qui peut retarder les tétées
 - d'utiliser les biberons et les sucettes, comme on l'a mentionné dans l'étape 1.
- Éviter une nouvelle grossesse. Proposer des méthodes de planification familiale sans œstrogènes pendant la première et la deuxième année.

**« Le manque de lait » n'est pas une bonne raison pour arrêter l'allaitement au sein.
C'est une raison pour allaiter davantage au sein de façon à faire augmenter la
production de lait.**

Étape 4 : encourager une alimentation adaptée à l'âge

Les nourrissons de moins de 6 mois ne doivent recevoir que du lait maternel. Le but est d'aider les mères à suffisamment augmenter leur production de lait pour pouvoir allaiter exclusivement au sein. La plupart des femmes peuvent le faire.

Les nourrissons de six mois et plus doivent recevoir beaucoup de lait maternel et une bonne alimentation de complément. Le lait maternel peut apporter au moins la moitié des nutriments dont le nourrisson a besoin. Les aliments de complément doivent être riches en nutriments, et le nourrisson doit en recevoir 2 à 3 fois par jour de 6 à 8 mois, 3 à 4 fois par jour de 9 à 24 mois, avec 1 à 2 en-cas par jour à la demande (voir annexe 11). Certains types de lait, par exemple les laits entiers d'origine animale, peuvent être l'un des aliments de complément. On peut les mélanger à d'autres aliments ou les donner à boire à la tasse mais pas au biberon.

IFE 2/24

Une alimentation adaptée à l'âge

IFE 2/24

Implique de commencer à donner des aliments de complément quand l'enfant est prêt/à l'âge de six mois

De six mois à l'âge de deux ans, les enfants doivent recevoir des aliments de complément adaptés tout en continuant à être fréquemment allaités au sein.

IFE 2/25

Soutien de base à l'allaitement maternel

IFE 2/25

Étape 3 : augmenter la production de lait

- Encourager la mère à laisser le nourrisson téter fréquemment.
- Expliquer comment laisser le nourrisson téter plus longtemps à chaque tétée.
- Aider la mère à avoir suffisamment d'eau à boire (l'intervention de soutien garantit que la mère reçoit une alimentation suffisante)
- Supprimer les éléments qui empêchent le nourrisson de bien téter le sein ; réduire les aliments de supplément de 30 à 60 ml par jour.

Étape 4 : encourager une alimentation adaptée à l'âge

- Si nécessaire, aider la mère à rétablir un allaitement maternel exclusif jusqu'à ce que son nourrisson ait six mois.
- Si des suppléments nutritionnels au lait sont nécessaires, lui apprendre à les donner au nourrisson à la tasse et non au biberon.
- Montrer à la mère comment préparer et donner des aliments de complément adaptés à partir de l'âge de six mois.

Éviter le biberon lorsque le nourrisson a besoin de suppléments nutritionnels

Dans certaines populations, donner le biberon est une coutume et un moyen courant d'alimenter un nourrisson, et il peut être difficile de mettre fin à cette pratique. Essayer de faire comprendre à tous et toutes que les biberons ne sont une méthode ni bonne ni nécessaire pour donner du lait et d'autres boissons. Ce ne sont pas de bonnes méthodes pour nourrir des nouveaux-nés et des nourrissons qui sont trop malades pour téter. Les nourrissons nourris au biberon risquent de ne plus vouloir téter le sein efficacement (voir module 1, p. 54).

Les tasses sont un moyen préférable et plus sûr, en particulier lorsque l'hygiène est problématique. Les tasses sont plus faciles à laver et on peut les utiliser dès la naissance et sans limite d'âge, même avec des nourrissons qui ont de faibles poids de naissance. Il faut donc apprendre aux personnes qui s'occupent des nourrissons à les nourrir à la tasse s'ils ont besoin de suppléments nutritionnels (voir annexe 2).

IFE 2/26

Donner des aliments de supplément à la tasse

IFE 2/26

Si un nourrisson peut :

- suçoter (ou laper du lait avec la langue) et
- déglutir,

il peut être nourri avec n'importe quelle tasse ouverte.



Adapté de UNICEF BFHI News

L'utilisation des biberons multiplie les risques de maladie.

IFE 2/27

Technique d'alimentation à la tasse

IFE 2/27



F. Savage / Philippines & UK

Le lait doit juste toucher les lèvres du nourrisson.

La personne qui s'occupe du nourrisson ne doit pas verser le lait dans la bouche du nourrisson.

Le nourrisson prend le lait avec sa bouche et suçote ou prend de petites gorgées.

Exercice pour le soutien de base à l'allaitement maternel

Utiliser le récapitulatif ci-dessous pour s'exercer à apporter le soutien de base à l'allaitement maternel.

Commencer par faire un jeu de rôle avec des collègues, puis avec des mères.

S'exercer surtout en simulant les problèmes les plus courants, par exemple « le manque de lait » ou une alimentation qui n'est pas adaptée à l'âge.

Soutien de base à l'allaitement maternel

Récapitulatif

Étape 1 : s'assurer que le nourrisson tète efficacement

- Observer une tétée au sein et vérifier les 4 critères d'une bonne prise du sein (aréole, bouche, lèvres, menton) et que le nourrisson tète efficacement.
- Si le nourrisson ne prend pas bien le sein ou s'il ne tète pas efficacement, lui donner une meilleure position (droit, face au sein, tout près, soutenu) et l'aider à lui donner une meilleure prise. Si nécessaire, lui donner aussi une meilleure position en :
 - Le couvrant moins afin qu'il puisse atteindre le sein
 - Montrant à la mère comment elle peut tenir son sein en mettant ses doigts loin du mamelon et sans pincer
 - Encourageant la mère à s'allonger, à tenir le nourrisson sous son bras ou en travers.
- Éviter les distractions et laisser le nourrisson téter à son rythme.
- Éviter les biberons et les sucettes.

Étape 2 : aider la mère à prendre de l'assurance et aider à l'écoulement du lait

- Aider la mère et le nourrisson jusqu'à ce que ce dernier tète bien.
- Encourager la mère à apprécier les contacts peau à peau et à jouer avec son nourrisson en le regardant dans les yeux.
- Aider la mère à prendre de l'assurance :
 - Reconnaître ce qu'elle fait bien et l'en féliciter - par exemple si son lait coule bien
 - Donner à la mère les informations dont elle a besoin de façon encourageante et corriger ses idées fausses.
- Aider la mère à allaiter son nourrisson au sein à proximité de personnes en qui elle a confiance, cela l'aide à se détendre.

Étape 3 : faire augmenter la production de lait

Encourager la mère à allaiter au sein plus fréquemment

- Demander à la mère d'allaiter très souvent au sein, 12 fois au moins toutes les 24 heures si le nourrisson le souhaite.
- Parler à la mère des avantages de garder son nourrisson avec elle jour et nuit et d'allaiter la nuit.
- Encourager la mère à donner le sein juste pour le plaisir du nourrisson dès qu'il le demande.
- Si le nourrisson est malade ou exceptionnellement endormi, encourager la mère à le réveiller et à lui proposer le sein souvent.

Encourager la mère à donner des tétées plus longues

- Proposer à la mère de poursuivre les tétées jusqu'à ce que le nourrisson s'arrête de lui-même et n'en veuille plus. Il vaut mieux qu'elle ne détache pas le nourrisson et qu'elle ne recouvre pas son sein trop vite.
- Inciter la mère à proposer l'autre sein et à laisser le nourrisson décider s'il en veut ou non.

S'assurer que la mère a assez à boire (l'intervention de soutien a permis de vérifier qu'elle avait assez à manger)

- Aider la mère à garder de l'eau potable pour elle.

Supprimer les interférences

- Aider la mère à réduire les aliments de supplément au lait de 50 ml/jour, faire un suivi hebdomadaire du poids pour la rassurer en lui montrant que le nourrisson prend toujours 125 g/semaine.
- Demander à la mère d'éviter de se séparer de son nourrisson, d'éviter de suivre un horaire de tétées précis, de laisser son nourrisson aux soins d'une autre personne, de retarder les tétées et, comme on l'a dit précédemment, d'éviter les biberons et les tétines.
- Aider la mère à prévenir une nouvelle grossesse grâce à des méthodes de planification des naissances sans œstrogènes.

Étape 4 : encourager une alimentation adaptée à l'âge

- Aider la mère à mettre en place ou à rétablir un allaitement maternel exclusif jusqu'à ce que le nourrisson ait 6 mois.
- Si le nourrisson a besoin de suppléments nutritionnels, apprendre à la mère à les lui donner à la tasse et non au biberon.
- Montrer à la mère comment préparer et donner des aliments de complément adaptés à partir de l'âge de six mois, tout en continuant à allaiter au sein fréquemment.

Exercice : donner des informations pertinentes

Imaginons des mères qui sont dans un camp depuis une semaine. Elles sont seules avec leur nourrisson. Elles reçoivent pour leur famille des rations complètes, elles ont assez de combustible, les ustensiles et l'eau dont elles ont besoin. Elles ne sont ni malnutries ni malades.

Réfléchir aux réponses que vous allez apporter à chacune des mères pour corriger ses idées fausses sur l'alimentation infantile en restant bienveillant et non critique.

Mère n° 1 : « Mon lait est trop pauvre parce que je ne mange pas bien/assez. Je ne peux pas allaiter au sein. »

Mère n° 2 : « Mon lait est en train de tarir. Il tarit toujours quand mes nourrissons ont quelques semaines. »

Mère n° 3 : « Il fait chaud ici, et mon nourrisson sera trop sec si je ne lui donne pas de l'eau. »

Mère n° 4 : « Les nourrissons ont besoin de beaucoup suçoter. Je lui donne donc une sucette entre les tétées. »

Réfléchissez aux réponses que vous donneriez spontanément avant de consulter les idées/exemples proposés ci-dessous qui montrent comment donner des informations pour corriger les idées fausses des mères.

Notez que l'agent de santé ne critique pas les mères, et ne leur donne pas d'instructions.

Elle ne leur donne pas non plus de leçon sur les bienfaits de l'allaitement au sein.

Elle essaie de leur donner de façon encourageante les informations qui peuvent les intéresser.

Réponses possibles :

1. **Agent de santé :** Il est normal que vous soyez inquiète (réponse bienveillante, pas de critique). Mais en fait votre lait répond encore tout à fait aux besoins de votre nourrisson. La nourriture que l'on vous donne ici va vous aider à fabriquer du bon lait.
2. **Agent de santé :** Et bien, le lait revient quand on allaite davantage. Nous pouvons vous aider à avoir davantage de lait, ainsi vous fabriquerez tout ce dont votre nourrisson a besoin pour grandir et être fort. En faisant les choses un peu différemment cette fois-ci, vous allez pouvoir continuer à avoir du lait beaucoup plus longtemps que pour les autres nourrissons.
3. **Agent de santé :** Vous avez raison de vous inquiéter de ce que votre nourrisson risque de manquer d'eau. Mais votre lait contient toute l'eau dont il a besoin, et il est ce qu'il y a de plus propre, il est même plus propre que l'eau bouillie. Dès que votre nourrisson a soif, mettez-le à votre sein et laissez-le boire. C'est une bonne idée de boire beaucoup d'eau, pour qu'il y en ait beaucoup pour votre lait. (Informations dont elle a besoin ; notez qu'il n'y a aucune instruction, seulement des informations).
4. **Agent de santé :** Oui, les nourrissons aiment beaucoup téter, effectivement. Mais ce qui est le plus sûr pour votre nourrisson est de téter votre sein. Il est plus propre qu'une sucette, et en tétant pour son plaisir, votre nourrisson permet à vos seins de produire beaucoup de lait.

5

Un soutien plus spécialisé à l'allaitement maternel

5.1 Soutien renforcé à l'allaitement maternel

Le soutien de base ne résout pas toutes les difficultés liées à l'allaitement maternel. Certaines mères ont besoin d'un degré de soutien que nous appelons soutien renforcé. Il demande davantage de compétences, de temps et d'attention que le soutien de base. Le personnel de santé et les travailleurs de la nutrition ont donc besoin d'une formation plus poussée pour apporter le soutien renforcé que pour le soutien de base.

Il est parfois plus simple d'apporter un soutien renforcé à l'allaitement maternel que d'assurer les conditions optimales de sécurité pour l'utilisation des substituts du lait maternel.

Compétences supplémentaires requises

- Apprendre aux mères comment exprimer leur lait manuellement. Dans de nombreuses situations, il est utile de pouvoir exprimer son lait manuellement. La technique est décrite dans l'annexe 3.
- Comment utiliser une sonde d'allaitement et d'autres techniques pour donner au nourrisson des suppléments nutritionnels. Ces techniques sont décrites dans le chapitre complémentaire 6 sur la relactation, mais elles sont utiles aussi dans d'autres situations.
- Aider à mettre en application la méthode kangourou (voir la partie 5.2 ci-dessous). Cette technique de soins est utile notamment pour les nourrissons ayant un faible poids de naissance et pour les nourrissons malades.
- Aider au rétablissement des mères traumatisées (voir la partie 5.6 ci-dessous).

Il se peut que le nourrisson ait besoin de recevoir temporairement des aliments artificiels de supplément. La partie 9 sur les différentes possibilités pour l'alimentation artificielle décrit les méthodes de préparation et les quantités nécessaires.

Situations appelant un soutien renforcé

- nourrissons ayant un faible poids de naissance
- nourrissons présentant des signes de maigreur, ayant visiblement un poids insuffisant
- nourrissons qui refusent le sein
- organisation de l'allaitement au sein pour des mères malnutries
- mères traumatisées, en crise émotionnelle ou qui rejettent leur nourrisson.

Le soutien renforcé est nécessaire aussi pour :

- la relactation (qui fait l'objet d'une partie séparée dans la partie 6)
- les problèmes de seins (abordés spécifiquement dans la partie 7)

5.2 Nourrissons ayant un faible poids de naissance

Dans un contexte d'urgence, beaucoup de nourrissons risquent de naître avec un faible poids de naissance. Un faible poids de naissance est un poids de naissance inférieur à 2500 g.

Les nourrissons qui ont un faible poids de naissance sont souvent des nourrissons prématurés ou des nourrissons petits pour leur âge gestationnel.

Le lait maternel, et notamment le colostrum, le premier lait, est particulièrement important pour leur survie et leur santé.

- Aider toutes les mères de nouveaux-nés ayant un faible poids de naissance à exprimer leur colostrum et leur lait manuellement au moins huit fois toutes les 24 heures, à partir de la naissance (voir annexe 3). En commençant à exprimer son lait rapidement après la naissance, on permet à la lactation de se mettre en route. En exprimant son lait fréquemment, on permet d'établir la production de lait plus rapidement, même si on n'obtient qu'une petite quantité de colostrum au début.
- Si on n'a réussi à exprimer qu'une petite quantité de colostrum, utiliser une petite seringue stérile pour l'extraire du mamelon.
- Dès que le nourrisson est prêt à s'alimenter oralement, lui donner le lait qui vient d'être exprimé à l'aide d'une sonde, une seringue, un compte-gouttes ou une tasse stérile.
- **Le premier jour**, donner 60 ml/kg divisés en 12 prises organisées toutes les deux heures. Si les quantités de lait exprimé sont insuffisantes dans un premier temps, compléter le volume avec le lait d'une banque de lait qui aura préalablement été chauffé pour prévenir le risque d'infection. Si cette solution est impossible, utiliser temporairement une préparation pour nourrissons en la donnant à la sonde, à la seringue, au compte-gouttes ou à la tasse.
- **Augmenter le volume** de 20 ml/kg par jour jusqu'à ce que le nourrisson prenne un total de 200 ml de lait maternel par kg et par jour distribués en 12 prises organisées toutes les deux heures ou en 8 prises organisées toutes les trois heures.
- Quand l'état de santé du nourrisson est stable, montrer la méthode kangourou à la mère.
- Dès que le nourrisson montre une volonté de téter, encourager sa mère à lui proposer le sein. L'objectif est que le nourrisson soit allaité exclusivement au sein lorsqu'il sortira.

IFE 2/28

Alimentation à la tasse d'un nourrisson ayant un faible poids de naissance

IFE 2/28

Au Kenya, une mère donne son propre lait, qu'elle vient d'exprimer, à son nourrisson né avec un faible poids de naissance. Dans cette maternité, les mères s'entraident pour apprendre à exprimer leur lait manuellement et à nourrir leur nourrisson à la tasse jusqu'à ce qu'il soit prêt à téter.



UNICEF/HO910505/Betty Press

La méthode kangourou

La méthode kangourou consiste à mettre le nourrisson constamment en contact peau à peau avec sa mère ou avec un autre adulte. Ils sont utiles en particulier pour les nourrissons ayant un faible poids de naissance. Le nourrisson est maintenu contre le sein de sa mère, et il est porté et bercé sans être forcé à téter le sein.

La méthode kangourou permet de garder les nourrissons au chaud et réduit le stress. Elle fait aussi parfois augmenter la quantité de lait maternel produite.

Les nourrissons qui n'ont jamais été allaités au sein ou qui refusent de se nourrir au sein commencent souvent à s'alimenter au sein spontanément quand ils sont portés avec cette technique.

Comment mettre en œuvre la méthode kangourou

La méthode kangourou sont très utilisée pour les nourrissons nés avant terme dont l'état de santé s'est stabilisé (leur respiration et leur pouls notamment).

- La mère ou toute autre personne qui s'occupe du nourrisson retire ses vêtements de dessous.
- Le nourrisson porte seulement une couche* et a la tête couverte s'il fait très froid
- Le nourrisson est enveloppé et tenu délicatement tout contre la poitrine nue de l'adulte au moyen du tissu le plus adapté culturellement.
- L'adulte porte ses vêtements habituels et il est assez couvert pour avoir chaud, mais ses vêtements sont ajustés de façon à pouvoir voir le visage du nourrisson et à l'exposer à l'air.

Nourrissons nés prématurés

- Le nourrisson né avant terme est tenu en position verticale entre les seins nus de la femme ou sur la poitrine d'un homme.
- La personne qui porte le nourrisson peut bouger et mener toutes ses activités en position verticale, et elle peut dormir en position semi-allongée.
- Si une mère ou une nourrice portent le nourrisson en kangourou, le contact peau à peau stimule la production de lait et renforce le lien entre les deux.

Nourrissons nés à terme et jeunes enfants

On peut utiliser la méthode kangourou :

- Pour les enfants plus grands, en particulier pour les enfants malnutris, qui risquent d'avoir trop froid (hypothermie)
- Pour permettre la relactation ou pour surmonter un refus du nourrisson de prendre le sein.

On peut utiliser toutes les positions tant qu'elles permettent de nombreux contacts peau à peau.

L'adulte et le nourrisson peuvent dormir ensemble allongés, couverts par la même couverture.

* Si le nourrisson a la diarrhée, préparer un protège-couche en découpant un rectangle dans une mince feuille de plastique, en laissant des languettes dans les coins pour permettre de l'attacher sur les côtés.

IFE 2/29

La méthode kangourou

IFE 2/29



Pour réduire les déperditions de chaleur lorsqu'il fait très froid, couvrir la tête du nourrisson avec un bonnet ou avec le tissu utilisé par la mère.

Le nourrisson est gardé en contact peau à peau complet avec sa mère jour et nuit, et il est nourri au sein aussi souvent que le permet son état de santé.



Kangaroo Care, pp. 76, 79, OMS/IMCI. Management of the child with a serious infection or severe malnutrition OMS/FCH/CAH/00.1

IFE 2/30

La méthode kangourou aide à améliorer le lien mère-enfant

IFE 2/30

Les mains du nourrisson doivent être libres pour qu'il puisse les garder au chaud ou les sortir.

C'est de cette façon que les nourrissons kangourous peuvent réguler leur température.



UNICEF/HQ34-0832/Dora Guillemz

5.3 Les nourrissons qui présentent des signes de maigreur ou qui ont un poids insuffisant

Un nourrisson qui présente des signes de maigreur (ou, si on a pu le mesurer et le peser, qui a un poids insuffisant) risque d'être :

- légèrement malnutri (déviations standard -2 à -1 du rapport poids/taille ou 80 à 89% de la médiane), ou
- modérément malnutri (déviations standard -3 à -2 du rapport poids/taille, ou 70 à 79% de la médiane)⁵.

Pour aider un nourrisson maigre ou qui a un poids insuffisant :

- Évaluer son état de santé pour éliminer toute maladie qui pourrait être à l'origine du manque de poids et traiter l'infection le cas échéant.
- Suivre les étapes 1 et 2 de l'évaluation complète (voir partie 3).

Si le nourrisson est toujours allaité au sein, même non exclusivement :

- Apporter le soutien de base à l'allaitement maternel pour mettre en place ou rétablir une alimentation adaptée à l'âge et pour faire augmenter le volume de lait maternel.
- Si le nourrisson a moins de 6 mois et si la production de lait maternel est peu abondante, il se peut que la mère doive temporairement donner des aliments artificiels de supplémentation jusqu'à ce qu'elle puisse allaiter exclusivement au sein. Apprenez-lui à donner les aliments de supplémentation à la tasse, après les tétées au sein, et à diminuer les quantités de 50 ml par jour.
- Si le nourrisson a plus de 6 mois, aider la mère à augmenter l'alimentation au sein et à donner des aliments de complément riches en nutriments.

Si le nourrisson n'est pas du tout allaité au sein :

- Suivre les étapes 2 et 3 de l'évaluation complète (voir partie 9.10 pour l'étape 3 de l'évaluation complète).
- Envisager la relactation et en parler avec la mère ou la personne qui s'occupe du nourrisson pour savoir si cette possibilité est envisageable.
- Si la relactation n'est pas possible, discuter des différentes possibilités pour l'alimentation artificielle (voir partie 9) avec la mère ou la personne qui s'occupe du nourrisson.

Pour tous les nourrissons :

- Rassurer les mères souvent et dès que possible, les féliciter et les aider, pour leur permettre de prendre confiance.
- Montrer aux mères comment donner à leurs nourrissons plus de chaleur, comment les stimuler et jouer, pour que leurs nourrissons soient plus énergiques.
- Faire un suivi et une pesée de tous les nourrissons une fois par semaine jusqu'à ce que leur prise de poids soit régulière (au moins 125 g/semaine, 500 g/mois) et que leur appétit reprenne.
- Répétez les étapes 1, 2 et 3 après le traitement, selon le besoin, pour vérifier que les difficultés liées à l'alimentation qui existaient auparavant sont bien résolues.

5.4 Les nourrissons qui refusent le sein

Un nourrisson en bonne santé et qui a été nourri au sein peut refuser le sein parce qu'il a été nourri au biberon ou à cause de changements plus conséquents dans les soins qui lui sont donnés.

Un agent de santé ou un travailleur de la nutrition peut aider à rétablir/remettre en route l'allaitement au sein :

- Conseiller à la famille de laisser la mère s'occuper seule du nourrisson.
Laisser la mère et le nourrisson en contact peau à peau jour et nuit, en utilisant la méthode kangourou si nécessaire.
Encourager la mère à caresser son nourrisson et à lui parler pour le reconforter.

⁵ Les nourrissons souffrant de malnutrition sévère (déviations standard du rapport poids/taille inférieure au niveau -3 ou en dessous de 70% de la médiane) ou tout nourrisson ayant un œdème prenant le godet (gonflement bilatéral avec persistance de l'empreinte des doigts après une pression prolongée) doivent être transférés dans un Centre de nutrition thérapeutique ou hospitalisés avec les personnes qui s'occupent d'eux (voir partie 8).

- Aider la mère à tirer manuellement son lait et à en exprimer autant que possible, huit fois au moins par jour, pour faire reprendre la production de lait.
- Donner au nourrisson le lait que sa mère a tiré à la tasse, mais ne pas utiliser de biberon ou de sucette.
- Si la production de lait est peu abondante, donner temporairement des aliments de supplémentation jusqu'à ce que la production ait repris. Donner les aliments de supplémentation à la tasse, après que tout le lait maternel disponible a été donné.
- Proposer le sein au nourrisson dès qu'il donne des signes d'assoupissement ou qu'il est détendu, ou après une petite prise d'aliment à la tasse.
- Aider la mère à se détendre ; lui assurer que l'allaitement au sein peut être rétabli.
- Essayer différentes positions si le nourrisson n'est pas confortablement installé. Vérifier que le nourrisson prend bien le sein s'il est nourri au sein dans une nouvelle position.

5.5 Organisation de l'allaitement maternel pour une mère malnutrie

Si une mère est malnutrie, elle a besoin de soins et d'être alimentée elle-même avant de bien pouvoir s'occuper de son nourrisson.

Les soins à la mère

- Nourrir une mère malnutrie conformément aux principes établis.
- Quand elle reprend appétit, lui donner une alimentation mélangée, riche en nutriments et en énergie, et l'encourager à manger autant qu'elle le peut.
- Lui permettre un accès illimité à l'eau potable et autres boissons/liquides.
- Pendant tout le processus, rester à son écoute. Lui faire évoquer ses problèmes et l'aider à en parler, y compris des problèmes qui risquent d'avoir un effet sur sa capacité à allaiter au sein et à s'occuper de son nourrisson.

Les soins au nourrisson

- Ne pas séparer la mère et le nourrisson. Si la mère a d'autres enfants, les laisser avec elle eux aussi, si possible. Les séparations qui ne sont pas nécessaires risquent de nuire à l'allaitement du nourrisson au sein et à la prise en charge des autres enfants par la mère.
- Dès que son état de santé le permet, encourager la mère à laisser son nourrisson téter aussi souvent qu'il le souhaite.
- Aider la mère à prendre de l'assurance en lui expliquant que son lait est toujours nourrissant, et qu'il reste la meilleure nourriture pour son nourrisson, même quand elle-même se sent faible. La rassurer en lui disant que, si son nourrisson tète souvent, elle aura très bientôt beaucoup de lait de nouveau.
- Si la quantité de lait qu'elle produit a diminué, donner au nourrisson du lait de supplément artificiel à la tasse ou par sonde d'allaitement. Encourager le nourrisson à téter aussi souvent qu'il le souhaite, jusqu'à ce que la production de lait maternel ait repris (voir partie 6, Relactation).

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

5.6 Mères traumatisées, en crise émotionnelle, ou qui rejettent leur nourrisson

Le stress n'empêche pas les mères de produire du lait. Mais les mères traumatisées ou déprimées risquent de ne pas pouvoir répondre aux sollicitations de leur nourrisson, laisser leur lait couler et se sentir confiantes.

IFE 2/31

Une aide nécessaire au rétablissement

IFE 2/31

Le stress, les traumatismes, le chagrin ou les violences sexuelles n'empêchent pas une mère d'avoir du bon lait, mais elle aura besoin de soins qui lui permettront de retrouver son équilibre émotionnel.



Une aide nécessaire au rétablissement, UNHCR/Soudan/S.Sparre-Ulrich/10068

Les femmes risquent de penser que les événements stressants qu'elles ont vécus ont fait diminuer leur production de lait. Elles risquent de donner des aliments de supplément à leur nourrisson, si bien que le nourrisson tètera moins le sein et la production de lait diminuera réellement. Souvent, le personnel de santé ou les travailleurs de la nutrition ne voient pas ces mères tant qu'elles n'ont pas déjà cessé d'allaiter au sein.

Le deuil, l'anxiété due à la disparition de membres de la famille et les conséquences de la torture ou des horreurs qu'elle a vécues peuvent épuiser les ressources émotionnelles d'une femme, qui risque de croire que le deuil nuit à la qualité de son lait maternel et la rend inapte à allaiter au sein.

Parfois, les femmes ont vécu des violences sexuelles et pensent qu'elles ont été contaminées, et que leur lait l'a été aussi. Il se peut qu'une femme rejette son nourrisson, pour différentes raisons. Par exemple, si elle a vécu des traumatismes psychologiques graves parce que sa grossesse est due à un viol, si elle vit un grave conflit avec sa famille, si le nourrisson est anormal, si elle croit que son nourrisson est mourant. Le rejet peut être temporaire ou à long terme.

Une femme qui ne peut pas répondre aux sollicitations de son nourrisson risque de moins lui donner le sein, en conséquence de quoi sa production de lait va probablement diminuer. Il se peut que son nourrisson ne lui réponde pas, et qu'il ne demande pas à être nourri. Si cette femme ne reçoit pas de soins pour l'aider émotionnellement, il se peut que son nourrisson ne s'alimente pas, qu'il ne grandisse pas et ne se développe pas psychologiquement.

Le stress, les traumatismes et les violences sexuelles ne nuisent pas à la qualité du lait maternel, mais la mère a besoin qu'on l'aide à se rétablir.

Aide au rétablissement

Des soins pour rétablir l'équilibre émotionnel de la mère seront probablement utiles. Pour s'occuper des femmes victimes de viol, il faudra mettre en œuvre toutes les mesures de soutien possibles compte tenu de leurs traditions religieuses et culturelles, et il faudra les aider à retrouver la volonté d'allaiter au sein.

- S'asseoir avec la mère et la famille pour parler sur un ton bienveillant.
- Chercher des personnes proches de la mère qui vont pouvoir lui tenir compagnie et lui donner le contact humain qui la réconfortera.
- Si une femme en arrive à croire qu'elle ne peut pas être une bonne mère, essayer de l'amener à retrouver le respect d'elle-même.
- Laisser le nourrisson avec sa mère en contact peau à peau, et trouver pour elle une compagnie rassurante, peut-être des femmes plus âgées, qui l'aideront à accepter le nourrisson.
- Si nécessaire, donner au nourrisson des aliments de supplémentation artificiels à la tasse, et apporter un soutien de base jusqu'à ce que l'allaitement au sein ait pu reprendre.
- Utiliser les moyens culturellement adaptés pour « purifier » la mère et ses seins, pour lui permettre de retrouver la volonté d'allaiter au sein.
- Dans les cas graves, envisager d'utiliser temporairement des médicaments de psychiatrie (c'est-à-dire ceux qui peuvent être utilisés sans risque par les mères qui allaitent, voir annexe 1). Encourager la mère à continuer à allaiter au sein et faire un suivi du nourrisson en surveillant les signes d'engourdissement et s'assurant qu'il prend bien du poids.

Automassage pour des femmes traumatisées

Un thérapeute par le massage qui travaille avec des femmes ayant survécu à des tortures et à des abus sexuels montre le rôle de l'automassage, adapté à la culture des survivantes.

« Les traumatismes amènent souvent les victimes à se replier sur leurs pensées et à se couper de leurs propres émotions et des sensations de leurs corps. On peut apprendre aux mères à se faire elles-mêmes un massage des seins. Cette technique simple et progressive pourra aider les femmes à se reconnecter à elles-mêmes et à recommencer à éprouver des émotions ».

Au cours de ce bref massage d'environ 5 minutes, elles peuvent penser à des messages qui encouragent l'allaitement au sein, par exemple :

« J'ai donné le jour à ce beau nourrisson et maintenant je vais lui donner du lait source de vie. Avec ce massage, je donne du repos à mon corps et je prépare mes seins à donner la vie à mon enfant. Je vais nourrir mon enfant et le rendre fort ».

Adapté de John Calvi, 2001

Étude de cas : une mère déprimée

Une mère arrive dans un service de santé et demande de la préparation pour nourrissons pour son nourrisson de 1 mois qui pèse 4,4 kg. On la transfère vers l'unité de conseil en allaitement maternel. La conseillère en allaitement maternel apprend que la mère a été déprimée et soumise à un stress à cause de la situation qu'elle vit chez elle. Le père du nourrisson a une maladie mentale et il bat parfois la mère et son enfant.

Dans cette situation, les proches et les voisins ont dit à la mère que son lait n'était pas bon et qu'il allait rendre le nourrisson malade. Elle a donc le sentiment de ne pas pouvoir allaiter au sein.

La conseillère parle avec la mère, la rassure quant à sa capacité à allaiter au sein et essaie de lui redonner confiance. Elle rappelle à la mère les paroles de la mère du Prophète sur l'allaitement maternel dans le Coran.

La conseillère demande à la mère d'allaiter son nourrisson au sein devant elle pour lui montrer comment elle fait. Elle aide la mère en touchant ses épaules et en les massant légèrement. Elle demande à la mère de regarder son nourrisson dans les yeux et de toucher ses joues en ne pensant qu'à elle jusqu'à ce que le lait se mette à couler.

La conseillère commence à apprendre à la mère à réduire peu à peu le nombre de tétées de préparation pour nourrissons et à augmenter le nombre de tétées au sein. Pour commencer, la mère réduit les tétées de préparation pour nourrissons dans la journée de 5 à 3. Ensuite, pendant 3 jours, elle n'allaite qu'au sein pendant la nuit. Pendant les 3 jours suivants, la mère ne donne qu'une tétée de préparation pour nourrissons par jour, et ensuite elle allaite exclusivement au sein jour et nuit.

La conseillère rend visite à la famille à domicile et elle parle à la belle-mère pour lui demander d'aider la mère du nourrisson à allaiter au sein et à résoudre ses problèmes. A quatre mois, le nourrisson est nourri exclusivement au sein et pèse 6,9 kg.

De la nutritionniste Amani Jouda d'Ard El Insan, Gaza, 2001

Étude de cas: une mère qui a peur de continuer à allaiter au sein

Mère : « Je n'arrête pas de pleurer, et mes tantes me disent que cela gâte mon lait. Et... et... une chose terrible m'est arrivée sur la route. Il y avait des soldats... je n'ai pas pu m'échapper. J'ai tellement honte, et maintenant mon lait est gâté. »

Comment l'agent de santé et le travailleur de la nutrition peut-il aider cette mère et son nourrisson ?

Réfléchir à des réponses adaptées à la culture dans laquelle vous vous situez. Les réponses suivantes ne sont pas les seules possibles.

Réponses possibles :

S'assurer que le nourrisson reçoit une alimentation adaptée et qu'elle lui est donnée à la tasse, et aider la mère à tenir son nourrisson et à le cajoler. Écouter et recueillir des informations -

laisser la mère parler et pleurer, et la toucher pour la réconforter. Peu à peu, l'habituer à l'idée qu'elle peut se purifier de cette souillure et qu'elle pourra de nouveau allaiter au sein à l'avenir - et que peut-être elle pourrait tirer son lait pour aider.
 Trouver une personne de son groupe social qui pourra rester avec elle et l'aider à s'occuper du nourrisson. Demander à cette personne si elle sait comment purifier une femme qui a vécu cette expérience.
 L'inviter à se joindre à un groupe de femmes qui ont des nourrissons, à rester avec elle et peut-être, avec le temps, à leur parler.

Si l'allaitement par la mère naturelle est impossible, procéder à un choix éclairé entre les différentes solutions de remplacement (nourrice, lait maternel provenant d'une banque de lait, lait artificiel générique pour nourrissons, lait artificiel pour nourrissons acheté localement, lait artificiel pour nourrissons confectionné à domicile).

Directives opérationnelles, 5.2.1, version 2.1, février 2007

5.7 Autres possibilités pour obtenir du lait maternel

Mise en nourrice

Prendre un nourrisson en nourrice consiste à allaiter au sein un nourrisson auquel on n'a pas donné naissance. La mise en nourrice peut être le meilleur moyen de nourrir des nourrissons non accompagnés ou orphelins. Parmi les nourrices possibles :

- une grand-mère ou une autre membre féminine de la famille d'un enfant qui n'a plus sa mère. La relactation peut se faire même des années après que la personne a allaité ses propres enfants, et même après la ménopause.
- Une femme qui vient de perdre son propre nourrisson.
- Une femme qui allaite son nourrisson, et aussi qui allaite un nourrisson qui a perdu sa mère. L'aide au rétablissement et le soutien de base peuvent aider à faire augmenter sa production de lait pour répondre aux besoins des deux nourrissons.

Le personnel de santé et les travailleurs de la nutrition peuvent, avec beaucoup de tact, démentir des idées fausses sur la mise en nourrice en discutant de ces possibilités avec les membres survivants de la famille d'un nourrisson.

A une nourrice potentielle, toujours proposer des conseils et un test volontaire et confidentiel de dépistage du VIH. Vérifier qu'elle est bien séronégative au VIH. La conseiller et lui dire qu'elle ne doit pas être infectée pendant la période où elle allaite le nourrisson et l'aider à se protéger de toute exposition au virus.

S'assurer que la nourrice reçoit bien la nourriture supplémentaire et les autres ressources supplémentaires données à toutes les mères qui allaitent au sein. Donner au nourrisson des suppléments nutritionnels au lait maternel, et les lui donner à la tasse jusqu'à ce que la nourrice ait beaucoup de lait. Faire un suivi étroit du nourrisson pour s'assurer qu'il prend assez de poids.

Utilisation de dons de lait

Les nourrissons hospitalisés peuvent recevoir le lait maternel d'autres mères qui tirent leur lait. Ce lait aura été stérilisé par chauffage. Si cette solution est envisageable, elle peut être particulièrement utile pour les nourrissons de moins de 6 mois souffrant d'une malnutrition sévère, dans la phase de réalimentation initiale (voir partie 8).

Les mères doivent tirer leur lait manuellement, puis :

- le lait doit être bouilli
- et maintenu à 65°C pendant 30 minutes.

Ce traitement permet de tuer les bactéries et les virus, dont celui du VIH. Après traitement à haute température, le lait doit être réfrigéré pour être utilisé rapidement.

La mise en place d'une banque de lait formelle demande l'implication de personnel ayant l'expérience de la mise en banque du lait conformément aux procédures standard et aux mesures de sécurité. Elle est donc difficilement réalisable dans les situations d'urgence. Même dans des conditions stables, l'utilisation de lait maternel venant d'une banque de lait n'est généralement pas une solution réaliste à long terme pour l'alimentation d'un nourrisson.

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.

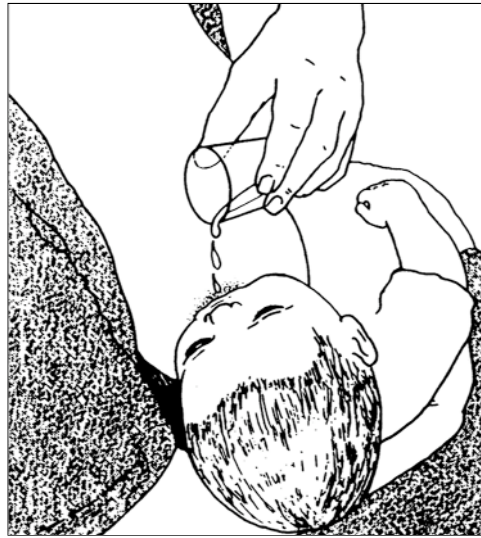
Faire couler du lait (maternel exprimé ou artificiel) d'un compte-gouttes ou d'un récipient directement sur le sein pendant que la mère prend le nourrisson au sein.

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.

Tableau 8.1: Vision générale de la prise en charge des nourrissons de moins de 6 mois souffrant de malnutrition sévère	
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.

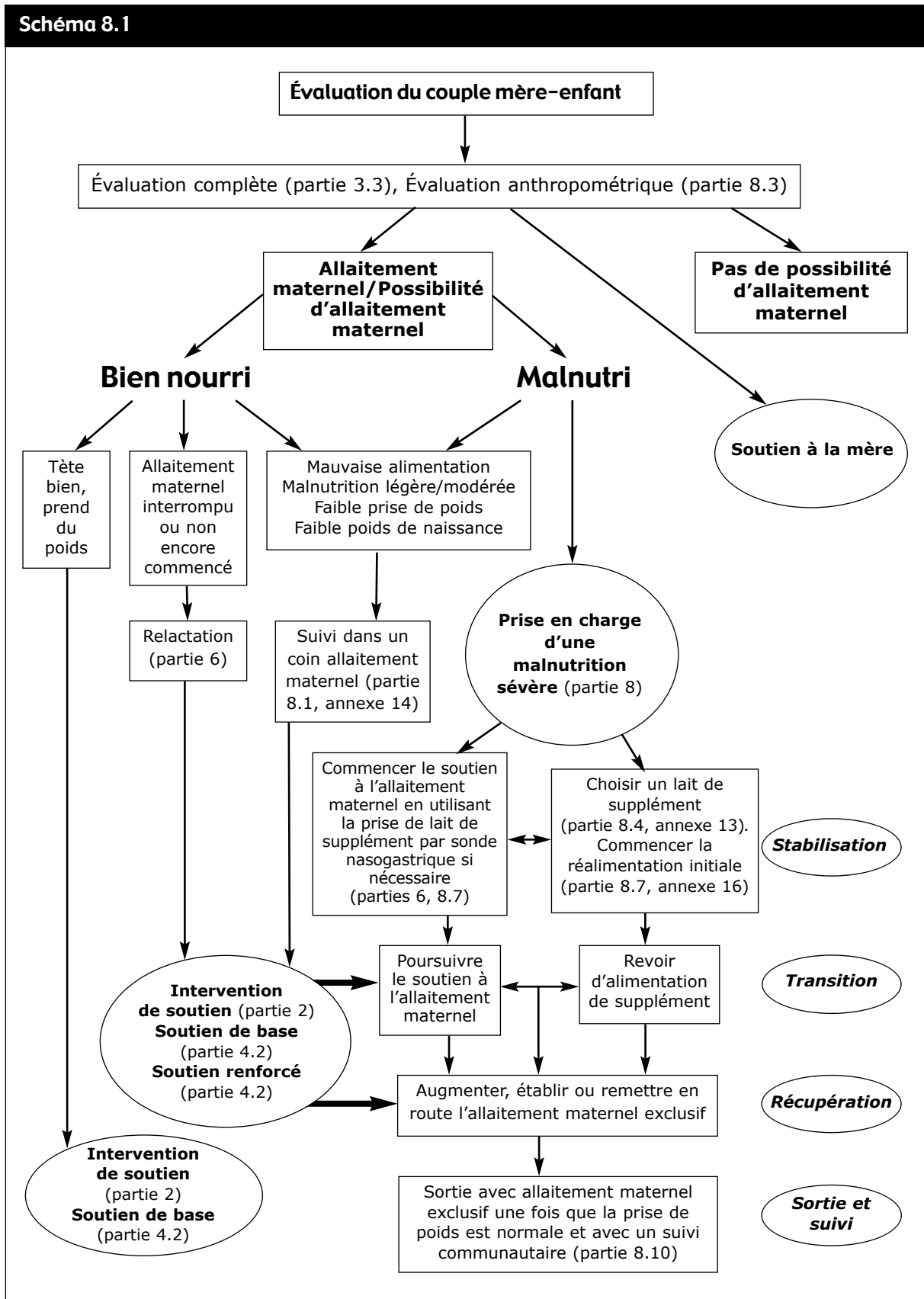
- Enregistrer et passer en revue la quantité totale de lait de supplément prise par le nourrisson et/ou le nombre de tétées au sein en 24 heures.
- Faire un suivi de la prise de poids, de la production d'urine, du niveau de vitalité et d'autres signes montrant que la mère produit du lait maternel (voir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

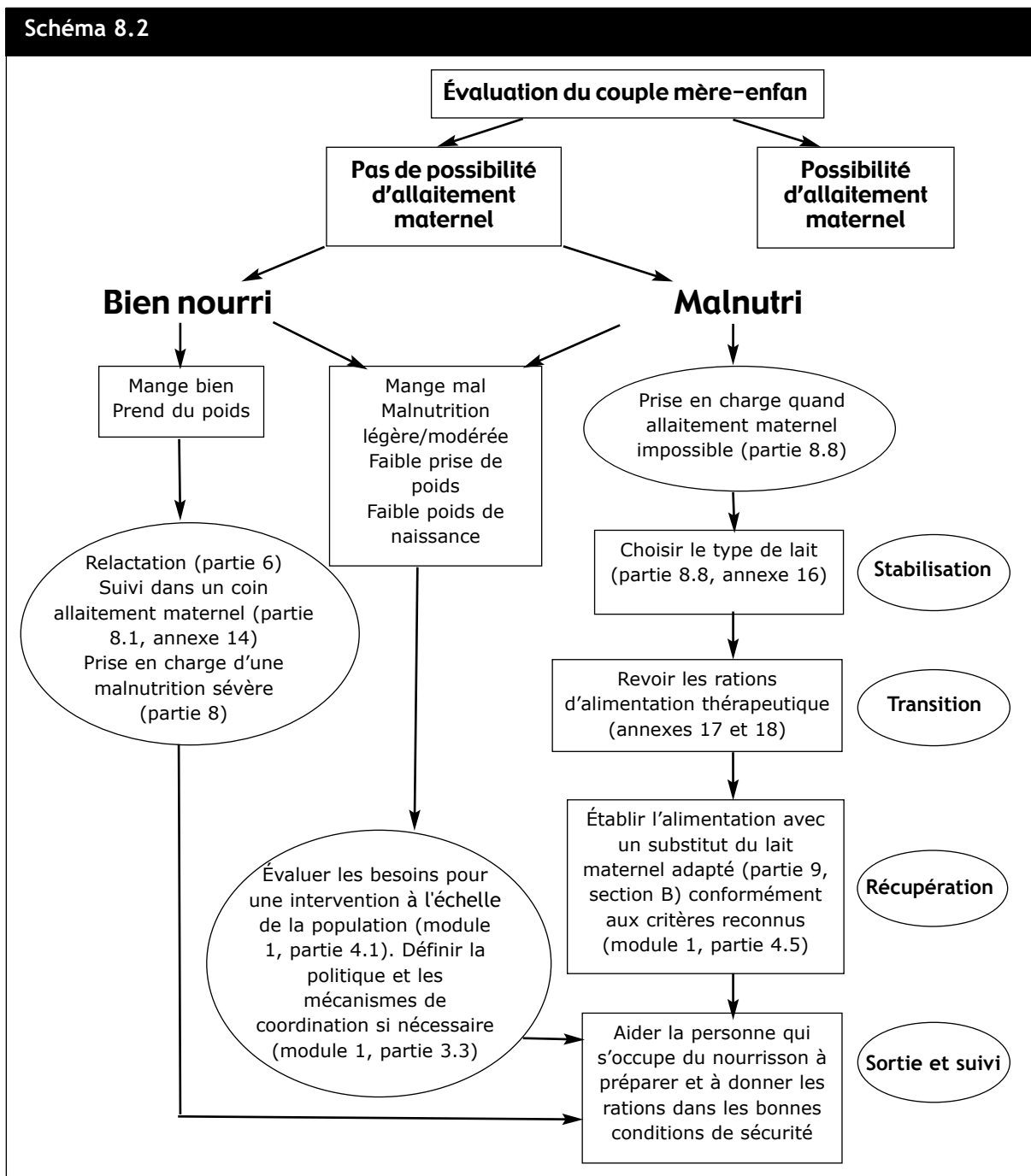
Si la mère pratique la méthode kangourou (voir partie 5.2) :

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

- 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.
- 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*

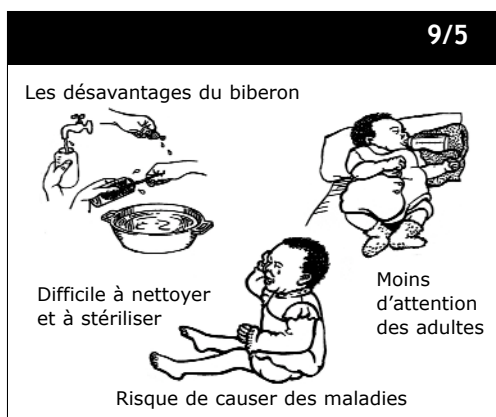
L'allaitement maternel est le meilleur moyen de nourrir les nourrissons. La partie 9 traite de l'alimentation des enfants lorsque l'allaitement maternel est impossible. On appelle parfois cette alimentation l'alimentation artificielle ou l'alimentation de substitution. Les aliments utilisés dans l'alimentation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

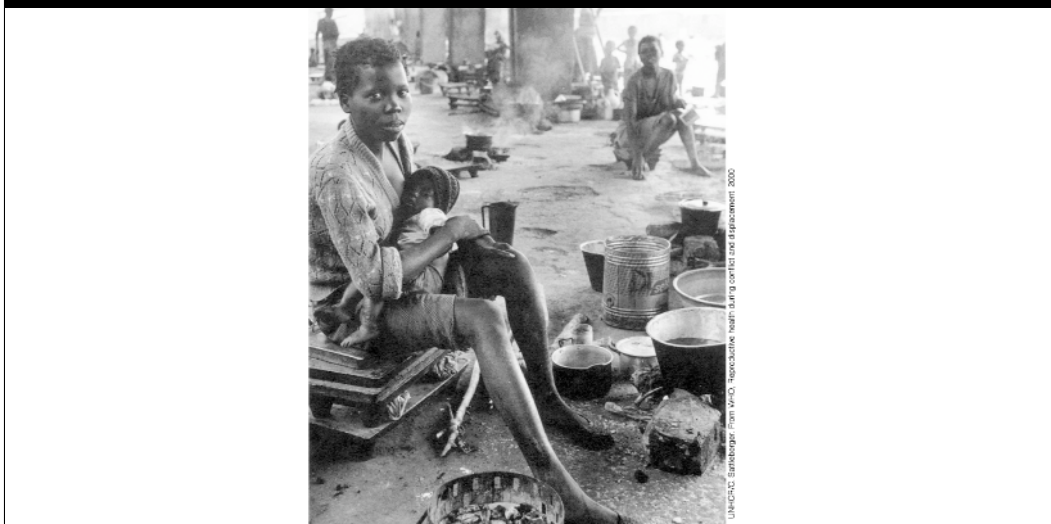
9.8 Préparation et stockage des aliments

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

Annexes



Kent Page, UNICEF, RDC, 2003



Annexe 1

Résumé sur allaitement et traitement médical de la mère

En général, un médicament qui peut être pris par le bébé ou au cours de la grossesse est acceptable pour une mère qui allaite. Les exceptions sont les quelques médicaments qui ont un effet sur la production de lait maternel.

Le personnel de santé doit parfois décider si une mère allaitante peut prendre des médicaments et continuer à allaiter au sein sans risque. Les traitements durant lesquels l'allaitement maternel est absolument contre-indiqué sont très peu nombreux.

Les questions suivantes peuvent servir lorsque l'agent de santé envisage de donner un traitement à une mère qui allaite au sein :

1. Le traitement médicamenteux est-il vraiment nécessaire ?
2. Ce médicament est-il le plus sûr ?
3. Peut-on organiser les prises de façon à minimiser la dose ingérée par le bébé, par exemple en prenant le médicament juste après une tétée ?

Mais parfois la mère doit prendre certains médicaments qui risquent d'avoir des effets secondaires pour le bébé. L'agent de santé doit connaître ces médicaments. Le résumé suivant est un premier guide. L'OMS donne une liste plus complète de tous les médicaments (http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/BF_Maternal_Medication.pdf).

Arrêt de l'allaitement :

Allaitement contre-indiqué : traitements contre le cancer (antimétabolites)
substances radioactives (arrêt temporaire)

Poursuite de l'allaitement avec surveillance :

Possibilité d'effets secondaires : médicaments psychiatriques et anticonvulsifs
(risque de somnolence du bébé)

Utiliser un autre médicament si possible : antibiotiques : chloramphénicol, tétracyclines, métronizadole, quinolones (par exemple ciprofloxacine)
sulphonamides, cotrimoxazole, méfloquine, dapsone (risque de jaunisse du bébé)
œstrogènes, y compris les contraceptifs contenant des œstrogènes, diurétiques thiazidiques, ergométrine (qui risquent de faire diminuer la production de lait)

Poursuite de l'allaitement :

Pas de risque avec un dosage usuel : analgésiques et antipyrétiques : traitements courts au paracétamol, acide acétylsalicylique, ibuprofène ; prises occasionnelles de morphine et de péthidine. la plupart des traitements du rhume et de la toux
antibiotiques : ampicilline, cloxacilline et autres pénicillines, érythromycine.
traitements antituberculeux et antilépreux (mais voir dapsone précédemment).
antipaludéens (sauf méfloquine, voir précédemment).
antihelminthiques.
antifongiques.
bronchodilatateurs (par exemple salbutamol).
corticostéroïdes.
antihistaminiques.
anti-acides.
traitements du diabète.
la plupart des anti-hypertenseurs, digoxine.
compléments nutritionnels en iode, fer, vitamines.

Annexe 2

Comment nourrir un bébé à la tasse

- Prendre le bébé sur vos genoux et le tenir assis bien droit ou un peu incliné vers l'arrière.
- Approcher une petite tasse de lait des lèvres du bébé. Porter la tasse aux lèvres de façon à ce que le lait les touche juste. La tasse doit légèrement porter à la lèvre inférieure du bébé, et les bords de la tasse doivent toucher l'extérieur de la lèvre supérieure du bébé.
- Le bébé va s'animer et ouvrir la bouche et les yeux. Un bébé ayant un faible poids de naissance va commencer à prendre le lait avec la langue. Un bébé né à terme ou un peu plus grand va laper ou prendre de petites gorgées et en laisser tomber un peu.
- Ne pas verser le lait dans la bouche du bébé. Continuer à porter la tasse aux lèvres du bébé et le laisser prendre le lait.
- Lorsqu'il sera rassasié, le bébé fermera la bouche et refusera de prendre plus de lait. Un bébé qui n'a pas pris assez de lait se rattrapera probablement la fois suivante, ou sinon augmenter la fréquence des repas.
- Mesurer la quantité prise par le bébé toutes les 24 heures plutôt qu'à chaque repas.

Adaptation de WHO/UNICEF, 1993, Le conseil en allaitement: cours de formation. Manuel des participants, p. 136 et UNICEF BFHI NEWS.



Le père peut lui aussi donner à manger au bébé à la tasse.



On peut facilement transporter le lait dans pot pour donner les repas en dehors de chez soi. Prendre un pot avec une large ouverture, il sera plus facile à nettoyer.

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.

Directives opérationnelles, 6.3.5, version 2.1, février 2007



On utilise souvent l'alimentation à la tasse dans les hôpitaux pour les nourrissons prématurés qui ne sont pas encore prêts pour l'allaitement au sein. Souvent ces nourrissons arrivent à déglutir mais pas encore à téter. Ceux qui arrivent à téter au sein n'ont pas toujours la force de téter assez longtemps pour prendre la quantité optimale de lait et doivent parfois compléter leur repas en prenant du lait à la tasse.



Comme les bébés allaités au sein, les bébés nourris à la tasse de 5 mois environ font souvent des pauses au cours du repas et prennent leur temps pour terminer.



Incliner doucement la tasse pour que le bébé puisse prendre de petites gorgées de lait à son rythme. Ne jamais verser ou laisser couler le lait trop fort.



Les bébés en bonne santé et nés à terme peuvent aussi être nourris à la tasse lorsque l'allaitement au sein est impossible - par exemple quand une mère est absente ou a un problème de santé comme une infection au VIH, qui peut l'amener à décider de ne pas allaiter. Dans ces situations, on peut nourrir un bébé avec du lait que sa mère aura exprimé ou avec un autre type de lait.



L'alimentation à la tasse ne demande pas d'équipement particulier : on peut utiliser n'importe quelle tasse ouverte que l'on aura trouvée chez soi. Éviter les tasses avec couvercle ou les tasses prévues pour être utilisées avec des pailles, ou encore les tasses avec des bords clos qui risquent d'être difficiles à nettoyer et risquent de porter des infections.

Parmi les tasses qui figurent sur cette page, une tasse d'hôpital pour la prise des médicaments, une tasse à thé, 2 mugs à anses, et un bondia indien - récipient à bec ouvert utilisé traditionnellement pour l'alimentation des bébés.

Annexe 3

Expression manuelle du lait maternel

Comment stimuler le réflexe ocytocique

Apporter à la mère un soutien psychologique :

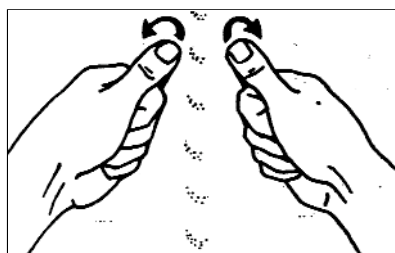
- l'aider à prendre confiance
- essayer de limiter les sources de douleurs ou d'anxiété
- l'aider à avoir des pensées et des émotions positives pour son bébé.

Apporter à la mère une aide pratique. L'aider ou lui conseiller de :

- s'asseoir tranquillement et dans un endroit où elle peut avoir son intimité, ou avec une amie qui la soutient.
Certaines mères arrivent facilement à tirer leur lait au milieu d'un groupe d'autres femmes en train elles aussi de tirer leur lait pour leur bébé.
- Prendre son bébé en contact peau à peau si possible.
Elle peut tenir son bébé sur ses genoux pendant qu'elle tire son lait. Si ce n'est pas possible, elle peut regarder le bébé. Si ce n'est pas possible, il arrive parfois que le simple fait de regarder une photo du bébé aide.
- Prendre une boisson calmante chaude.
Cette boisson ne doit pas être du café.
- Réchauffer ses seins.
Par exemple, elle peut appliquer une compresse chaude ou de l'eau chaude, ou prendre une douche chaude.
- Stimuler ses mamelons.
Elle peut tirer doucement sur ses mamelons ou les faire rouler entre ses doigts.
- Masser ou passer doucement la main sur les seins.
Pour certaines femmes, il est efficace de passer doucement le bout des doigts ou un peigne sur l'aréole et le mamelon
Pour certaines femmes, il est efficace de passer doucement le poing fermé sur le sein, en descendant vers le mamelon.
- Demander à une personne de lui masser le dos.
La mère s'assied, s'incline vers l'avant, plie ses bras devant elle sur une table et pose sa tête sur ses bras. Ses seins sont relâchés et ne sont pas retenus par ses vêtements. L'autre personne masse les deux côtés du dos de la mère, de part et d'autre de la colonne vertébrale, avec ses pouces, poings fermés. Elle fait des pressions et de petits mouvements circulaires avec ses pouces. Elle fait pression des deux côtés simultanément et descend du cou aux omoplates, pendant 2 à 3 minutes.

Stimulation du réflexe ocytocine

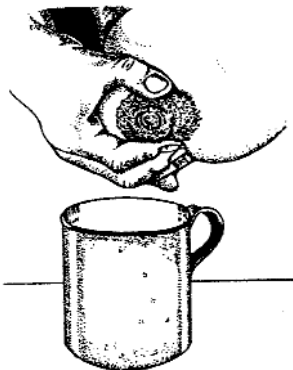
Une personne masse le dos de la mère pour stimuler le réflexe ocytocine.



Adaptation de OMS et UNICEF : Le conseil en allaitement: cours de formation, OMS/ICDR/93.5

Comment exprimer son lait

a. Placer le pouce et l'index de part et d'autre de l'aréole et faire pression vers l'intérieur, en allant vers la cage thoracique.



b. Faire pression sur l'aréole et le mamelon entre le pouce et l'index.



c. Presser sur tout le tour pour vider toutes les zones.



Comment exprimer son lait manuellement

Apprendre à la mère à exprimer elle-même son lait. Ne pas le faire pour elle. Ne la toucher que pour lui montrer comment faire. Le faire avec douceur.

Apprendre à la mère à :

- Bien se laver les mains
- S'asseoir ou se tenir dans une position confortable, et tenir le récipient près de son sein.
- Placer son pouce sur son sein au-dessus du mamelon et de l'aréole, et un autre doigt en-dessous du mamelon et de l'aréole, à l'opposé du pouce. Elle soutient le sein avec ses autres doigts.
- Faire pression avec son pouce et son doigt légèrement vers l'intérieur, en allant vers la cage thoracique. Elle ne doit pas presser trop fort car cela risquerait de bloquer les canaux lactifères.
- Faire pression derrière le mamelon et l'aréole avec son pouce et son doigt. Elle doit faire pression sur les canaux lactifères qui sont sous l'aréole (voir ci-dessus). Parfois on peut sentir les canaux lactifères sur le sein d'une femme qui allaite. Ils forment comme un pois ou une cacahuète. Si la mère arrive à les sentir, elle peut les presser.
- Presser et lâcher, presser et lâcher.
Cela ne doit pas être douloureux - si c'est douloureux, c'est que la technique est mauvaise. Il se peut que le lait n'arrive pas dans un premier temps, mais après quelques pressions, le lait va commencer à s'écouler. Il peut même couler en un filet si le réflexe ocytocine est activé.
- Presser l'aréole de la même façon sur les côtés, et s'assurer que le lait a été exprimé de toutes les parties du sein.
- Éviter de frotter ou de faire glisser ses doigts sur la peau. On doit plutôt faire rouler le bout des doigts.
- Éviter de pincer le mamelon. On ne tire pas de lait en pinçant ou en tirant sur le mamelon, comme quand le bébé est au sein.
- Exprimer le lait d'un sein pendant 3 à 5 minutes jusqu'au moment où le flux se ralentit ; exprimer alors le lait de l'autre sein ; puis reprendre avec les deux seins successivement. La mère peut utiliser indifféremment l'une ou l'autre main pour les deux côtés, et elle peut changer de main quand elle sent que sa main se fatigue.

Expliquez à la mère qu'il lui faut 20 à 30 minutes pour bien exprimer son lait, notamment les premiers jours quand elle ne produit qu'une petite quantité de lait. Il est important de ne pas vouloir aller plus vite.

Annexe 4

Calcul des besoins en préparation pour nourrissons aux premiers stades d'une urgence

Lorsque l'on appelle à des dons pour une urgence, on doit non seulement demander des dons pour fournir de la préparation pour nourrissons aux nourrissons qui remplissent les critères reconnus, mais on doit aussi appeler au financement des ressources qui vont permettre de protéger, de promouvoir et de soutenir l'allaitement maternel.

Comment calculer la quantité de préparation pour nourrissons nécessaire

1. Détermination du nombre de bébés qui vont devoir être aidés par une alimentation artificielle

Passer en revue les informations disponibles

Si nécessaire, faire une mini-enquête (auprès de 20 à 40 mères) pour faire une estimation

Encadré : mini-enquête d'estimation des besoins en préparation pour nourrissons

Déterminer le nombre de nourrissons de 0 à 6 mois (et éventuellement de 6 à 12 mois) appartenant aux catégories suivantes*:

- recevant un allaitement maternel exclusif/complet
- recevant un allaitement maternel partiel/une alimentation mixte
- recevant une alimentation artificielle/ne recevant pas d'allaitement maternel

* Sur la base des souvenirs à 24 heures, en demandant à la personne qui s'occupe du bébé de se rappeler tout ce que l'enfant a reçu à manger depuis la même heure la veille, et en classant les bébés de la façon suivante :

- allaitement maternel exclusif/complet : si le bébé reçoit uniquement du lait maternel (et pas d'eau, de préparation pour nourrissons commerciale, d'autre lait, de jus, d'autres liquides, de céréales/graines, de fruits, de légumes, de tubercule, de légumineuses, de viande/poisson/fromage/œufs, etc.), il reçoit un allaitement maternel exclusif. Les bébés qui ont reçu de très petites quantités d'eau ou de jus en plus du lait maternel ont reçu un allaitement maternel complet.
- les bébés qui reçoivent d'autres liquides et d'autres aliments en plus du lait maternel reçoivent une alimentation mixte.
- nourris artificiellement/ne recevant pas d'allaitement maternel : les bébés qui ne reçoivent pas de lait maternel (c'est-à-dire qu'ils reçoivent une préparation pour nourrissons, des produits laitiers d'origine animale ou d'autres aliments ou fluides mais pas de lait maternel).

2. Calculer les besoins en préparation pour nourrissons sur la base de l'enquête d'estimation des besoins

Les bébés recevant un allaitement maternel complet et de très petites quantités d'eau : pas besoin de préparation pour nourrissons

Les bébés qui reçoivent un allaitement maternel partiel (recevant une alimentation mixte) : faire une estimation du temps qu'il va falloir à la mère pour relacter. Cela va dépendre, en partie, des ressources disponibles pour aider les mères qui mettent en route une relactation.

Pour les bébés qui reçoivent une alimentation mixte et dont la mère est en train de mettre en route une relactation, on doit prévoir un approvisionnement en préparation pour nourrissons pendant deux mois, le temps nécessaire pour permettre à la mère d'allaiter exclusivement au sein, avec une sécurité.

Les bébés ne recevant pas de lait maternel : on a besoin de la quantité de préparation pour nourrissons qui permettra de répondre aux besoins de tous les bébés nourris artificiellement jusqu'à l'âge où la préparation pour nourrissons ne sera plus nécessaire (au moins jusqu'à six mois, voir annexe 5).

Enquête de contrôle : après un certain temps (6 semaines par exemple), on doit refaire une enquête sur les besoins alimentaires des bébés, de façon à corriger ou à ajuster les prévisions de besoins.

L'enquête de contrôle doit être programmée en fonction du temps qu'il faut pour commander davantage de provisions

¹ On va décider de la quantité de préparation pour nourrissons à commander en se basant en partie aussi sur la régularité de l'approvisionnement et sur la chaîne d'approvisionnement dans le contexte de l'urgence.

Annexe 5

Calcul des besoins quotidiens et mensuels en substituts du lait maternel

Les bébés ont besoin de 100 kcal/kg/jour. La valeur énergétique d'une préparation pour nourrissons reconstituée est de 65 à 70 kcal/100 ml. Un bébé a donc besoin de 150 ml de préparation pour nourrissons reconstituée par kg et par jour.

Le tableau A montre de quelles quantités approximatives de préparation pour nourrissons (commerciale ou de fabrication domestique) un bébé a besoin à différents âges au cours de ses 6 premiers mois. Ces quantités sont calculées sur la base des 150 ml/kg/jour.

Âge du bébé en mois	Poids en kg*	Quantité de préparation pour nourrissons par jour	Nombre de repas par jour	Quantité de chaque repas en ml**
0-1	3	450 ml	8	60 ml
1-2	4	600 ml	7	90 ml
2-3	5	750 ml	6	120 ml
3-4	5	750 ml	6	120 ml
4-5	6	900 ml	6	150 ml
5-6	6	900 ml	6	150 ml

* Toujours se baser sur le poids réel du bébé pour calculer la quantité à donner, même si ce poids est très différent du poids normal pour son âge

** Quantités approximatives car arrondies pour faciliter les mesures. Les différences représentent des variations de 30 ml en plus ou en moins par jour.

Calcul des besoins mensuels

Les bébés nourris avec du lait de fabrication domestique produit à partir de lait frais ou de lait en poudre à reconstituer ont besoin en moyenne de 725 ml de lait par jour (de 0 à 6 mois) et de 500 à 600 ml par jour (de 6 à 12 mois).

Le tableau B indique les quantités de préparation pour nourrissons commerciale, de lait entier en poudre et de lait de vache liquide et de sucre nécessaires pour chaque mois de 30 jours pour apporter le volume voulu de préparation pour nourrissons reconstitué. On doit augmenter un peu les quantités pour prévoir certaines pertes lors de la préparation.

Âge du bébé en mois	Préparation pour nourrissons à fabriquer en ml/jour	Quantité de lait en poudre commercial nécessaire*	Lait entier en poudre et sucre nécessaires pour fabriquer du lait modifié	Lait de vache liquide et sucre nécessaires pour fabriquer du lait modifié
0-1	450 ml	4 boîtes de 500 g (2 kg)	Lait entier en poudre 1.2 kg Sucre 0.9 kg	Lait liquide 9 litres Sucre 0.9 kg
1-2	600 ml	6 boîtes de 500 g (3 kg)	Lait entier en poudre 1.5 kg Sucre 1.2 kg	Lait liquide 12 litres Sucre 1.2 kg
3-5	750 ml	7 boîtes de 500 g (3.5 kg)	Lait entier en poudre 1.9 kg Sucre 1.5 kg	Lait liquide 15 litres Sucre 1.5 kg
5-6	900 ml	8 boîtes de 500 g (4 kg)	Lait entier en poudre 2.25 kg Sucre 1.8 kg	Lait liquide 18 litres Sucre 1.8 kg
Total approximatif pour 6 mois		40 boîtes de 500 g (20 kg)	Lait entier en poudre 11 kg Sucre 9 kg	Lait liquide 90 litres Sucre 9 kg

* Quantités approximatives car arrondies pour faciliter les mesures. Les différences représentent des variations de 30 ml en plus ou en moins par jour.

** On a en outre besoin de quantités spécifiées d'eau pour préparer sans risque le lait modifié à partir du lait entier en poudre et du lait liquide, et pour reconstituer une préparation pour nourrissons commerciale.

Annexe 6

Exercices sur le cadre logique de l'alimentation infantile à l'échelle d'une population

Exercice A. Tout projet d'intervention s'appuie sur un certain nombre d'hypothèses calculées qui vont probablement avoir un impact sur les résultats du projet et qu'il faudra garder à l'esprit. Le cadre logique d'un projet est un outil utile pour la planification et le compte rendu des activités.

Demander aux participants de définir les activités clés et les indicateurs relatifs aux buts et objectifs dans le cas où :

- le but global est de prévenir une morbidité et une mortalité excessives
- l'objectif de l'intervention est d'aider à établir une alimentation infantile sans risque et adaptée.

	Description	Objectif, indicateur vérifiable	Sources d'information	Hypothèses
But	Prévenir une morbidité et une mortalité excessives	La mortalité des moins de 5 ans atteint les standards humanitaires minimaux (Sphere) Les taux de mortalité infantile sont identiques ou inférieurs à ce qu'ils étaient avant l'urgence.	Déclarations et enquêtes de mortalité.	Les forts taux de mortalité infantile sont liés à des pratiques d'alimentation infantile risquées, on peut accéder aux sites et/ou aux communautés, la sécurité et la situation en matière de santé publique sont stables, et d'autres activités complémentaires sont en place ou vont être menées par d'autres agences, par exemple pour l'eau et l'assainissement, l'hébergement, le transport et les infrastructures
Objectif	Aider à établir une alimentation infantile sûre et adaptée	Le nombre de mères qui accèdent aux services. La proportion d'enfants orphelins/non accompagnés qui accèdent aux services. Proportion des mères de bébés de moins de 6 mois qui allaitent exclusivement au sein en hausse. Recul de l'incidence de la diarrhée chez les nourrissons.	Rapports mensuels du programme, groupes de discussion ciblés, registres des cliniques, forums inter-agences et enquêtes.	La proportion de mères qui n'allaitent pas leur bébé au sein au début de l'intervention va avoir un effet sur les résultats. Le service proposé est acceptable pour la communauté. Le programme dispose d'une quantité suffisante d'eau potable et du personnel dont il a besoin.

Exercice B. Distribuer la feuille d'exercice - Cadre logique pour l'alimentation artificielle à l'échelle d'une population (voir ci-dessous). Donner 20 minutes pour remplir la case des activités. Distribuer le guide de réponse (voir ci-dessous) et discuter des activités qui n'ont pas été identifiées par le groupe.

Cadre logique pour l'alimentation artificielle à l'échelle d'une population			
Description des activités	Objectif, indicateur vérifiable	Sources d'information	Hypothèses

Cadre logique pour l'alimentation artificielle à l'échelle d'une population			
Description des activités	Objectif, indicateur vérifiable	Sources d'information	Hypothèses
<p>Mise en place de structures d'aide aux mères et aux bébés, par exemple un abri mère-enfant dans un camp.</p> <p>Mise à disposition de moyens de préparation des repas artificiels sans risque, soit au niveau des foyers soit par une centralisation de la préparation (voir partie 9C sur l'alimentation dans les institutions)</p> <p>Programmes de formation du personnel sur les pratiques de l'alimentation infantile</p> <p>Méthodes de ciblage et de distribution des provisions de préparation pour nourrissons conformément au Code international (voir module 1, partie 3.1)</p> <p>Stratégie de prise en charge des nourrissons identifiés comme malnutris, par exemple transfert vers un centre nutritionnel thérapeutique/hôpital qui peut s'occuper des jeunes bébés</p>	<p>Les structures de préparation des repas artificiels répondent aux normes de sécurité et font l'objet de contrôles fréquents.</p> <p>Une diminution de la quantité de préparation pour nourrissons distribuée tous les mois.</p> <p>Un nombre cible de conseillères en allaitement maternel, d'agents de santé, formés au soutien à l'allaitement maternel et sur les principes de l'alimentation infantile.</p> <p>Un nombre cible de groupes communautaires sont formés aux principes de l'alimentation infantile.</p>	<p>Inspections des sites par des membres des agences de coordination</p> <p>Rapports sur la distribution mensuelle de préparation pour nourrissons.</p> <p>Professionnels de la santé.</p> <p>Conseillères en allaitement maternel et groupes communautaires.</p> <p>Rapport mensuel sur la distribution par l'agence désignée pour coordonner les interventions pour l'alimentation infantile.</p> <p>Les rapports hebdomadaires sur la distribution, compilés et soumis chaque mois à l'agence désignée pour coordonner les interventions pour l'alimentation infantile.</p>	<p>Le matériel et l'expertise technique nécessaires sont disponibles et peuvent être acheminés dans les plus brefs délais depuis les fournisseurs (étrangers).</p> <p>Le personnel ayant une formation appropriée est disponible, par exemple le personnel local de l'UNICEF, du Ministère de la santé, et il restera disponible en effectif suffisant pour répondre aux besoins du programme.</p> <p>Pas de distribution générale de préparation pour nourrissons et d'aliments de complément.</p> <p>Les indicateurs de base sur l'alimentation infantile ont été correctement calculés.</p> <p>Les orphelins/enfants non accompagnés ont été correctement identifiés.</p> <p>Une faible prévalence du VIH (par exemple en Irak en 1999, moins de 0,01% de la population adulte) rend la mise en nourrice relativement sûre dans certaines régions. Lorsque la prévalence du VIH est forte, la mise en nourrice risque de ne pas être une bonne solution, et on doit développer des solutions alternatives.</p> <p>L'incidence de la diarrhée est forte en raison des conditions d'assainissement dans le camp.</p> <p>La direction du camp donne son accord pour que les structures pour l'alimentation infantile soient approvisionnées en eau potable en priorité.</p> <p>Une structure pour l'alimentation thérapeutique est mise en place, soit au sein d'un hôpital, soit comme centre nutritionnel thérapeutique dans le camp.</p>

Annexe 7

Guide des laits et recettes de préparation des substituts du lait maternel

Groupe de lait	Information	Utilisation
Lait frais liquide d'origine animale	<p><i>Le lait entier de vache</i> est le plus commun, mais on peut trouver aussi du lait de bufflonne, de chamelle ou de chèvre. Il peut être disponible en cartons ou en bouteille, ou encore on peut aller le prendre dans son propre contenant. Parfois, le lait frais que l'on trouve sur le marché a déjà été dilué, ou une partie de la crème en a été retirée.</p> <p><i>Lait d'origine animale de fabrication domestique</i>, à partir de lait entier frais ou en poudre, dilué avec de l'eau, et avec du sucre et ajout de micronutriments. Ces préparations pour nourrissons contiennent la majorité des micronutriments nécessaires, mais pas dans les mêmes proportions que le lait maternel. Ils contiennent moins de protéines et de graisses, et ne contiennent pas de facteurs de protection.</p> <p>Les préparations pour nourrissons de fabrication domestique sont utilisés dans les régions où l'on peut facilement se procurer du lait animal. Mais on n'a pas beaucoup d'informations sur leurs effets sur la santé, ni sur les types de micronutriments qui sont à préconiser dans ce cas, et on ne sait pas s'ils sont donnés de façon régulière, s'ils sont adaptés sur le plan nutritionnel ou s'ils sont disponibles localement. On se pose aussi des questions sur leur préparation, leur stockage, leur administration au bébé, et sur les risques qu'ils soient modifiés de façon incorrecte (extrait de Annexe 9, Le VIH et l'alimentation du nourrisson. Guide à l'intention des responsables et des cadres des soins de santé, UNICEF/ONUSIDA/OMS/FNUAP, 2003)</p>	<p>Peut être utilisé après avoir bouilli et doit être modifié selon les directives données ci-dessous (voir Préparations pour nourrissons de fabrication domestique à partir de laits liquides).</p> <p>Les préparations pour nourrissons de fabrication domestique doivent être enrichies de nombreux micronutriments. Mais les formulations appropriées ne sont pas toujours disponibles*. Si on n'y ajoute pas de micronutriments, les préparations de fabrication domestique ne doivent être utilisées que sur une courte période.</p> <p>Les laits de brebis et de bufflonne sont plus riches en graisses, et demandent des modifications différentes.</p>
	<p><i>Le lait frais écrémé</i> a été débarrassé de sa graisse (crème) et contient donc peu d'énergie. Il a aussi perdu la plupart de ses vitamines A et D qui sont contenues dans la graisse.</p>	Ne pas utiliser
	<p>On peut parfois trouver du lait demi-écrémé, qui contient 2% de graisse (le lait frais entier contient normalement plus de graisse – environ 3,5 à 4%).</p>	Ne pas utiliser
Laits liquides en boîte	<p><i>Le lait concentré est stérilisé</i>, privé d'une partie de son eau et mis en boîte sous vide. Il arrive que le contenu en graisse en soit modifié. Dilué avec de l'eau, il a la même composition que le lait frais.</p>	Le traitement détruit la vitamine C et le folate. Il peut être utilisé si on lui ajoute des vitamines. Diluer en suivant le mode d'emploi et modifier (voir Préparations pour nourrissons de fabrication domestique à partir de laits liquides)
	<p><i>Le lait concentré sucré</i> est privé d'une partie de son eau mais on lui ajoute beaucoup de sucre. Ce surplus de sucre ralentit le développement des bactéries lorsque la boîte est ouverte. Il se peut aussi qu'il contienne moins de graisse. Cet équilibre entre graisse et sucre dans le lait concentré sucré est une grande différence avec le lait concentré.</p>	Ne pas utiliser
Lait en poudre	<p><i>Le lait entier en poudre</i> est du lait entier de vache qui a été séché pour en faire une poudre. Il a perdu beaucoup de vitamine C et une partie de sa vitamine B, mais il garde ses protéines, ses graisses, ses sels minéraux et la plus grande partie de ses vitamines A et D. Il peut être recomposé avec de l'eau et retrouver la force du lait frais entier.</p>	Peut être utilisé s'il est reconstitué avec la bonne quantité d'eau (en suivant le mode d'emploi), puis modifié (voir ci dessous Préparation pour nourrissons de fabrication domestique à partir de laits liquides)
	<p>Le lait écrémé en poudre est privé de sa graisse et des vitamines liposolubles (par exemple les vitamines A et D). La plupart des laits en poudre modifiés, comme les « crèmes » utilisées dans le lait ou le thé ou d'autres laits additionnés de graisses végétales ont été séparés de leur graisse qu'on a remplacée par des graisses végétales. Du sucre est parfois ajouté aux ingrédients pour faciliter la dissolution.</p>	Ne pas utiliser
Préparation pour nourrissons	<p><i>Une préparation pour nourrissons commerciale</i> est fabriquée conformément aux normes du Codex alimentarius** – ce qui signifie que sa composition en nutriments doit répondre à des normes minimales. Il existe de nombreuses marques différentes de préparation pour nourrissons. Ce lait est du point de vue nutritionnel le substitut du lait maternel le plus complet, il contient les bonnes quantités de micronutriments. Mais son contenu en protéines et en graisse est plus faible que celui du lait humain, il est moins digeste et ne contient pas de facteurs de protection.</p>	Les préparations pour nourrissons sous nom de marque sont onéreuses, ce qui peut avoir des effets sur la durabilité de l'approvisionnement.
	<p>Préparation pour nourrissons générique. Elle a la même composition nutritionnelle que la préparation pour nourrissons sous nom de marque. Sa seule différence tient à son mode de commercialisation et de distribution. Elle a aussi une étiquette plus simple.***</p>	Le mode d'emploi noté sur la boîte doit être suivi (voir Utilisation de préparation pour nourrissons sous nom de marque ci-dessous).

* Les micronutriments nécessaires pour renforcer une préparation pour nourrissons de fabrication domestique – 150 ml (voir p. 13) : manganèse 7.5 µg, fer 1,5 mg, cuivre 100 µg, zinc 205 µg, iode 5,6 µg, vitamine A 300 UI, vitamine D 50 UI, vitamine E 1 UI, vitamine C 10 mg, vitamine B1 50 µg, vitamine B2 80 µg, acide nicotinique 300 µg, vitamine B6 40 µg, acide folique 5 µg, acide pantothénique 400 µg, vitamine B12 0.2 µg, vitamine K 5 µg, biotine 2 µg.

** Pour plus d'informations sur les dispositions du Codex alimentarius, voir www.codexalimentarius.net, et pour une utilisation sûre des préparations pour nourrissons, voir 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

Préparations pour nourrissons de fabrication domestique produites à partir de laits liquides

Recettes à base de lait frais (ou de lait reconstitué de façon équivalente au lait frais)

Pour préparer 150 ml de préparation pour nourrissons fabriquée à partir de lait frais (ou reconstitué) de vache, de chèvre ou de chamelle, mélanger :

- 100 ml de lait bouilli
- 50 ml d'eau bouillie
- 10 g (2 cuillères à café) de sucre.

Pour préparer 120 ml de lait de fabrication domestique à partir de lait frais de brebis ou de bufflonne, mélanger :

- 60 ml de lait
- 60 ml d'eau
- 6 g (1 cuillère à café bien pleine) de sucre

On peut mesurer le lait et l'eau, les mélanger et les faire bouillir ensemble. Ou on peut faire bouillir le lait séparément, et ajouter ensuite l'eau bouillie en fonction de la quantité voulue.

Ajouter ensuite le sucre et les micronutriments (voir p. précédente). Bien mélanger pour dissoudre le sucre et verser dans la tasse.

Le tableau A de l'annexe 5 indique le volume et le nombre de biberons nécessaires pour les bébés selon leur âge et leur poids.

À partir de préparation pour nourrissons commerciales

Toutes les préparations pour nourrissons commerciales utilisées doivent porter des étiquettes rédigées dans la bonne langue.

Une préparation pour nourrissons doit être préparée conformément au mode d'emploi mentionné sur l'étiquette.

- la sur-dilution entraîne un apport de nutriments et d'énergie moindre.
- la sous-dilution crée une préparation sur-concentrée qui met le métabolisme encore immature du bébé à rude épreuve.

Toujours suivre le mode d'emploi mentionné sur la boîte ou le paquet.

Il se peut que la préparation pour nourrissons disponible en situation d'urgence ne soit pas celle que la mère utilise normalement pour son bébé. Les conseils de préparation doivent tenir compte de cette différence. Notamment :

- **vérifier le volume d'eau nécessaire pour chaque mesure de lait.**

Les préparations pour nourrissons commerciales contiennent en général une mesure dans la boîte ou le paquet. Cette mesure doit être utilisée pour cette marque uniquement. Les préparations pour nourrissons standards utilisent une mesure de lait pour 30 ml d'eau. Toujours vérifier le mode d'emploi du produit qui va être utilisé car certaines marques utilisent des mesures de différentes tailles.

- **mesurer l'eau**

La plupart des préparations pour nourrissons commerciales se préparent en commençant par mesurer l'eau et en ajoutant ensuite la poudre. Mais ce mode d'emploi peut varier et il faut vérifier le mode d'emploi du fabricant.

- **mesurer la poudre de lait**

Pour que la mesure soit exacte, chaque mesure de lait en poudre doit être remplie jusqu'au bord. Pour vérifier cette mesure, passez le plat d'un couteau propre ou la partie droite d'un manche de cuillère sur la mesure, pour que le niveau de poudre ne dépasse pas. Ne pas remplir en château ni tasser la poudre dans la mesure.

Voir l'annexe 9 pour plus de détails sur la préparation sans risque des biberons de substituts du lait maternel, et les annexes 2 et 8 pour savoir comment nourrir un bébé à la tasse et au biberon.

Annexe 8

Comment nourrir un bébé au biberon

- Avant de commencer à donner le biberon, vérifier la température et l'écoulement du lait en faisant tomber quelques gouttes de lait sur le dos de votre main.
La température du lait sur votre main doit être tout juste tiède.
Le trou dans la tétine doit être assez large pour laisser s'écouler le lait à raison de quelques gouttes par seconde lorsque le biberon est complètement renversé.
- S'installer confortablement.
- Tenir le bébé en position semi-assise en tenant sa tête dans le creux du coude pour le mettre en contact avec votre peau. Pendant toute la tétée, créer une relation chaleureuse avec lui en lui souriant, en lui parlant, en chantant et en le regardant, pour que le biberon soit un moment aussi agréable que possible.
- Incliner le biberon de telle façon que le bébé n'avale pas d'air avec le lait et que la tétine soit constamment pleine de lait.
- Caresser doucement la joue du bébé la plus proche de vous pour stimuler le réflexe de succion. Mettre doucement la tétine dans la bouche du bébé. Ne pas trop la pousser dans la bouche car cela risque d'étouffer le bébé.
- Si le bébé peine à recevoir le lait, retirer doucement le biberon de sa bouche pour faire entrer de l'air, puis reprendre comme auparavant.
- Pour retirer le biberon, glisser doucement un doigt au coin de la bouche du bébé. Cela interrompra la succion de la tétine.
- Par le « rot », le bébé relâchera l'air qu'il aura pu avaler. Un bébé allaité au biberon avale plus souvent de l'air qu'un bébé allaité au sein. Mais on peut empêcher le bébé d'avaler de l'air en inclinant davantage le biberon à mesure que le bébé le vide, de façon à ce que la tétine soit toujours pleine de lait et ne contienne pas d'air. Pour faire faire son rot au bébé au cours du biberon ou une fois le biberon terminé, tenir le bébé bien droit et tapoter ou frotter son dos.
- Proposer tout le biberon au bébé. Les bébés ne prennent pas les mêmes quantités à chaque tétée, tout comme les bébés qui sont allaités au sein.
- Ne jamais laisser un bébé avec son biberon posé sur un coussin ou un oreiller. C'est très dangereux car le bébé peut s'étouffer en prenant son biberon. En outre, les bébés ont besoin de la douceur et de la stimulation que leur donne la personne qui leur donne le biberon.

Pour savoir *comment nourrir un bébé à la tasse*, voir annexe 2.

Annexe 9

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

Étape	Description
Se laver les mains	Toujours se laver les mains au savon et à l'eau avant de préparer un biberon.
Nettoyer	Bien nettoyer les ustensiles, les stériliser si nécessaire. Les plans de travail et les tables aussi doivent être très propres. Si nécessaire, utiliser un torchon propre pour recouvrir les plans de travail/surfaces.
Vérifier la date de péremption	Vérifier la date de péremption sur la boîte de lait. Ne pas utiliser les boîtes dont la date de péremption est dépassée.
Faire bouillir	Faire bouillir de l'eau pour le biberon. Chauffer l'eau jusqu'au moment où elle bout à gros bouillons. Si on a fait bouillir de l'eau à l'avance pour préparer les biberons, elle doit être stockée dans un contenant prévu à cet effet, et pas plus de 24 heures. Le contenant doit être propre et avoir un bouchon. Verser la quantité correcte d'eau bouillie et refroidie dans la tasse/le biberon assez grands.
Mesurer	Mesurer la quantité nécessaire de poudre de lait en utilisant la mesure de la boîte ou du paquet (ne pas utiliser la mesure d'une autre marque de préparation pour nourrissons). Faire tomber le surplus en passant la partie droite du manche d'une petite cuillère ou le plat d'un couteau sur les bords de la mesure. Bien suivre le mode d'emploi de l'étiquette pour mélanger les ingrédients (il faut en général 2 mesures pour 60 ml d'eau, mais il se peut qu'une suffise. Voir utilisation des préparations pour nourrissons commerciales, annexe 7).
Mélanger	La plupart des préparations pour nourrissons commerciales conseillent d'ajouter la poudre à la quantité d'eau mesurée – mais vérifier les détails de préparation du produit précis utilisé. Ajouter les mesures de poudre à la quantité d'eau mesurée et, si on se sert d'une tasse, bien mélanger la poudre avec une cuillère. Si on se sert d'un biberon, mettre le capuchon et secouer pour que le mélange se fasse. Une fois que le mélange aura été fait en suivant le mode d'emploi de l'étiquette, la quantité de préparation pour nourrissons obtenue représentera un peu plus que la quantité d'eau mesurée.
Vérifier la température	Faire tomber une goutte de préparation pour nourrissons chauffée sur le dos de votre main ; si le liquide ne brûle pas et est à peine tiède, il est à la bonne température. Les biberons peuvent être donnés à la température ambiante et n'ont pas besoin d'être chauffés. Pour chauffer le lait avant de le donner, placer le biberon ou la tasse dans un bol d'eau chaude et vérifier la température avant de le donner au bébé.
Stocker	Mettre le lait préparé à l'avance au réfrigérateur jusqu'à l'heure du repas. Si elle est réfrigérée, une préparation pour nourrissons reconstituée doit être utilisée dans les 24 heures. Ne jamais mettre un biberon réchauffé au réfrigérateur. En l'absence de réfrigérateur, préparer le lait juste avant chaque tétée.
Utiliser ou jeter	Donner le lait au bébé au plus tard une heure après qu'il a été préparé (s'il n'est pas réfrigéré). Donner au bébé autant de lait qu'il le souhaite. Il est important que le bébé reçoive une quantité minimale de lait par jour, faute de quoi il risque d'être malnutri. Voir l'annexe 5 pour les quantités qu'un bébé ingère, à chaque repas et en 24 heures. Donner le lait qui reste à la fin du repas à un enfant plus grand, ou la personne qui s'occupe du bébé peut le boire elle-même. Sinon, le reste doit être jeté. Pour savoir comment donner à manger à un bébé à la tasse et au biberon, voir les annexes 2 et 8.
Terminer	Voir la partie 9.7 pour savoir comment nettoyer un biberon. Ranger les ustensiles dans un contenant spécial doté d'un couvercle, ou couvrir le contenant avec un torchon propre sur une surface propre, prêt pour le prochain repas dans 3 ou 4 heures. Si on utilise une solution de stérilisation, laisser les biberons, les tétines et les capuchons tremper jusqu'au repas suivant (au moins 1 heure).

* Référence: 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

Annexe 10

Autres méthodes de stérilisation

Outre les méthodes d'ébouillantage et chimique (voir partie 9.7), la stérilisation peut être faite à la vapeur sous pression (en autoclave), à la chaleur sèche, par exemple dans un four ou avec un stérilisateur à très haute température.

Autoclave : la température recommandée pour la stérilisation est de 121°C pendant :

- 15 minutes pour les biberons, les tétines, les joints, les capuchons, les ustensiles, les mesures et les torchons
- 30 minutes pour les contenants d'eau à 0,5 litre, les vêtements, les masques, les torchons (qui recouvrent le matériel stérilisé)

La stérilisation à la chaleur sèche se fait en plaçant l'équipement dans un « four » pendant une heure à 170°C, ou pendant 35 minutes à 180°C.

Stérilisation à très haute température

Pour la stérilisation à très haute température, on chauffe la préparation pour nourrissons après qu'elle a été préparée pour en tuer les micro-organismes. Ce n'est pas une méthode recommandée pour la reconstitution d'une préparation pour nourrissons car elle risque d'altérer les caractéristiques nutritives et physiques du lait.

Lorsqu'elle est faite avec précaution, la stérilisation à très haute température est une extraordinaire méthode de contrôle dans les situations d'urgence, par exemple en cas d'épidémie de diarrhée, lorsqu'on soupçonne fortement l'épidémie d'être liée à la préparation pour nourrissons.

Équipement nécessaire

Biberons en plastique ou en verre résistant avec les tétines, les capuchons et les joints.
Stérilisateur de bouteilles, grande bouilloire avec couvercle ou simple récipient avec un couvercle bien clos.
Panier porte-bouteille pour que les biberons ne touchent pas le fond du stérilisateur
Écouvillon

Méthode de stérilisation à très haute température

Frotter les biberons, les tétines, les capuchons, les joints avec l'écouvillon, du savon et de l'eau chaude.

Faire passer de l'eau dans les trous de la tétine pour la laver et la rincer. Bien rincer tout le matériel.

Mesurer la quantité appropriée de préparation pour nourrissons dans chaque biberon propre. Sur chaque biberon mettre la tétine, le joint et le capuchon sans serrer.

Placer les biberons dans le panier porte-bouteille au fond du stérilisateur. Ajouter 8 cm d'eau dans le stérilisateur. Porter à ébullition.

Couvrir et laisser bouillir pendant 25 minutes, puis arrêter de chauffer. Laisser le stérilisateur refroidir jusqu'au moment où on peut le toucher, puis ouvrir. Si les biberons refroidissent trop vite, une pellicule risque de se former et de boucher les tétines.

Lorsque les biberons ont assez refroidi pour pouvoir être pris dans les mains, les sortir du stérilisateur. Serrer les capuchons, mettre une étiquette et mettre au réfrigérateur.

Adapté de: Preparation of formula for infants : guidelines for healthcare facilities. The American Dietetic Association, 1991

Annexe 11

Principes de l'alimentation de complément des enfants allaités au sein

1. Durée d'allaitement exclusif et âge d'introduction des aliments de complément

Pratiquer l'allaitement maternel exclusif de la naissance du bébé à ses 6 mois, et introduire les aliments de complément à 6 mois (180 jours) tout en continuant l'allaitement au sein.

2. Poursuite de l'allaitement maternel

Continuer à allaiter le bébé au sein fréquemment et dès qu'il le demande jusqu'à ses 2 ans et même au-delà.

3. Alimentation et stimulation

Pratiquer une alimentation qui stimule le développement de l'enfant en appliquant les principes de la stimulation psychosociale. Plus précisément : a) donner à manger aux enfants directement et aider les enfants plus grands lorsqu'ils peuvent manger seuls, en étant attentif à leurs manifestations de faim et de satiété, b) donner à manger lentement et patiemment, et encourager les enfants à manger mais sans les forcer, c) si l'enfant refuse de nombreux aliments, essayer d'autres combinaisons d'aliments, d'autres goûts, d'autres textures et d'autres méthodes d'encouragement, d) réduire les possibilités de distraction pendant les repas si l'enfant se désintéresse facilement et e) garder en mémoire que les repas sont des moments d'apprentissage et de tendresse - parler aux enfants pendant les repas, les regarder.

4. Préparation et stockage sans risque des aliments de compléments

Appliquer de bons principes d'hygiène et de manipulation des aliments en a) vérifiant que la personne qui s'occupe des enfants et les enfants eux-mêmes se lavent les mains avant de préparer les aliments et de manger, b) rangeant les aliments en sécurité et en les servant immédiatement quand ils sont prêts, c) en utilisant des ustensiles propres pour préparer les aliments et les servir, d) en utilisant des tasses et des bols propres pour nourrir les enfants et e) en évitant d'utiliser des biberons qu'il est difficile de garder propres.

5. Quantité d'aliments de complément nécessaire

Commencer à 6 mois avec de petites quantités de nourriture, puis augmenter les quantités à mesure que l'enfant grandit, tout en continuant à allaiter au sein régulièrement. Les besoins en énergie venant des aliments de complément pour les bébés qui prennent une quantité « moyenne » de lait maternel dans les pays en développement sont d'approximativement 200 kcal par jour de 6 à 8 mois, 300 kcal par jour de 9 à 11 mois et 550 kcal par jour de 12 à 23 mois. Ces estimations sont un peu différentes dans les pays développés (130, 310 et 580 kcal à respectivement 6-8, 9-11 et 12-23 mois) car les quantités de lait maternel ingérées sont différentes.

6. Consistance des aliments

À mesure que le bébé grandit, augmenter peu à peu la consistance et la variété des aliments, en les adaptant aux besoins et aux capacités du bébé. Les bébés peuvent manger des aliments en purée, écrasés et semi-solides à partir de 6 mois. À 8 mois, la plupart peuvent manger « à la main » (des en-cas que l'enfant peut manger seul). À 12 mois, les bébés peuvent manger les mêmes types d'aliments que le reste de la famille (mais il faut bien garder à l'esprit qu'ils ont besoin d'aliments riches en nutriments, comme on l'explique au point 8 ci-dessous). Éviter les aliments qui peuvent étouffer le bébé (c'est-à-dire les produits dont la forme et la consistance risquent de les faire se loger dans la trachée, comme les fruits à coque, les raisins, les carottes crues).

7. Fréquence des repas et densité énergétique

Augmenter le nombre de repas contenant des aliments de complément à mesure que le bébé grandit. Le nombre approprié de repas dépend de la densité énergétique des aliments donnés localement et des quantités ingérées habituellement lors de chaque repas. En moyenne, un bébé en bonne santé allaité au sein doit recevoir 2 à 3 repas d'aliments de complément par

jour de 6 à 8 mois, 3 à 4 de 9 à 11 mois et de 12 à 24 mois, avec en plus des en-cas nutritifs (comme des morceaux de fruits ou du pain ou du chapatti avec de la pâte à tartiner) 1 ou 2 fois par jour, selon les souhaits du bébé. Les en-cas sont des aliments pris entre les repas - en général le bébé les mange seul, ils sont pratiques et faciles à préparer. Si la densité énergétique des repas ou la quantité ingérée à chaque repas est faible, ou si le bébé n'est plus allaité au sein, il se peut que des repas plus fréquents soient nécessaires.

8. Contenu en nutriments des aliments de complément

Donner des aliments variés pour s'assurer que les besoins en nutriments sont bien couverts. La viande, la volaille, le poisson ou les œufs doivent être consommés chaque jour. Les régimes végétariens ne permettent pas de couvrir les besoins en nutriments à cet âge sauf à donner des compléments en nutriments ou des produits enrichis (voir point 9 ci-dessous). L'enfant doit manger tous les jours des fruits et des légumes riches en vitamine A. Les aliments doivent être assez riches en graisses. Éviter de donner des boissons à faible teneur en nutriments comme les infusions, le café et les boissons sucrées comme les sodas. Limiter la quantité de jus pour qu'ils ne se substituent pas aux aliments riches en nutriments.

9. Utilisation de compléments en vitamines et sels minéraux ou de produits enrichis pour le bébé et la mère

Selon les besoins, utiliser des aliments de compléments enrichis ou des compléments en vitamines et sels minéraux pour le bébé. Dans certaines populations, les mères qui allaitent au sein ont elles aussi besoin de compléments en vitamines et en sels minéraux ou de produits enrichis, à la fois pour leur santé personnelle et pour garantir que leur lait contient bien les bonnes concentrations de certains nutriments (notamment les vitamines).

10. L'alimentation pendant et après une maladie

Augmenter la quantité de liquide ingérée lorsque le bébé est malade, y compris en lui donnant plus de tétées au sein, et encourager l'enfant à manger des aliments mous, variés et appétissants et les aliments qu'il préfère. Après une maladie, donner à manger plus souvent que d'habitude et encourager l'enfant à manger davantage.

Source: Guiding Principles for Complementary Feeding of the Breastfed Child, Pan American Health Organisation 2003, Organisation mondiale de la santé <http://www.paho.org>

Annexe 12

Alimentation de l'enfant non nourri au sein entre 6 et 24 mois

Extrait de : Informal Working Group on Feeding Nonbreastfed Children. Feeding of Breastfed children from 6 to 24 months of age. Conclusions of an informal meeting on infant and young child feeding organized by the World Health Organization, Geneva, March 8-10, 2004. Food and Nutrition Bulletin, 2004, vol. 25, n°4.

Selon les recommandations actuelles de l'ONU, les nourrissons doivent être allaités exclusivement au sein pendant leur six premiers mois, puis ils doivent recevoir des aliments de complément adaptés tout en continuant à être allaités au sein jusqu'à deux ans voire plus longtemps. Mais un certain nombre de bébés ne profiteront pas des bienfaits de l'allaitement maternel pendant leurs premiers mois, ou ne seront pas allaités pendant toute la durée recommandée de deux ans ou plus. Les bébés dont la mère est séropositive au VIH demandent une attention particulière. Pour limiter le risque de transmission, on recommande aux mères de donner à leur bébé une alimentation de substitution dès sa naissance, à condition que ce soit acceptable, praticable, financièrement abordable, sûr et durable. Sinon, elles doivent allaiter exclusivement au sein et arrêter dès qu'une autre solution d'alimentation est envisageable¹. Un autre groupe demande une attention particulière : celui des bébés dont les mères sont mortes ou dont les mères, pour un certain nombre de raisons, n'allaitent pas au sein.

La PAHO a résumé les recommandations visant à une alimentation adaptée pour les bébés à partir de 6 mois². Certains de ces principes ne s'appliquent pas aux bébés qui ne sont pas allaités au sein, et d'autres doivent être adaptés. L'OMS a organisé une réunion informelle pour définir des principes analogues pour l'alimentation des bébés non nourris au sein au-delà de 6 mois.

Résumé des principes directeurs de l'alimentation de l'enfant non nourri au sein entre 6 et 24 mois

1. Quantité d'aliments nécessaire

Principe directeur : vérifier que les besoins énergétiques sont couverts. Ces besoins s'élèvent à approximativement 600 kcal par jour de 6 à 8 mois, 700 kcal par jour de 9 à 11 mois et à 900 kcal de 12 à 23 mois.

2. Consistance de la nourriture

Principe directeur : À mesure que le bébé grandit, augmenter peu à peu la consistance et la variété des aliments, en les adaptant aux besoins et aux capacités du bébé. Les bébés peuvent manger des aliments en purée, écrasés et semi-solides à partir de 6 mois. À 8 mois, la plupart des bébés peuvent manger « à la main » (des en-cas que l'enfant peut manger seul). À 12 mois, les bébés peuvent manger les mêmes types d'aliments que le reste de la famille (mais il faut bien garder à l'esprit qu'ils ont besoin d'aliments denses en nutriments, comme on l'explique au point 4 ci-dessous). Éviter les aliments qui peuvent étouffer le bébé (c'est-à-dire les produits dont la forme et la consistance risquent de les faire se loger dans la trachée, comme les fruits à coque, les raisins, les carottes crues). Ces aliments doivent être écrasés, réduits en purée ou pressés avant d'être donnés à un jeune enfant.

3. Fréquence des repas et densité énergétique

Principe directeur : En moyenne, un bébé en bonne santé doit recevoir à manger 4 à 5 fois par jour, avec en plus des en-cas nutritifs (comme des morceaux de fruits ou du pain ou du chapatti avec de la pâte à tartiner) 1 ou 2 fois par jour, selon les souhaits du bébé. Le nombre approprié de repas dépend de la densité énergétique des aliments donnés localement et des quantités ingérées habituellement lors de chaque repas. Si la densité énergétique des repas ou la quantité ingérée à chaque repas est faible, il se peut que des repas plus fréquents soient nécessaires.

4. Contenu en nutriments des aliments

Principe directeur : Donner des aliments variés pour s'assurer que les besoins en nutriments sont bien couverts.

- La viande, la volaille, le poisson ou les œufs doivent être consommés chaque jour ou aussi souvent que possible car ce sont des sources importantes de nutriments essentiels comme le fer et le zinc. Les produits laitiers sont des sources importantes de calcium et d'autres nutriments. Les régimes qui ne contiennent pas d'aliments d'origine animale (viande, volaille, poisson ou œufs, plus les produits laitiers) ne peuvent pas couvrir tous les besoins en nutriments d'un bébé de cet âge, sauf à être complétés d'aliments enrichis ou de suppléments en nutriments.
- Si le bébé consomme régulièrement des quantités adéquates d'aliments d'origine animale, la quantité de lait dont il a besoin est de 200 à 400 ml/jour ; sinon, cette quantité est de 300 à 500 ml/jour. Les laits acceptables sont les laits entiers d'origine animale (vache, chèvre,

¹ UNICEF, ONUSIDA, OMS, FNUAP, Le VIH et l'alimentation des nourrissons. Guide à l'intention des responsables et des cadres des soins de santé, Genève, OMS, 2003, disponible à l'adresse : http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/ISBN_92_4_259123_8.pdf

² PAHO, Guiding principles for Complementary Feeding of the Breastfed Child. Washington : Pan American Health Organization, Organisation mondiale de la santé, 2003, disponible à l'adresse : http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/guiding_principles.pdf

- bufflonne, brebis, chamelle), le lait stérilisé à ultra haute température, le lait en poudre reconstitué (mais pas le lait concentré), le lait fermenté ou le yaourt, et le lait maternel exprimé (traité par chauffage si la mère est séropositive au VIH).
- Si le bébé ne mange pas les quantités adéquates de lait et d'aliments d'origine animale, il doit consommer tous les jours des céréales et des légumes, si possible au cours du même repas pour assurer une bonne qualité protéinique.
 - Les produits laitiers sont la source de calcium la plus riche. Si le bébé n'en mange pas la quantité adéquate, on peut combler le manque avec d'autres aliments relativement riches en calcium, par exemple les petits poissons avec leurs arêtes (poissons séchés ou frais dont les arêtes sont écrasées ou préparées de façon à pouvoir être mangées sans risque) et les tortillas au maïs avec du citron vert. D'autres aliments comme le soja, le chou, la carotte, la courgette, la papaye, les légumes verts à feuille, la goyave et la courge sont des sources utiles de calcium.
 - L'alimentation quotidienne doit contenir des aliments riches en vitamine A (par exemple les fruits et les légumes de couleur foncée ; l'huile de palme ; l'huile enrichie en vitamine A ou les aliments enrichis en vitamine A) ; des aliments riches en vitamine C (par exemple de nombreux fruits, légumes et pommes de terre) consommés en même temps que les repas pour faciliter l'absorption du fer ; et des aliments riches en vitamine B, y compris en riboflavine (par exemple le foie, les œufs, les produits laitiers, les légumes verts à feuille, le soja), en vitamine B6 (par exemple la viande, la volaille, le poisson, la banane, les légumes verts à feuille, la pomme de terre et les autres tubercules, les cacahuètes) et en folate (par exemple les légumes, les légumes verts à feuille, le jus d'orange).
 - les repas doivent comporter une quantité adéquate de graisses. Si le bébé ne consomme pas régulièrement d'aliments d'origine animale, il faut ajouter 10 à 20 g de graisse ou d'huile à son alimentation, à moins qu'il consomme des aliments riches en graisse (comme des aliments ou des pâtes faits à partir d'arachide, d'autres fruits à coque et d'autres graines). Si le bébé consomme des aliments d'origine animale, on doit ajouter jusqu'à 5 g de graisse ou d'huiles à son régime.
 - Éviter de donner au bébé des boissons à faible valeur en nutriments comme des infusions, du café et des boissons sucrées. Limiter la quantité de jus pour qu'ils ne se substituent pas aux aliments riches en nutriments.

5. Utilisation de compléments en vitamines et sels minéraux ou de produits enrichis

Principe directeur : Selon les besoins, utiliser des aliments de complément enrichis ou des suppléments en vitamines et sels minéraux (de préférence en les mélangeant avec les aliments ou en les donnant pendant les repas) contenant du fer (8 à 10 mg/jour de 6 à 12 mois, 5 à 7 mg de 12 à 24 mois). Si le bébé ne consomme pas les quantités adéquates d'aliments d'origine animale, ces aliments enrichis ou les suppléments doivent aussi contenir d'autres micronutriments, notamment du zinc, du calcium et de la vitamine B12. Dans les pays à forte prévalence des carences en vitamine A ou dans les régions où la mortalité à moins de 5 ans est de plus de 50 pour 1000, on recommande de donner aux enfants de 6 à 24 mois un supplément en vitamine A fortement dosé (100 000 UI en une fois pour les bébés de 6 à 12 mois et 200 000 UI deux fois par an pour les jeunes enfants de 12 à 23 mois).

6. Besoins en liquides

Principe directeur : les bébés qui ne sont pas allaités au sein ont besoin d'au moins 400 à 600 ml de liquide supplémentaires (en plus des 200 à 700 ml d'eau qui sont censés venir du lait et des autres aliments) dans un climat tempéré, et de 800 à 1 200 ml supplémentaires dans les climats chauds. On doit proposer de l'eau pure, propre (bouillie si nécessaire) au bébé plusieurs fois par jour pour s'assurer qu'il n'a pas soif.

7. Préparation et stockage sans risque des aliments

Principe directeur : Appliquer de bons principes d'hygiène et de manipulation des aliments en a) vérifiant que la personne qui s'occupe des enfants et les enfants eux-mêmes se lavent les mains avec du savon avant de préparer les aliments et de manger, b) rangeant les aliments en sécurité et en les servant immédiatement quand ils sont prêts, c) en utilisant des ustensiles propres pour préparer les aliments et les servir, d) en utilisant des tasses et des bols propres pour nourrir les enfants et e) en évitant d'utiliser des biberons qu'il est difficile de garder propres (pour plus de détails, voir WHO Complementary Feeding : Family foods for breastfed children, 2000 et Five Keys to Safer Food, www.who.int/foodsafety/publications/consumer/5keys/en/).

8. Alimentation et stimulation

Principe directeur : Pratiquer une alimentation qui stimule le développement de l'enfant en appliquant les principes de la stimulation psychosociale (Engle et al., 2000 ; Pelto et al., 2002). Plus précisément: a) donner à manger aux enfants directement et aider les enfants plus grands lorsqu'ils peuvent manger seuls, en étant attentif à leurs manifestations de faim et de satiété, b) donner à manger lentement et patiemment, et encourager les enfants à manger mais sans les forcer, c) si l'enfant refuse de nombreux aliments, essayer d'autres combinaisons d'aliments, d'autres goûts, d'autres textures et d'autres méthodes d'encouragement, d) réduire les possibilités de distraction pendant les repas si l'enfant se désintéresse facilement et e) garder en mémoire que les repas sont des moments d'apprentissage et de tendresse - parler aux enfants pendant les repas, les regarder.

9. L'alimentation pendant et après une maladie

Principe directeur : augmenter la quantité de liquide ingérée lorsque le bébé est malade, et encourager l'enfant à manger des aliments mous, variés et appétissants et les aliments qu'il préfère. Après une maladie, donner à manger plus souvent que d'habitude et encourager l'enfant à manger davantage.

Annexe 13

Les aliments (y compris le lait maternel et les préparations pour nourrissons) utilisables pour l'alimentation thérapeutique des nourrissons de moins de 6 mois

Type de lait	Propriétés	Indications
Lait maternel	Teneur en sodium et en protéines légèrement plus forte que dans F75, moins forte que dans F100-D et dans une préparation pour nourrissons. Teneur énergétique similaire à celle de F75, F100-D et légèrement plus forte que dans une préparation pour nourrissons (65 kcal/100 ml). Avantages immunologiques et autres avantages pour la santé Teneur en lactose plus forte que dans F75, F100-D, F100 et dans les préparations pour nourrissons.	<ul style="list-style-type: none"> convient à la réalimentation initiale mais il se peut qu'on ne puisse s'en procurer qu'une quantité limitée si l'allaitement maternel a été interrompu et si le bébé ne tète pas. On peut commencer par combiner le lait maternel exprimé et un lait thérapeutique adéquat. 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 bébé tète assez souvent, la nuit comme le jour.
F75 commerciale	Teneur en sodium et en protéines légèrement plus faible que dans le lait maternel. Charge osmotique rénale sans risque. Concentration énergétique de 75 kcal/100 ml. Le pourcentage d'énergie d'origine grasseuse est plus bas que dans le lait maternel (32% contre 55%). Moins de phosphore, de calcium et de lactose que dans le lait maternel.	<ul style="list-style-type: none"> utilisation sans risque pour la réalimentation initiale des nourrissons de moins de 6 mois (et de tous âges) souffrant de malnutrition sévère lors de la phase de stabilisation. Il est essentiel d'utiliser de la F75 préparée commercialement. La F75 de fabrication domestique a une plus forte osmolarité. nécessaire si le bébé a un œdème. ne convient pas pour le rattrapage de croissance, quel que soit l'âge.
F100	Forte teneur en sodium, en protéines et en lactose. Forte charge rénale osmotique. Concentration énergétique de 100 kcal/100 ml.	<ul style="list-style-type: none"> ne convient pas pour les nourrissons de moins de 6 mois. Charge rénale osmotique trop forte. convient au rattrapage de croissance après 6 mois.
F100-D (F100 + 1/3 d'eau)	Concentration en sodium et protéines moins forte que dans F100, plus forte que dans le lait maternel et dans F75, similaire à celle d'une préparation pour nourrissons. Charge rénale osmotique (mOsm/L) plus faible que dans F100, légèrement plus forte que dans une préparation pour nourrissons et plus forte que dans F75 et dans le lait maternel. Concentration énergétique similaire à celle du lait maternel	<ul style="list-style-type: none"> utilisation sans risque pour la réalimentation initiale des bébés de moins de 6 mois si leur appétit semble bon, notamment si le bébé est allaité au sein. convient au rattrapage de croissance des nourrissons de moins de 6 mois.
Préparation pour nourrissons (selon spécifications du Codex alimentarius)	Teneur en sodium et en protéines plus forte que dans le lait maternel et F75, similaire à celle de F100-D. Charge rénale osmotique similaire à celle de F100-D. Concentration énergétique similaire à celle du lait maternel et à F75 et à F100-D. Désigné comme substitut du lait maternel.	<ul style="list-style-type: none"> utilisation sans risque pour la réalimentation initiale des bébés de moins de 6 mois si elle est reconstituée précisément et dans les bonnes conditions d'hygiène. convient au rattrapage de croissance des bébés de moins de 6 mois.
Aliments à base de lait de fabrication domestique	Teneur plus forte en sodium et protéine que dans F75 et le lait maternel ; la dilution ne la compense que partiellement, et préparation difficile à faire en respectant exactement le mode de préparation. Du sucre et des micronutriments doivent être ajoutés, ainsi que de l'eau pour diluer.	<ul style="list-style-type: none"> ne convient pas, sauf en dernier recours si aucune autre solution n'est possible, et dans ce cas seulement à court terme.

Notes :

Pour plus d'informations sur la composition de F75 et F100, voir les chapitres complémentaires du module 2, section 8.4.

F100 diluée (F100-D): La préparation F100-D est utilisée pour la réalimentation initiale (phase de stabilisation) et pour le rattrapage de croissance (phase de récupération) par les agences de terrain. On la prépare en ajoutant un tiers d'eau supplémentaire à une préparation F100 complète, ou encore en ajoutant 35 ml d'eau à chaque quantité de 100 ml de F100 complète préparée. En utilisant le même lait pour la réalimentation initiale et pour le rattrapage de croissance, on évite le changement de goût. Certains bébés rejettent le lait de supplément qu'ils reçoivent par la sonde d'allaitement si son goût a changé.

Le choix entre F100-D et une préparation pour nourrissons se fait en fonction des disponibilités et du contexte. Dans les interventions d'urgence où il est plus facile de se procurer de la F100 qu'une préparation pour nourrissons, F100-D peut être une solution plus pratique. Il peut être plus pratique d'utiliser les mêmes préparations (F75 et F100) pour les bébés que pour les enfants plus grands plutôt que d'utiliser deux préparations qui demandent des manipulations différentes. Par ailleurs, l'utilisation de préparation pour nourrissons risque de porter un message ambigu car ce lait n'est pas considéré comme un traitement médical et risque par conséquent de gêner la remise en route de l'allaitement maternel.

Préparation pour nourrissons : (On désigne ainsi les préparations pour nourrissons produites industriellement conformément aux normes du Codex alimentarius, et qui sont désignées comme des substituts du lait maternel adaptés). On a beaucoup utilisé les préparations pour nourrissons comme substitut du lait maternel, mais peu pour l'alimentation thérapeutique. Mais dans les unités relativement petites, il se peut qu'on puisse se procurer une préparation pour nourrissons localement ou plus facilement ou à moindre prix que F100.

On peut l'utiliser pour la réalimentation initiale et le rattrapage de croissance, comme substitut du lait maternel jusqu'au moment où l'allaitement maternel est remis en route, ou pour les enfants qui ne pourront jamais être allaités au sein.

Si on a besoin de préparation pour nourrissons commerciale, il faut l'acheter par les voies habituelles et l'utiliser conformément aux dispositions du Code international.

Annexe 14

Les coins allaitement maternel

Les coins allaitement maternel

Un coin allaitement maternel est un endroit à part avec des sièges ou des matelas et réservé aux mères qui allaitent au sein et qui ont besoin de soutien et d'aide. Il peut se situer à proximité du centre nutritionnel thérapeutique, ou dans une aile d'un service hospitalier ou d'une clinique de soins maternels et infantiles, ou dans tout autre endroit adapté. On peut y recevoir l'aide d'agents de santé ou de conseillères communautaires qui ont reçu une formation sur l'allaitement maternel, et qui peuvent donner aux mères des conseils qualifiés. Les mères peuvent y venir simplement pour des soins de jour et rentrer dans leur communauté pour la nuit.

Ces coins permettent au personnel d'acquérir une expérience de résolution des problèmes liés à l'allaitement au sein et ainsi d'acquérir une qualification. On peut former des assistantes/conseillères spéciales pour s'occuper de ce groupe de bébés et de tous les appareils/équipements qui y sont utilisés. Les coins allaitement maternel permettent aux mères de se retrouver, ce qui leur donne une certaine intimité et la possibilité de s'entraider et de se soutenir mutuellement.

Les coins allaitement maternels peuvent être utiles également pour les mères de bébés souffrant de malnutrition traités avec du lait renutritif par une sonde d'allaitement (voir Partie 6.3). On peut demander aux mères de montrer aux autres comment utiliser cette technique. Cette méthode fonctionne souvent mieux que lorsqu'un agent de santé explique aux mères ce qu'elles doivent faire.

Annexe 15

Document OMS/TALC sur la prise en charge des cas de malnutrition sévère

Item	Date	Titre	Type Auteurs	Description	Distributeur Prix approximatif* Langues**
1	1999	<i>Management of severe malnutrition: a manual for physicians and other senior health workers</i>	Manuel de 60 pages OMS	Principes reconnus internationalement pour la prise en charge de la malnutrition sévère chez les jeunes enfants (et brièvement chez les adultes et les adolescents) pour le personnel de santé travaillant au niveau central et du district.	NHD/OMS 20.70 US\$ ou 23.00 CHF (16.10) Ang, Fra, Esp. Port
2	2000	<i>Management of the child with a serious infection or severe malnutrition</i> WHO/FCH/CAH/00.1	Manuel avec un chapitre de 20 pages sur « Malnutrition sévère » et des annexes. OMS-IMCI	Principes directeurs de IMCI pour les cadres et responsables de la prise en charge des jeunes enfants au premier niveau de recours dans les pays en développement.	CAH/OMS 15 CHF (10.50) Ang, Fra, Rus TALC 3.50 £ + frais de port, Ang
3	2000	<i>Treatment of severely malnourished children</i>	Fiches + notes pour le formateur Schofield/Ashworth/Burgess	Série de 24 fiches de formation/enseignement pour le personnel des centres de santé, des hôpitaux et des programmes pour l'alimentation d'urgence	TALC À partir de 5.50 £ + frais de port Ang
4	2001	<i>Improving the management of severe malnutrition</i>	Modules de formation (300 pages) sur CD-ROM. Ashworth/Schofield (LSHTM) et Puoane/Sanders (UWC)	Guide du formateur à l'intention des personnes qui animent des ateliers de formation. Explique comment faire le programme d'un atelier et contient du matériel de cours, documents à distribuer et transparents que les participants pourront utiliser pour former leurs propres collaborateurs, notamment le personnel infirmier. Il n'est pas nécessaire que cela soit en milieu clinique.	LSHTM & UWC Gratuit TALC (voir n°7 ci-dessous) Ang
5	2002	<i>Training course on the management of severe malnutrition</i> WHO/NHD/02.04	Guide pour la formation et 7 modules avec des supports pour la formation, dont une vidéo de l'OMS	Guides de l'instructeur et du participant (avec exercices et photos) pour des cours d'orientation de 3 jours pour les instructeurs et des cours de formation de 6 jours pour le personnel de santé	NHD/OMS Ang, Esp (Fra et Port en préparation)
6	2003	<i>Caring for severely malnourished children</i>	Livre de 82 pages Ashworth/Burgess	Inspiré des n° 1, 2 et 4 et rédigé à l'intention du personnel infirmier et des autres professionnels de la santé travaillant dans des contextes aux ressources limitées. Définit les 10 étapes et explique brièvement la logique de chacune des étapes. Traite de la façon d'impliquer les mères dans les soins.	TALC 3.15 £ + frais de port Ang
7	2003	<i>Caring for severely malnourished children</i>	CD-ROM TALC	Contient les n° 3, 4, 6 et un certain nombre de liens Internet sur le sujet	TALC, 4.50 £ + frais de port (comprend une copie papier du n°6 – le CD Rom ne peut pas être vendu séparément), Ang
8	2003	<i>Guidelines for the inpatient treatment of severely malnourished children</i>	Manuel de 48 pages Ashworth/Khanm/Jackson/Schofield NHD/OMS	Principes directeurs d'un traitement en 10 étapes similaire à la section 2 du n°2. Supports pour le n°5.	NHD/OMS 9.00 US\$ ou 10.00 CHF (7.00) Ang (Fra et Esp en préparation)

*Lorsque 2 prix sont donnés, le premier s'applique aux pays industrialisés et le second aux pays en développement. Taux de change approximatif : 1£=1,95\$; 1CHF=0,90\$

D'autres documents sont aussi distribués par d'autres organisations ; ENN a récemment publié le rapport d'un atelier interagence intitulé *Community based approaches to managing severe malnutrition*, voir www.ennonline.net.

** Ang = anglais, Fra = français, Rus = russe, Esp = espagnol, Port = portugais.

Abréviations, adresses et sites Internet

- CAH - Child and Adolescent Health and Development, OMS, 1211 Genève 27, Suisse
Fax: +41 22 791 48 57,
e-mail: cah@who.int, <http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/en/>
- IMCI - Integrated management of childhood illness (Gestion intégrée des maladies infantiles)
- LSHTM - London School of Hygiene and Tropical Medicine, Nutrition and Public Health Intervention Research Unit, Keppel Street, London WC1E 7HT, Royaume-Uni.
Fax: +44 20 7958 81 11, e-mail: ann.hill@lshtm.ac.uk, <http://www.lshtm.ac.uk/nphiru>
- NHD - Nutrition for Health and Development, OMS, 1211 Genève 27, Suisse.
Fax: +41 22 79141 56, e-mail: khanums@who.int,
<http://www.who.int/nutrition/publications.htm>
- TALC - Teaching-aids at Low Cost, Boîte postale 49, St Albans AL1 5TX, Royaume-Uni.
Fax: +44 1727 846852, e-mail: info@talcuk.org, <http://www.talcuk.org>
- UWC - University of Western Cape, School of Public Health, Private Bag X17, Bellville 7535 Cape, Afrique du Sud. Fax: +27 21 959 2872,
e-mail: tpuoane@uwc.ac.za ou d-sanders@uwc.ac.za, <http://www.soph.uwc.as.za>
- OMS - Organisation mondiale de la santé; Marketing et diffusion, 1211 Genève 27, Suisse.
Fax: +41 22 791 48 57; e-mail: publications@who.int, <http://bookorders.who.int>

Annexe 16

Alimentation lactée thérapeutique pour la phase initiale (phase 1) de stabilisation des nourrissons allaités au sein et non allaités au sein

- Vérifier le poids de l'enfant et consulter le volume ou la ration nécessaires de lait pour 24 heures et la fréquence des repas attendue.
- Ne pas faire d'ajustement en cas d'œdème
- Essayer à tout prix de nourrir les très petits bébés au moins 8 fois par jour.
Pour donner tout le volume nécessaire en 24 heures, il vaut mieux diminuer le nombre de repas que sauter des repas si la fréquence idéale est impossible à tenir (voir encadré 8.3, fréquence et nombre de repas)

Poids du bébé	Volume total des repas en 24 heures	Volume du repas en fonction de la fréquence des repas (en 24 heures)					
		12 repas	10 repas	8 repas	7 repas	6 repas	5 repas
Kg	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml
1.2	240	20	20	25	30	35	45
1.3	240	20	25	30	30	35	45
1.4	240	20	25	30	35	40	45
1.5	240	20	25	30	35	40	45
1.6	300	25	30	35	40	45	55
1.7	300	25	30	35	40	45	55
1.8	300	25	30	40	40	45	60
1.9	300	25	30	40	45	50	60
2	300	25	35	40	45	50	65
2.1	300	25	35	40	45	50	65
2.2	360	30	35	45	50	60	70
2.3	360	30	35	45	50	60	70
2.4	360	30	35	45	50	60	70
2.5	420	35	40	50	55	65	75
2.6	420	35	40	50	55	65	75
2.7	420	35	40	50	55	65	75
2.8	420	35	40	55	60	70	80
2.9	420	35	40	55	60	70	80
3	480	40	45	60	65	75	85
3.1	480	40	45	60	65	75	85
3.2	480	40	45	60	65	75	85
3.3	480	40	45	60	65	75	85
3.4	480	40	45	60	65	75	85
3.5	480	40	50	65	70	80	95
3.6	480	40	50	65	70	80	95
3.7	480	40	50	65	70	80	95
3.8	480	40	50	65	70	80	95
3.9	480	40	50	65	70	80	95
4	540	45	55	70	75	85	110
4.4	540	45	55	70	75	85	110
4.5	600	50	60	80	90	95	120
4.9	600	50	60	80	90	95	120
5	720	60	70	90	100	110	130
5.4	720	60	70	90	100	110	130
5.5	720	60	80	100	110	120	150
5.9	720	60	80	100	110	120	150
6	840	70	85	110	120	140	175

Base de calcul des volumes des repas pour la réalimentation initiale

Plus le poids du bébé est faible, plus le volume nécessaire par kg est élevé.
Pour mémoire, le volume moyen d'aliments/kg en fonction du poids au cours de la phase de stabilisation est de :

Poids	Quantité en ml/kg/24 heures*
1.2 - 1.5 kg	180 ml/kg
1.6 - 1.9 kg	170 ml/kg
2.0 - 3.0 kg	155 ml/kg
3.1 - 3.5 kg	145 ml/kg
3.6 - 6.0 kg	130 ml/kg

* moyennes arrondies à 5 ml près, et donc les volumes absolus par kg de poids corporel risquent de varier légèrement. Ces chiffres donnent des indications de volumes.

Annexe 17

Alimentation lactée thérapeutique dans la phase de transition pour les nourrissons non allaités au sein

Pendant de la phase de transition, on doit passer les bébés de la F75 à une préparation pour nourrissons ou à la préparation F100 diluée.

Poids du bébé	Volume total des repas en 24 heures	Volume du repas en fonction de la fréquence des repas (en 24 heures)					
		12 repas	10 repas	8 repas	7 repas	6 repas	5 repas
kg	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml
1.2	300	25	25	35	40	45	60
1.3	300	25	30	40	40	45	60
1.4	300	25	30	40	45	50	60
1.5	300	25	30	40	45	50	60
1.6	360	30	40	45	50	60	70
1.7	360	30	40	45	50	60	70
1.8	360	30	40	50	50	60	80
1.9	360	30	40	50	60	65	80
2	360	30	45	50	60	65	85
2.1	360	30	45	50	60	65	
2.2	480	40	45	60	65	80	90
2.3	480	40	45	60	65	80	90
2.4	480	40	45	60	65	80	90
2.5	540	45	50	65	70	85	100
2.6	540	45	50	65	70	85	100
2.7	540	45	50	65	70	85	100
2.8	540	45	50	70	80	90	105
2.9	540	45	50	70	80	90	105
3	600	50	60	80	85	100	110
3.1	600	50	60	80	85	100	110
3.2	600	50	60	80	85	100	110
3.3	600	50	60	80	85	100	110
3.4	600	50	60	80	85	100	110
3.5	600	50	65	85	90	105	125
3.6	600	50	65	85	90	105	125
3.7	600	50	65	85	90	105	125
3.8	600	50	65	85	90	105	125
3.9	600	50	65	85	90	105	125
4	720	60	70	90	100	110	145
4.4	720	60	70	90	100	110	145
4.5	780	65	80	105	125	125	155
4.9	780	65	80	105	125	125	155
5	960	80	90	115	130	145	170
5.4	960	80	90	115	130	145	170
5.5	960	80	105	130	145	155	195
5.9	960	80	105	130	145	155	195
6	1080	90	110	145	155	180	225

Base de calcul des volumes des repas pour la phase de transition (bébés non nourris au sein)

Plus le poids du bébé est faible, plus le volume nécessaire par kg est élevé.

Pour mémoire, le volume moyen d'aliments/kg en fonction du poids au cours de la phase de transition est de :

Poids	Quantité en ml/kg/24 heures*
1.2 - 1.5 kg	225 ml/kg
1.6 - 1.9 kg	205 ml/kg
2.0 - 3.0 kg	200 ml/kg
3.1 - 3.5 kg	180 ml/kg
3.6 - 6.0 kg	170 ml/kg

* moyennes arrondies à 5 ml près.

Annexe 18

Alimentation lactée thérapeutique dans la phase de rattrapage de croissance (phase 2) pour les nourrissons non allaités au sein

Poids du bébé	Volume total des repas en 24 heures	Volume du repas en fonction de la fréquence des repas (en 24 heures)					
		12 repas	10 repas	8 repas	7 repas	6 repas	5 repas
ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml	ml
1.2	360	30	30	40	50	55	70
1.3	360	30	40	50	50	55	70
1.4	360	30	40	50	55	65	70
1.6	420	35	40	50	60	70	80
1.6	480	40	50	55	65	70	90
1.7	480	40	50	55	65	70	90
1.8	480	40	50	65	65	70	95
1.9	480	40	50	65	70	80	95
2.0	480	40	55	65	70	80	105
2.1	480	40	55	65	70	80	105
2.2	600	50	55	70	80	95	110
2.3	600	50	55	70	80	95	110
2.4	600	50	55	70	80	95	110
2.5	660	55	65	80	90	105	120
2.6	660	55	65	80	90	105	120
2.7	660	55	65	80	90	105	120
2.8	660	55	65	90	95	110	130
2.9	660	55	65	90	95	110	130
3.0	780	65	70	95	105	120	135
3.1	780	65	70	95	105	120	135
3.2	780	65	70	95	105	120	135
3.4	780	65	70	95	105	120	135
3.5	780	65	80	105	110	130	150
3.6	780	65	80	105	110	130	150
3.7	780	65	80	105	110	130	150
3.8	780	65	80	105	110	130	150
3.9	780	65	80	105	110	130	150
4.0	840	70	90	110	120	135	175
4.4	840	70	90	110	120	135	175
4.5	960	80	95	130	145	150	190
4.9	960	80	95	130	145	150	190
5.0	1140	95	110	145	160	175	210
5.4	1140	95	110	145	160	175	210
5.5	1140	95	130	160	175	190	240
5.9	1140	95	130	160	175	190	240
6.0	1320	110	135	175	190	225	280

Base de calcul des volumes des repas pour la phase de rattrapage de croissance/récupération (bébés non nourris au sein)

Plus le poids du bébé est faible, plus le volume nécessaire par kg est élevé.
Pour mémoire, le volume moyen d'aliments/kg en fonction du poids au cours de la phase de transition est de :

Poids	Quantité en ml/kg/24 heures*
1.2 – 1.9 kg	270 ml/kg
2.0 – 3.0 kg	270 ml/kg
3.1 – 3.5 kg	240 ml/kg
3.6 – 6.0 kg	230 ml/kg

* moyennes arrondies à 5 ml près.

Annexe 19

Consultation technique de l'OMS sur le VIH et l'alimentation des nourrissons, tenue au nom de l'Equipe spéciale inter-agences (IATT) sur la prévention des infections dues au VIH chez les femmes enceintes, les mères et leurs nourrissons, 25-27 octobre 2006, Genève

Déclaration commune

Des chercheurs, des responsables de programmes, des experts en alimentation des nourrissons, ainsi que des représentants de l'IATT¹, des institutions spécialisées de l'ONU, du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique et de six départements du siège de l'OMS² se sont réunis à Genève pour examiner les nouvelles données scientifiques et programmatiques concernant le VIH et l'alimentation du nourrisson, accumulés depuis la consultation technique précédente d'octobre 2000³ et les appels de Glion⁴ et d'Abuja⁵ pour soutenir la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Le but était de voir s'il était possible de préciser et d'affiner les lignes directrices adoptées par l'ONU⁶ sur la base des recommandations formulées lors de la réunion précédente.

Après trois jours de communications scientifiques et programmatiques et de discussions intenses, le groupe a entériné les principes généraux sur lesquels se fondaient les recommandations d'octobre 2000. Compte tenu des nouvelles informations exposées, le groupe est parvenu à un consensus sur plusieurs sujets. La présente déclaration en constitue un résumé préliminaire, en attendant la publication du rapport complet.

Les nouvelles données concernant la transmission du VIH par l'allaitement au sein :

- L'allaitement au sein exclusif jusqu'à six mois réduit de trois à quatre fois le risque de transmission du VIH comparé à l'allaitement au sein non exclusif⁷, selon trois grandes études de cohorte effectuées en Côte d'Ivoire, en Afrique du Sud et au Zimbabwe.
- Il se confirme qu'un taux bas de CD4+ chez la mère, une charge virale élevée dans le lait et le plasma maternels, la séroconversion maternelle pendant l'allaitement et la durée de l'allaitement constituent d'importants facteurs de risque favorisant la transmission postnatale du VIH et la mortalité infantile.
- Des programmes réalisés au Botswana, au Mozambique et en Ouganda semblent indiquer que le traitement antirétroviral, pour les femmes susceptibles d'en bénéficier, peut réduire la transmission postnatale du VIH ; on attend encore les résultats du suivi d'essais cliniques sur l'efficacité et la toxicité de cette approche pour des femmes sans indication de traitement antirétroviral.

Les nouvelles données concernant la morbidité et la mortalité

- Dans les cas où une prophylaxie antirétrovirale et l'offre gratuite d'une alimentation de substitution pour nourrisson étaient assurées, le risque combiné d'infection par le VIH ou de décès avant 18 mois était semblable chez les nourrissons recevant une alimentation de substitution dès la naissance et les nourrissons allaités au sein pendant 3 à 6 mois (Botswana et Côte d'Ivoire).

¹ Academy for Educational Development, Catholic Medical Mission Board, Columbia University, Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation, ONUSIDA, FNUAP, UNICEF, US Agency for International Development (Agence des Etats-Unis pour le développement international) et US Centers for Disease Control (Centres états-unis de lutte contre les maladies).

² Santé et développement de l'enfant et de l'adolescent, nutrition pour la santé et le développement, VIH/SIDA, recherche génésique, pour une grossesse à moindre risque, zoonoses et maladies transmises par les aliments.

³ OMS. Nouvelles données concernant la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et leurs implications politiques: Consultation technique OMS au nom de l'Equipe Spéciale Inter-Agences ONUSIDA/UNICEF/FNUAP/OMS sur la transmission mère-enfant du VIH, 11-13 octobre 2000, Genève, Conclusions et recommandations. 2001. OMS, Genève. WHO/RHR/01.28

⁴ FNUAP et OMS: L'appel à l'action de Glion pour la planification familiale et le VIH/SIDA chez les femmes et les enfants, 3-5 mai 2004

⁵ L'appel à l'action: Vers une génération sans VIH et sans SIDA, Forum de haut niveau des partenaires mondiaux sur la prévention de la transmission de la mère à l'enfant, 3 décembre 2005, Abuja, Nigeria.

⁶ Pour connaître les lignes directrices, consulter les documents qui se trouvent sur le site : http://www.who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/HIV_infant.htm; et Les recommandations pour la préparation, la conservation et l'utilisation sans danger des poudres de lait pour nourrissons.

⁷ En Côte d'Ivoire, l'allaitement au sein non exclusif comprenait tout autre aliment liquide ou solide que le lait maternel; en Afrique du Sud, il incluait du lait d'origine animale ou d'autres liquides, avec ou sans solides; au Zimbabwe, il incluait des aliments liquides et solides autres que le lait maternel.

- Selon des études achevées au Malawi ou en cours au Kenya, en Ouganda et en Zambie, on estime que l'arrêt précoce de l'allaitement au sein (avant 6 mois) augmente le risque de morbidité (surtout de diarrhée) et de mortalité chez les enfants exposés au VIH⁸.
- Les données préliminaires d'un essai randomisé réalisé en Zambie montrent que l'arrêt de l'allaitement au sein à 4 mois réduit le risque de transmission du VIH, mais augmente la mortalité chez les enfants de 4 à 24 mois.
- Selon des données préliminaires recueillies au Botswana et en Zambie l'allaitement au sein prolongé au-delà de 6 mois accroît les chances de survie des nourrissons infectés par le VIH⁸.

Améliorer les pratiques d'alimentation des nourrissons

- Dans des programmes réalisés en Afrique du Sud, en Zambie et au Zimbabwe, les mères, infectées par le VIH ou non, ont été capables d'allaiter exclusivement au sein de manière plus rigoureuse et prolongée, jusqu'à 6 mois, grâce à des conseils répétés et un soutien de bonne qualité dispensés.

Nouvelles informations sur les programmes

- Les recommandations de l'ONU concernant le VIH et l'alimentation des nourrissons sont disponibles et de plus en plus utilisées pour élaborer les recommandations nationales, mais leur mise en œuvre connaît encore des difficultés.
- Il est inquiétant de constater que les mesures prises pour prévenir la transmission du VIH de la mère à l'enfant, y compris celles concernant l'alimentation des nourrissons, sont insuffisantes, du point de vue tant de leur qualité que du nombre de femmes en bénéficiant⁹.
- Les services de santé peu développés et mal organisés ne peuvent offrir des conseils et un soutien nécessaires en matière d'alimentation des nourrissons. Quand le soutien est inadéquat, insuffisant ou non existant, les mères, infectées ou non par le VIH, utilisent des méthodes d'alimentation inappropriées.
- L'amélioration des conseils relatifs à l'alimentation des nourrissons et des mesures connexes exige un engagement ferme et des efforts constants de la part des institutions et des donateurs internationaux coopérant avec les ministères de la santé.
- L'augmentation marquée des décès dus à la diarrhée et à la malnutrition chez des nourrissons non allaités au sein et des jeunes enfants, constatée lors d'une récente épidémie de diarrhée, met en lumière la vulnérabilité des nourrissons et des jeunes enfants qui reçoivent une alimentation de substitution et la nécessité de surveiller attentivement la santé de tous les nourrissons.
- L'accès accru au diagnostic précoce - durant les premiers mois de vie du nourrisson - et aux traitements antirétroviraux pédiatriques offre des opportunités nouvelles pour renforcer les conseils et le suivi nutritionnels.
- Il reste nécessaire de poursuivre la recherche pluridisciplinaire - de la recherche fondamentale aux essais cliniques et aux études opérationnelles - dans les domaines reconnus comme prioritaires, afin, notamment, de déterminer les options alimentaires les plus sûres pour les nourrissons exposés au VIH.

Recommandations:

- Les recommandations suivantes adressées aux décideurs et aux directeurs de programmes visent à compléter, préciser et mettre à jour les recommandations et directives actuelles de l'ONU, sans les remplacer. Une mise au point technique portant sur ce sujet sera publiée bientôt.
- Le choix de la meilleure option qu'a une mère infectée par le VIH pour l'alimentation de son nourrisson continue de dépendre de sa situation personnelle, en particulier son état de santé et les circonstances locales. Ce choix devrait toutefois davantage prendre en compte la disponibilité des services de santé, et les conseils et le soutien qu'elle est susceptible d'obtenir.
- L'allaitement au sein exclusif durant les 6 premiers mois est recommandé pour les mères infectées par le VIH, à moins que l'alimentation de substitution ne soit acceptable, praticable, financièrement abordable, sûre et durable pour elle et l'enfant plus tôt.
- Quand l'alimentation de substitution est acceptable, praticable, financièrement abordable, sûre et durable, il est recommandé aux mères infectées par le VIH de renoncer à l'allaitement au sein.

⁸ Les enfants exposés au VIH sont ceux dont la mère est séropositive ou qui sont allaités par une femme infectée par le VIH.

⁹ La gamme complète des mesures comprend: la prévention primaire de l'infection des femmes par le VIH, la prévention de grossesses non désirées chez les femmes séropositives, la prévention de la transmission du VIH des femmes séropositives à leurs nourrissons et la l'offre de soins, de traitement et de soutien aux femmes séropositives et à leur famille.

- Si l'alimentation de substitution n'est toujours pas acceptable, praticable, financièrement abordable, sûre et durable quand l'enfant atteint 6 mois, il est recommandé de poursuivre l'allaitement au sein accompagné d'aliments de complément, ainsi que de continuer d'évaluer régulièrement les conditions nutritionnelles de la mère et de l'enfant. L'allaitement au sein doit cesser complètement dès qu'il est possible de nourrir l'enfant de manière nutritionnellement appropriée et sûre sans lait maternel.
- Quel que soit le mode d'alimentation choisi, les services de santé devraient suivre tous les nourrissons exposés au VIH et continuer d'offrir des conseils et un soutien concernant leur alimentation, surtout aux moments clés, quand les décisions relatives à l'alimentation peuvent être reconsidérées, par exemple lors du diagnostic précoce du nourrisson et à six mois.
- Il faut encourager vivement la mère d'un nourrisson ou d'un jeune enfant dont on sait qu'il est infecté par le VIH à continuer de l'allaiter.
- Les gouvernements et les autres parties prenantes devraient intensifier la protection, la promotion et le soutien à l'allaitement au sein pour la population générale. Elles devraient également soutenir activement les mères infectées par le VIH qui choisissent l'allaitement au sein exclusif mais aussi prendre des mesures pour rendre l'alimentation de substitution plus sûre pour les femmes séropositives qui préfèrent cette option.
- Les programmes nationaux devraient fournir à tous les nourrissons exposés au VIH et à leurs mères l'éventail complet de soins de santé infantile et de santé génésique de la mère¹⁰, en lien avec les services de soins de prévention et de traitement des infections par le VIH. En outre, les services de santé devraient s'efforcer de prévenir l'infection VIH chez les femmes dont les tests sérologiques VIH étaient négatifs avant l'accouchement, tout particulièrement pendant la période d'allaitement au sein.
- Les autorités devraient veiller à ce que la gamme des interventions mentionnées ci-dessus soit disponible et que les conditions décrites dans les directives et recommandations en vigueur¹¹ soient remplies, avant d'envisager de fournir gratuitement une alimentation de substitution.
- Les gouvernements et les donateurs devraient œuvrer davantage et fournir beaucoup plus de ressources pour la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et le Cadre d'actions prioritaires concernant le VIH et l'alimentation de l'enfant, afin de prévenir efficacement les infections postnatales par le VIH, d'augmenter le taux de survie sans VIH et d'atteindre les objectifs fixés par l'Assemblée générale de l'ONU lors de sa session extraordinaire.

¹⁰ Voir : OMS. Les antirétroviraux pour le traitement des femmes enceintes et la prévention de l'infection des nourrissons par le VIH dans les pays à ressources limitées. Genève, 2006. OMS. Rapport sur la santé dans le monde: Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant, Genève, 2005

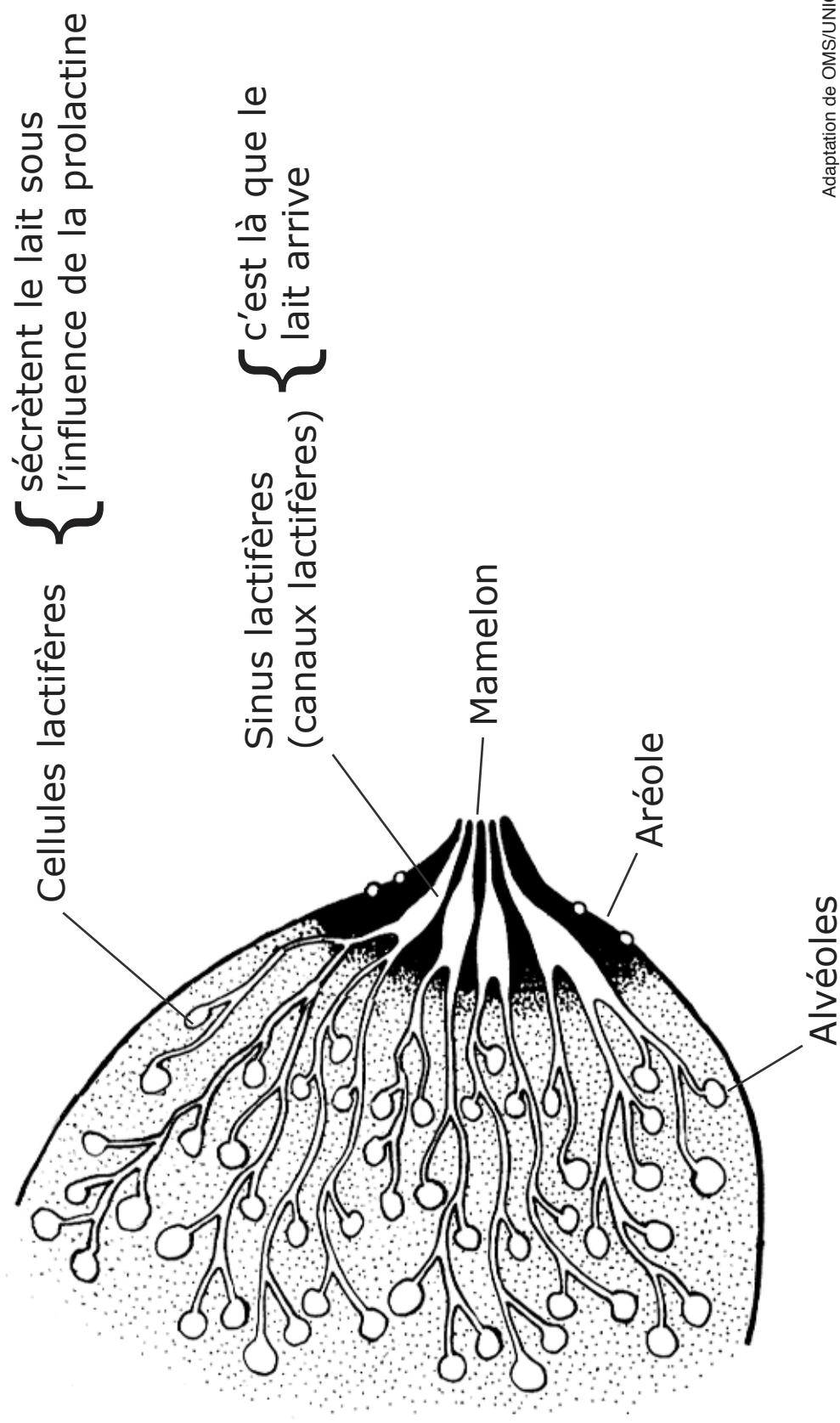
¹¹ Voir http://www.who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/HIV_infant.htm

Supports pédagogiques à projeter ou à reproduire au tableau

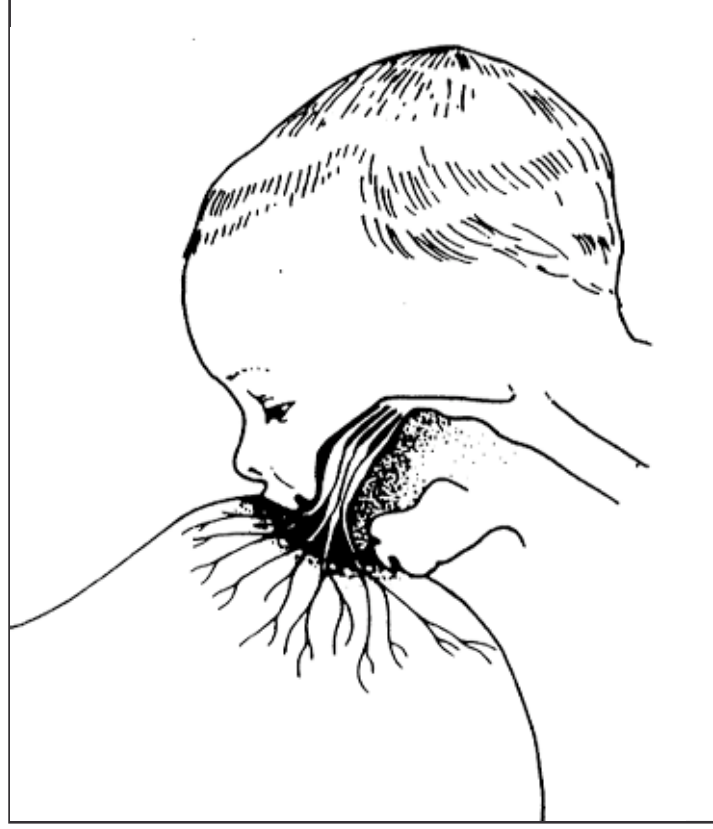


Kent Page, UNICEF, RDC, 2003



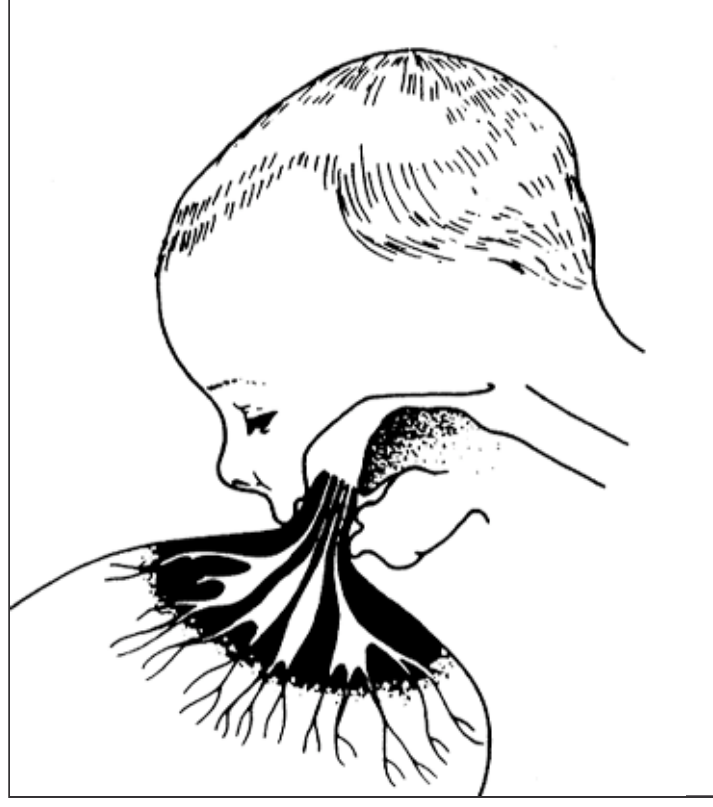


1



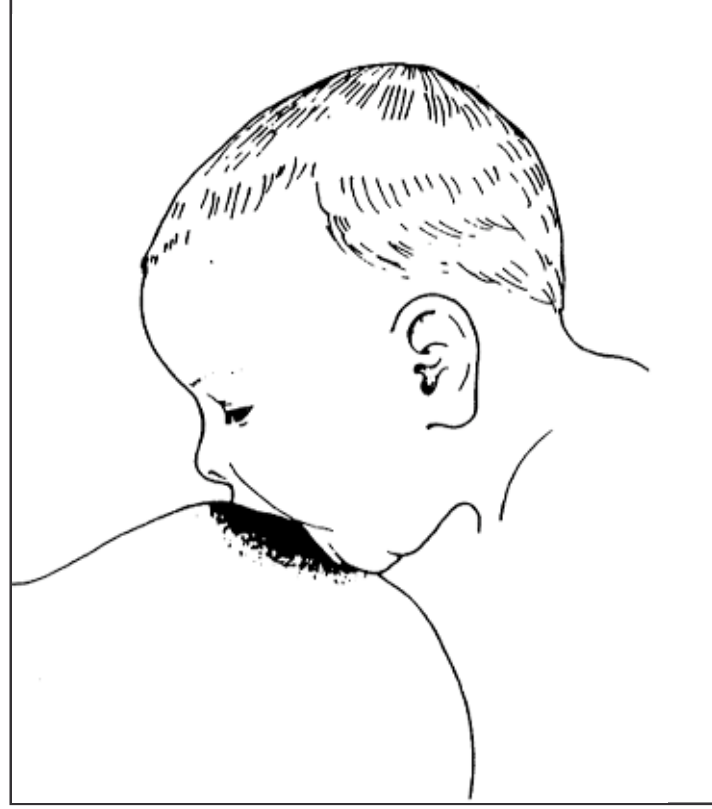
Bonne prise

2



Mauvaise prise

1

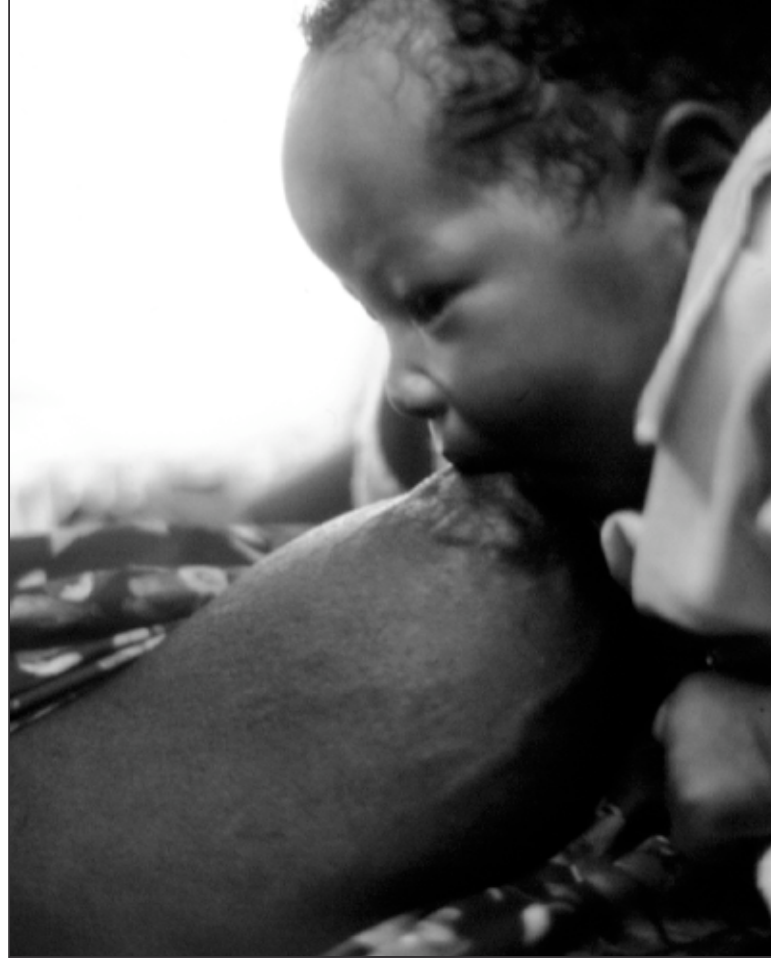


2



Aréole, bouche, lèvre inférieure, menton

1



2



1



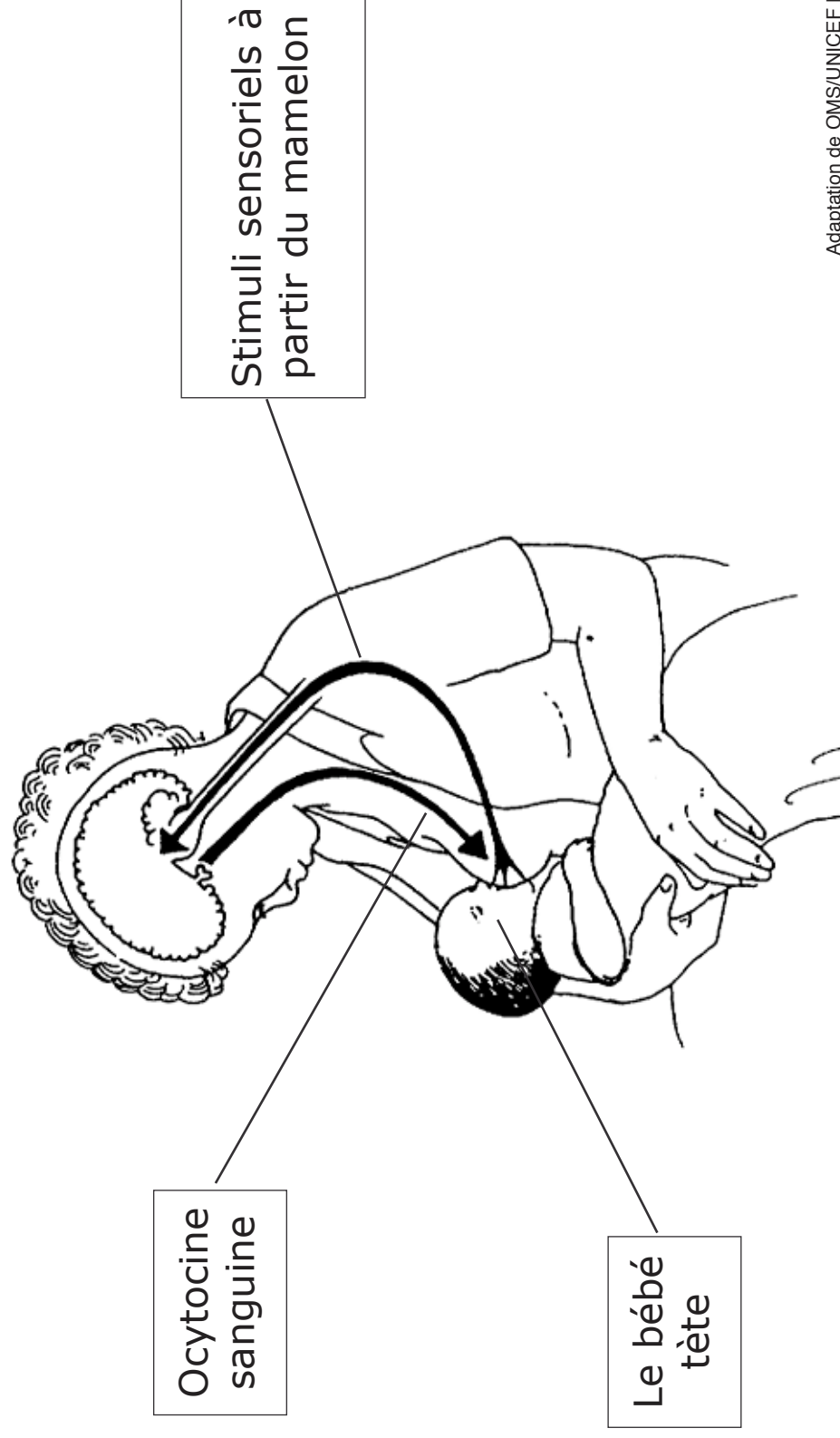
2



La production de lait : le réflexe ocytocique

IFE2/6

Agit AVANT ou PENDANT la tétée pour provoquer la production de lait.



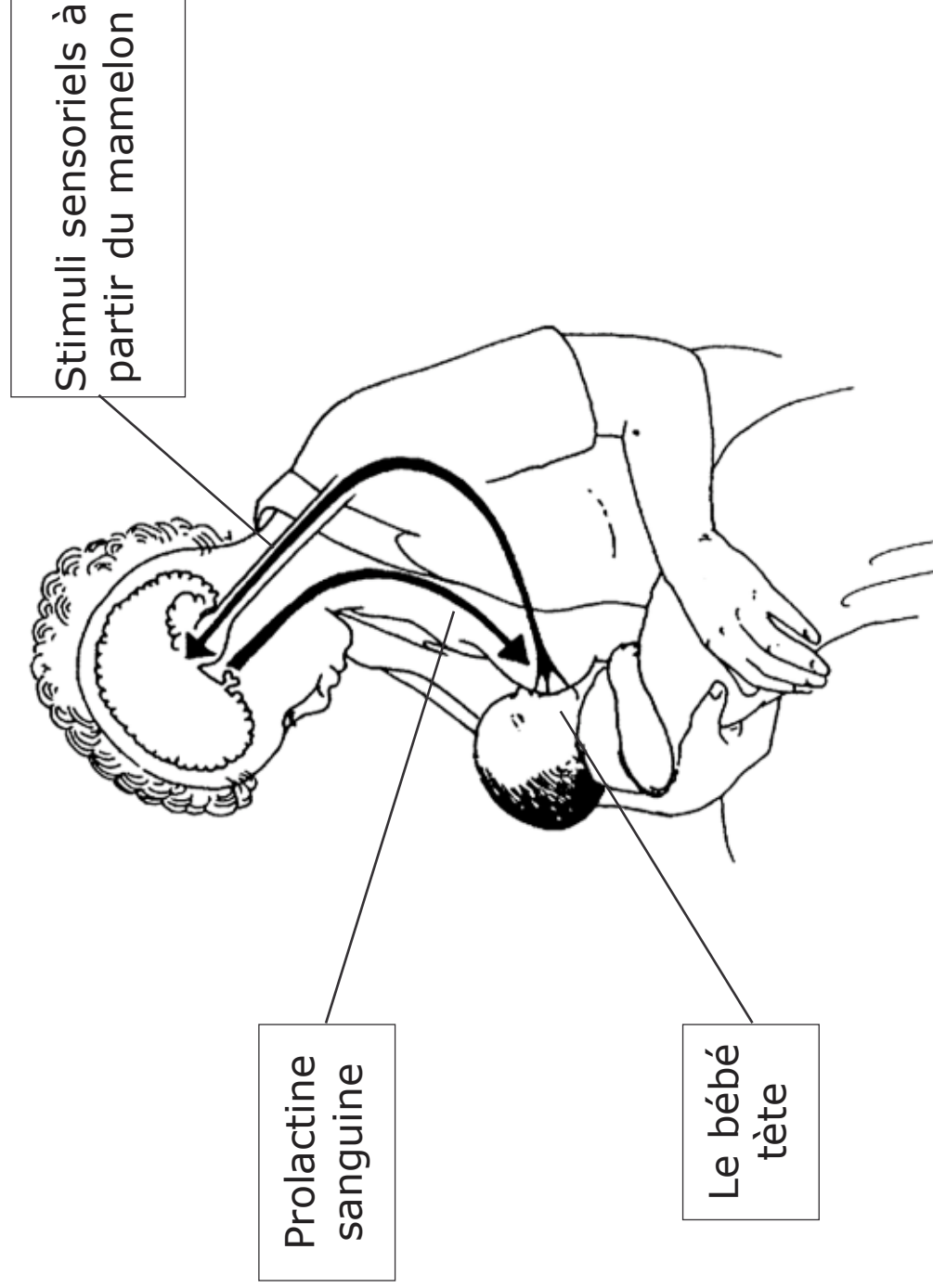
Une compagnie et une protection aident à avoir du lait IFE2/7



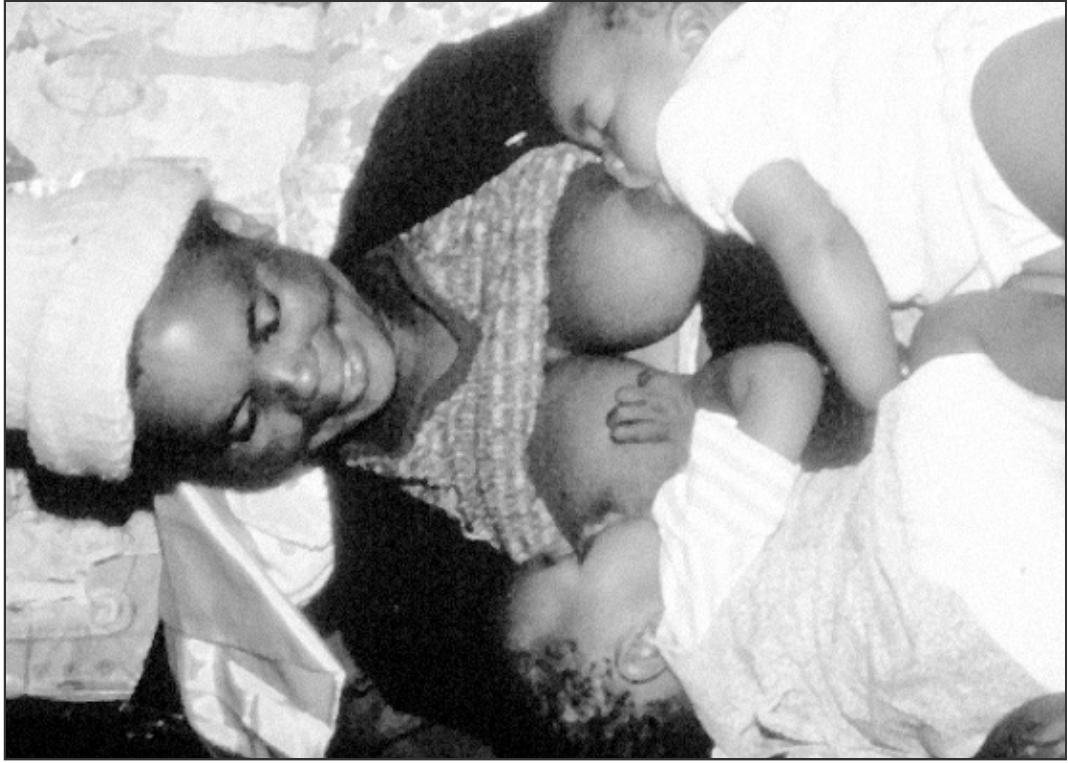
Janet Griffin/Nepal, from IFE, WEMOS/BFAN

La production de lait : le réflexe dû à la prolactine

IFE2/8



L'allaitement au sein de jumeaux : Swaziland et Angola IFE2/9



By F. Savage, Swaziland



Mary Lungaho, Cubal, Angola



Une nutrition adaptée



Des services de maternité efficaces

© Joyce Kelly (ENN) 2001



Une aide et un soutien social permanents



Des services de santé adaptés

Sierra Leone, 2001

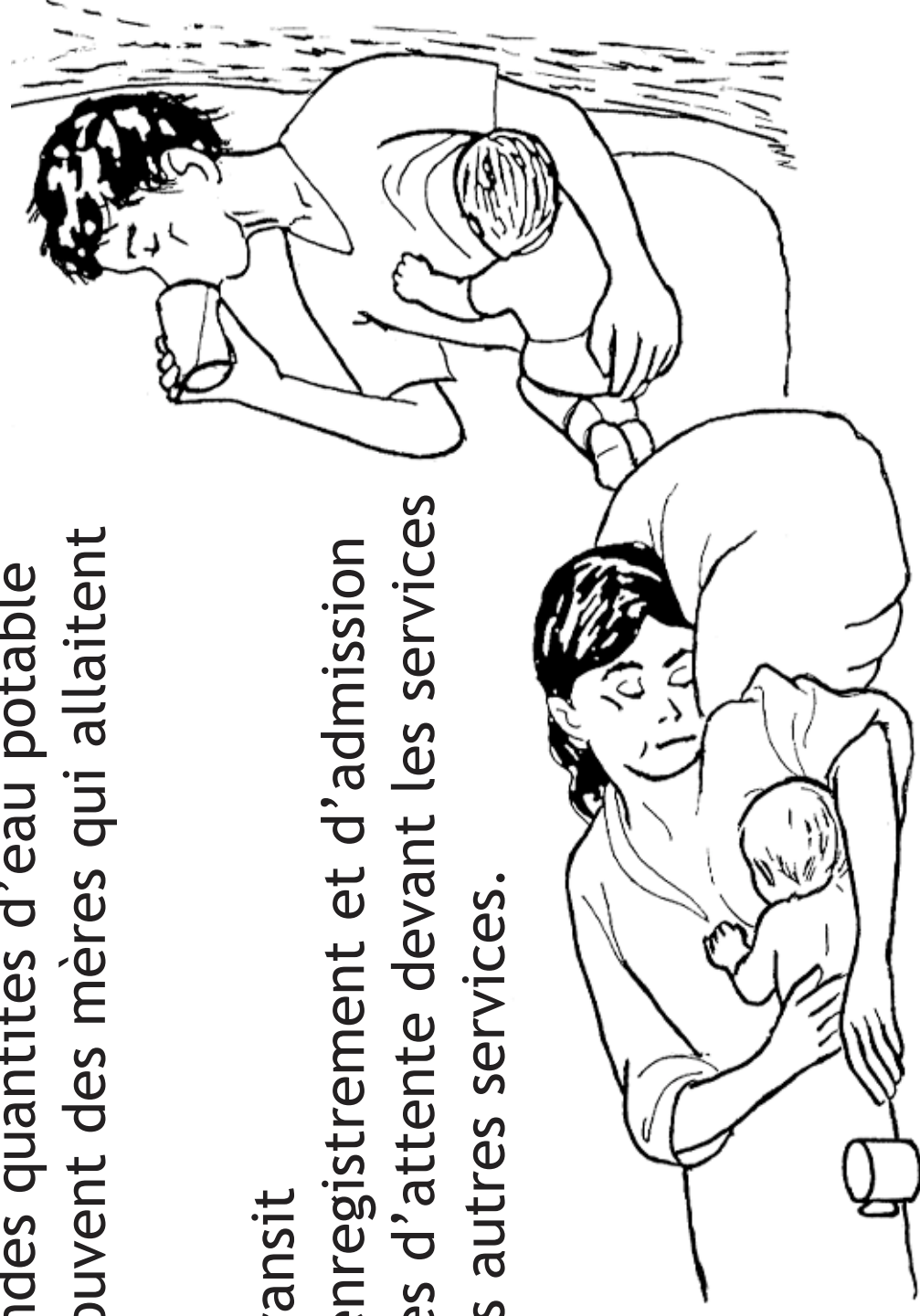


Nourrir la mère et la laisser nourrir son enfant

Faire un suivi du poids et de la production d'urine.
Il faudra peut-être donner au bébé du lait de supplément à la tasse le temps que la production de lait de sa mère reprenne.

Apporter de grandes quantités d'eau potable partout où se trouvent des mères qui allaitent au sein dans :

- les zones de transit
- les centres d'enregistrement et d'admission
- les longues files d'attente devant les services de santé ou les autres services.

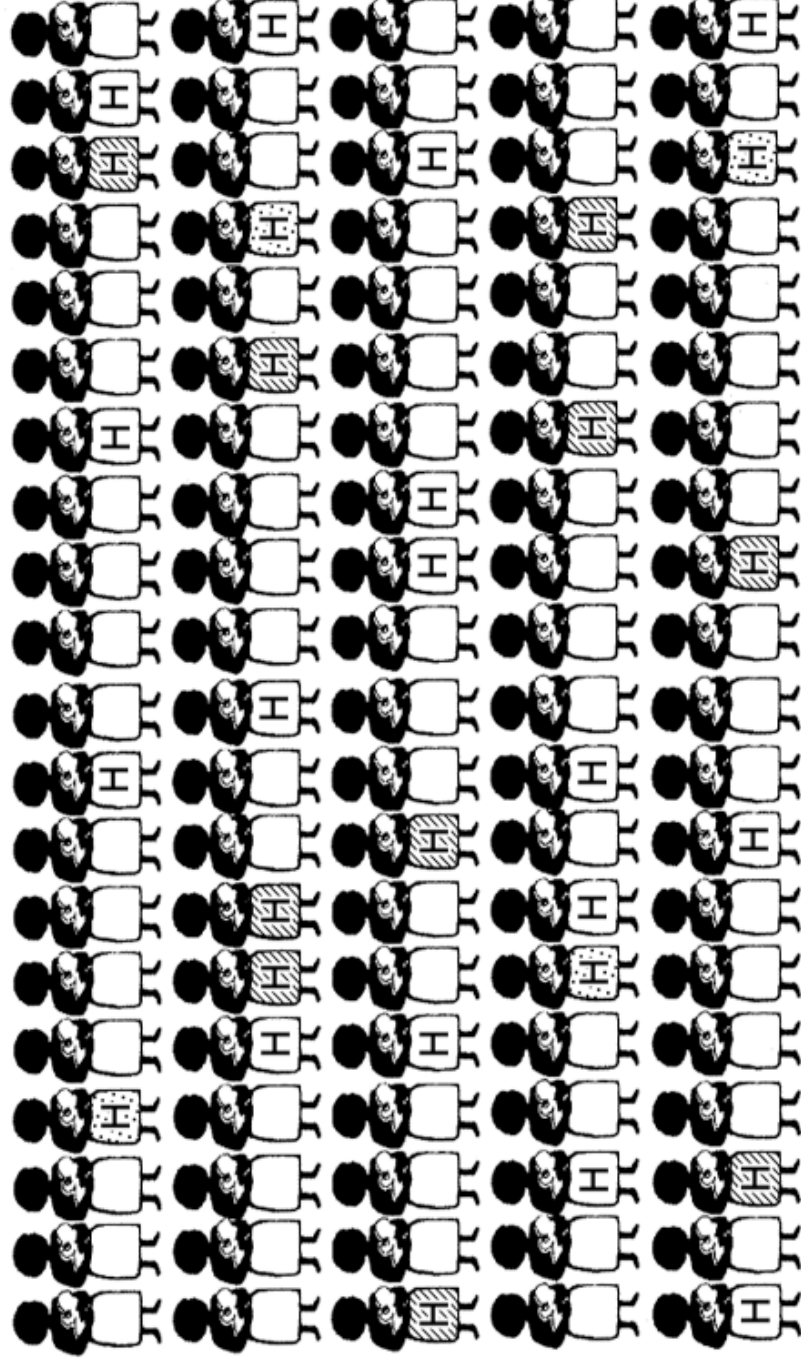


Contact peau à peau tout de suite après la naissance IFE2/13




Un nouveau-né montre qu'il est prêt à téter et cherche activement le sein.
Il est en contact peau à peau avec sa mère.
Ensemble la mère et le bébé se tiennent chaud.

Si 100 femmes allaitent au sein dans un contexte de prévalence du VIH IFE2/14



ONUSIDA/UNICEF/OMS,
HIVC, 2000

H = 30 de ces femmes sont séropositives au VIH et ne sont pas dépistées.

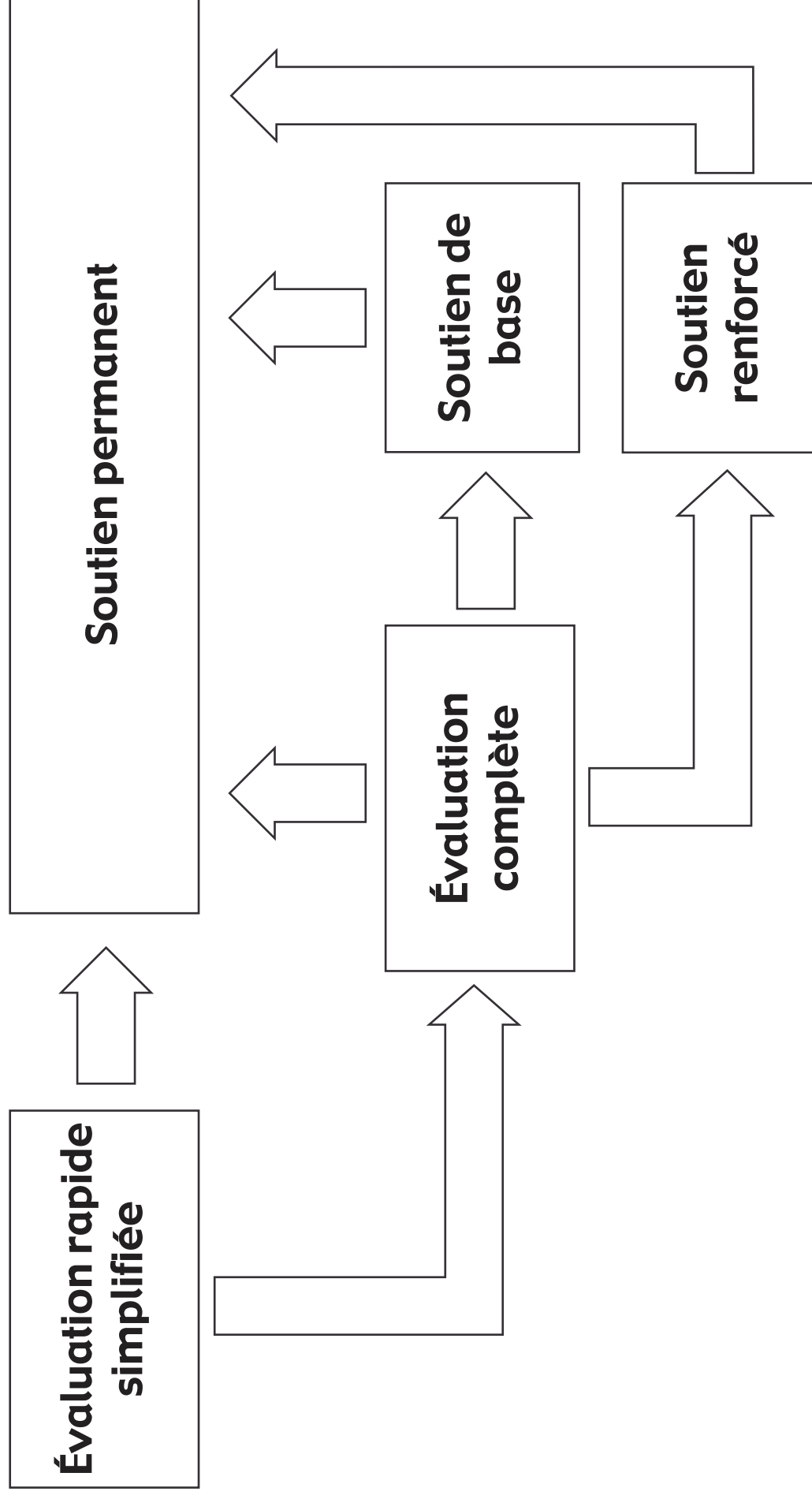
 = 10 des femmes positives au VIH transmettent le virus avant/à la naissance
 = 4 des femmes positives au VIH transmettent le virus par le lait maternel.

- lutter contre l'isolement
- donner de l'intimité lorsque c'est nécessaire culturellement
- encourager une alimentation adaptée à l'âge
- éduquer la famille et les membres de la communauté
- éviter tous les messages contradictoires
- écouter
- donner confiance



Pour décider quelles sont les personnes à aider

IFE2/16



Questions:

4. Le bébé arrive-t-il à téter le sein ?
5. Avez-vous d'autres difficultés liées à l'allaitement au sein ?

Motifs de transfert pour une évaluation complète:

- Le bébé n'arrive pas à téter
- La mère a d'autres difficultés liées à l'allaitement au sein
- La mère demande des substituts du lait maternel.

Étudier:

6. Si le bébé est très maigre
7. S'il est léthargique, peut-être malade

Motifs de transfert pour une évaluation complète:

- Le bébé est très maigre
- Il est léthargique, peut-être malade

Évaluation complète, étape 1: observation d'une tétée au sein

IFE2/20

- **Prise du sein**
 - aréole, partie visible plus importante au-dessus
 - bouche grand ouverte
 - lèvres inférieure retournée vers l'extérieur
 - menton près du sein ou collé au sein
 - pas de douleur ou de gêne au sein
- **Le bébé tète bien**
 - Il prend des gorgées lentes, profondes et fait parfois des pauses
 - On peut l'entendre et le voir déglutir
- **La mère est confiante**
 - Elle apprécie le moment, elle est détendue (elle ne change pas la position du bébé ou de son sein)
 - On voit qu'elle entre en relation positive avec son nourrisson (elle le caresse, ils se regardent, ils se serrent doucement l'un contre l'autre)
- **Comment se termine la tétée**
 - Le bébé se détache du sein de lui-même (il n'en est pas détaché par sa mère)
 - Le bébé a l'air détendu et satisfait et ne s'intéresse plus au sein
 - La mère laisse son sein accessible pour son bébé ou lui propose l'autre sein.

Allaitement au sein ? oui non combien de fois par jour ? _____ Par nuit ? _____

Utilisation d'une sucette ? oui non

Autres boissons et aliments ? oui non

Quelles boissons ? _____ Données par quel moyen ? _____

Combien de fois par jour ? _____

Quelle sorte d'aliments pris à la maison ? _____

Combien de fois par jour ? _____

Idées et inquiétudes quant à l'alimentation ; comment la mère/la personne qui s'occupe du bébé a-t-elle pris sa décision ?

Comment la mère/la personne qui s'occupe du bébé se sent-elle physiquement et émotionnellement ?

Souhait éventuel d'avoir plus de lait ou de mettre en route une relactation ? oui non

Ce transparent résume les sujets à aborder lorsque vous recueillez des informations auprès de la mère ou de la personne qui s'occupe du bébé. Mais il ne peut pas donner de méthode pour poser des questions ouvertes, écouter attentivement et être sensible à ce que disent toutes les femmes en fonction de leur culture et de leurs sentiments.

Un soutien approprié rétablit l'allaitement maternel IFE2/22 et la croissance du bébé



Ella à quatre semaines



Ella à quatre mois

Étape 1 : s'assurer que le bébé tète efficacement

- améliorer sa prise du sein
- aider à lui donner une meilleure position, si nécessaire
- éviter les distractions
- supprimer les éléments qui empêchent le bébé de bien téter le sein (biberons, sucettes)

Étape 2 : aider la mère à prendre de l'assurance et aider à l'écoulement du lait

- encourager les contacts peau à peau, les interactions par le regard
- adopter des comportements bienveillants, rassurants, ne pas critiquer ni donner d'ordre
- féliciter la mère et le bébé
- donner à la mère des encouragements et toutes les informations qui peuvent l'intéresser.
- l'aider à s'entourer de personnes chaleureuses avec qui elle pourra passer du temps.

Implique de commencer à donner des aliments de complément à l'âge de six mois

De six mois à l'âge de deux ans, les enfants doivent recevoir des aliments de complément adaptés tout en continuant à être fréquemment allaités au sein.



Brian Gleeson, CRS Angola

Étape 3 : augmenter la production de lait

- Encourager la mère à laisser le bébé téter fréquemment.
- Expliquer comment laisser le bébé téter plus longtemps à chaque tétée.
- Aider la mère à avoir suffisamment d'eau à boire (l'intervention de soutien garantit que la mère reçoit une alimentation suffisante)
- Supprimer les éléments qui empêchent le bébé de bien téter le sein ; réduire les aliments de supplément de 30 à 60 ml par jour.

Étape 4 : encourager une alimentation adaptée à l'âge

- Si nécessaire, aider la mère à rétablir un allaitement maternel exclusif jusqu'à ce que son bébé ait six mois.
- Si des suppléments nutritionnels au lait sont nécessaires, lui apprendre à les donner au bébé à la tasse et non au biberon.
- Montrer à la mère comment préparer et donner des aliments de complément adaptés à partir de l'âge de six mois.

Si un bébé peut :

- **suçer** (ou laper du lait avec la langue) et
- **déglutir,**

il peut être nourri avec n'importe quelle tasse ouverte.



Adapté de UNICEF BFHI News

L'utilisation des biberons multiplie les risques de maladie.



F. Savage / Philippines & Royaume-Uni

Le lait doit juste toucher les lèvres du nourrisson.

La personne qui s'occupe du nourrisson ne doit pas verser le lait dans la bouche du nourrisson.

Le nourrisson prend le lait avec sa bouche et suçote ou prend de petites gorgées.

Alimentation à la tasse d'un nourrisson ayant un faible poids de naissance

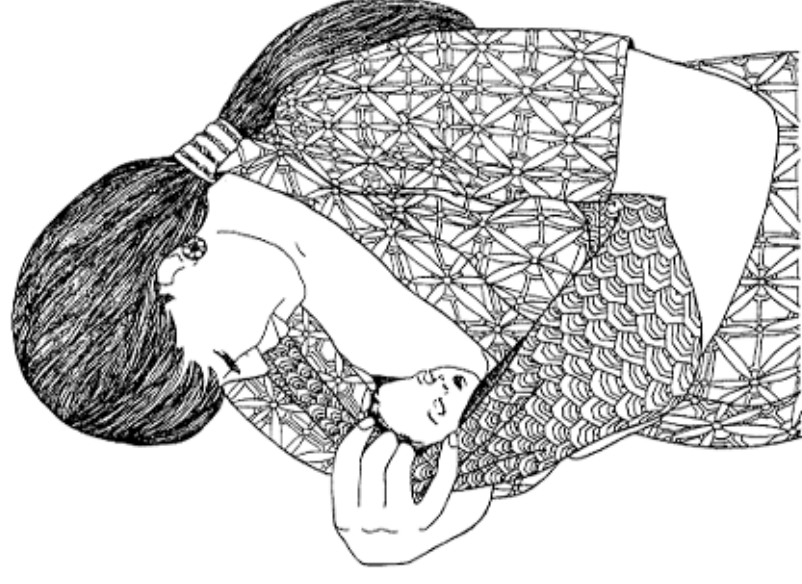
Au Kenya, une mère donne son propre lait, qu'elle vient d'exprimer, à son nourrisson né avec un faible poids de naissance. Dans cette maternité, les mères s'entraident pour apprendre à exprimer leur lait manuellement et à nourrir leur nourrisson à la tasse jusqu'à ce qu'il soit prêt à téter.

Lorsqu'ils sortent, les nourrissons sont allaités exclusivement au sein.





Pour réduire les déperditions de chaleur lorsqu'il fait très froid, couvrir la tête du nourrisson avec un bonnet ou avec le tissu utilisé par la mère.



Le nourrisson est gardé en contact peau à peau complet avec sa mère jour et nuit, et il est nourri au sein aussi souvent que le permet son état de santé.

La méthode kangourou aide à améliorer le lien

IFE2/30

Les mains du nourrisson doivent être libres pour qu'il puisse les garder au chaud ou les sortir.

C'est de cette façon que les nourrissons kangourous peuvent réguler leur température.



UNICEF/HQ94-0632/Dora Gutierrez

Une aide nécessaire au rétablissement

Le stress, les traumatismes, le chagrin ou les violences sexuelles n'empêchent pas une mère d'avoir du bon lait, mais elle aura besoin de soins qui lui permettront de retrouver son équilibre émotionnel.

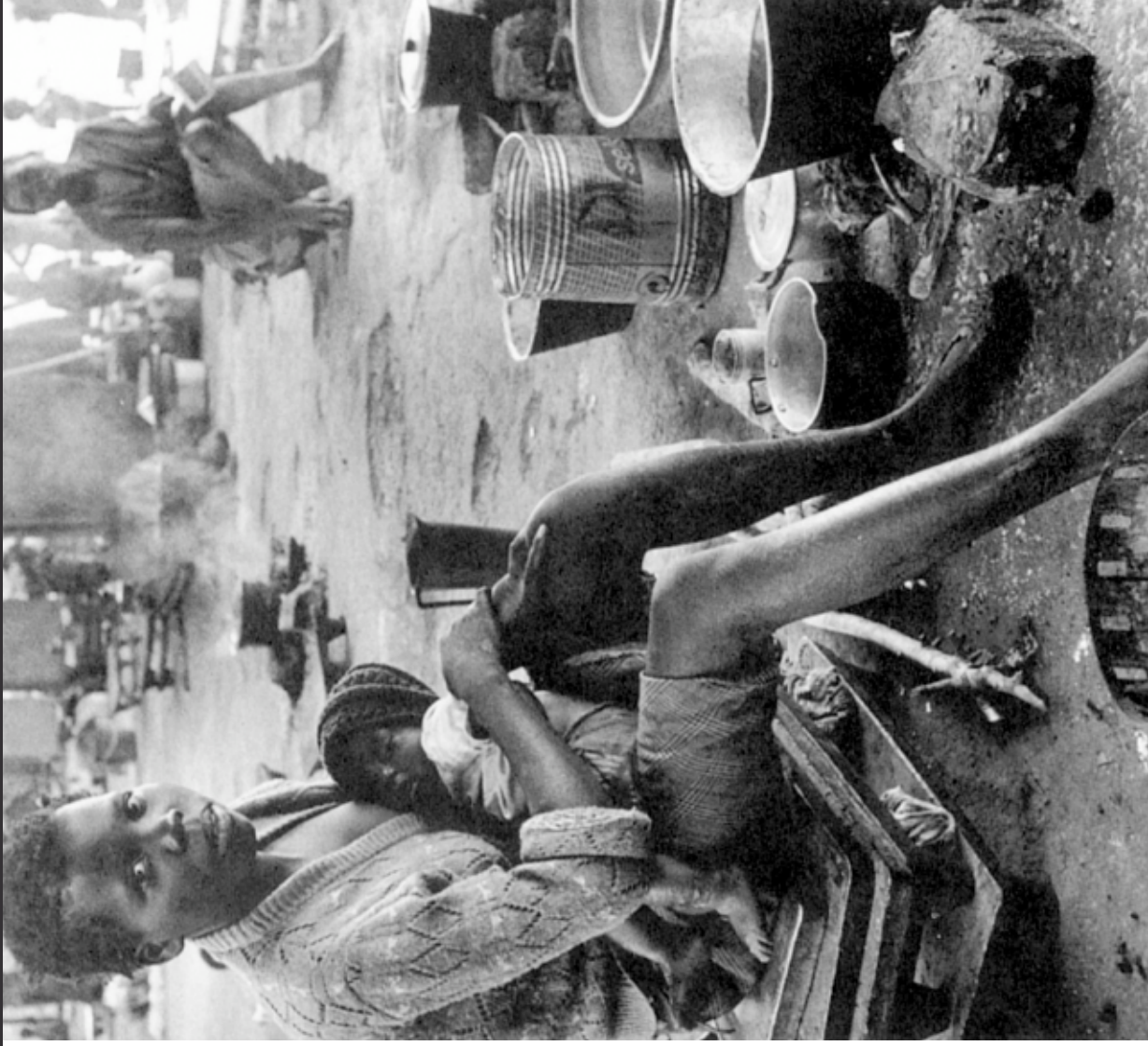


IFE2/31

Une aide nécessaire au rétablissement, UNHCR/Soudan/S.Sparre-Ulrich/10068

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

IFE2/32



UNHCR/C. Sattlberger. From WHO, Reproductive health during conflict and displacement. 2000

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.

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 d'alimentation :

- le bébé est nourri à la tasse, et prend la plus grande partie du lait
- le bébé est nourri au biberon, avec une tétine artificielle
- le bébé est nourri par une autre méthode : _____

Relation et fin de la tétée :

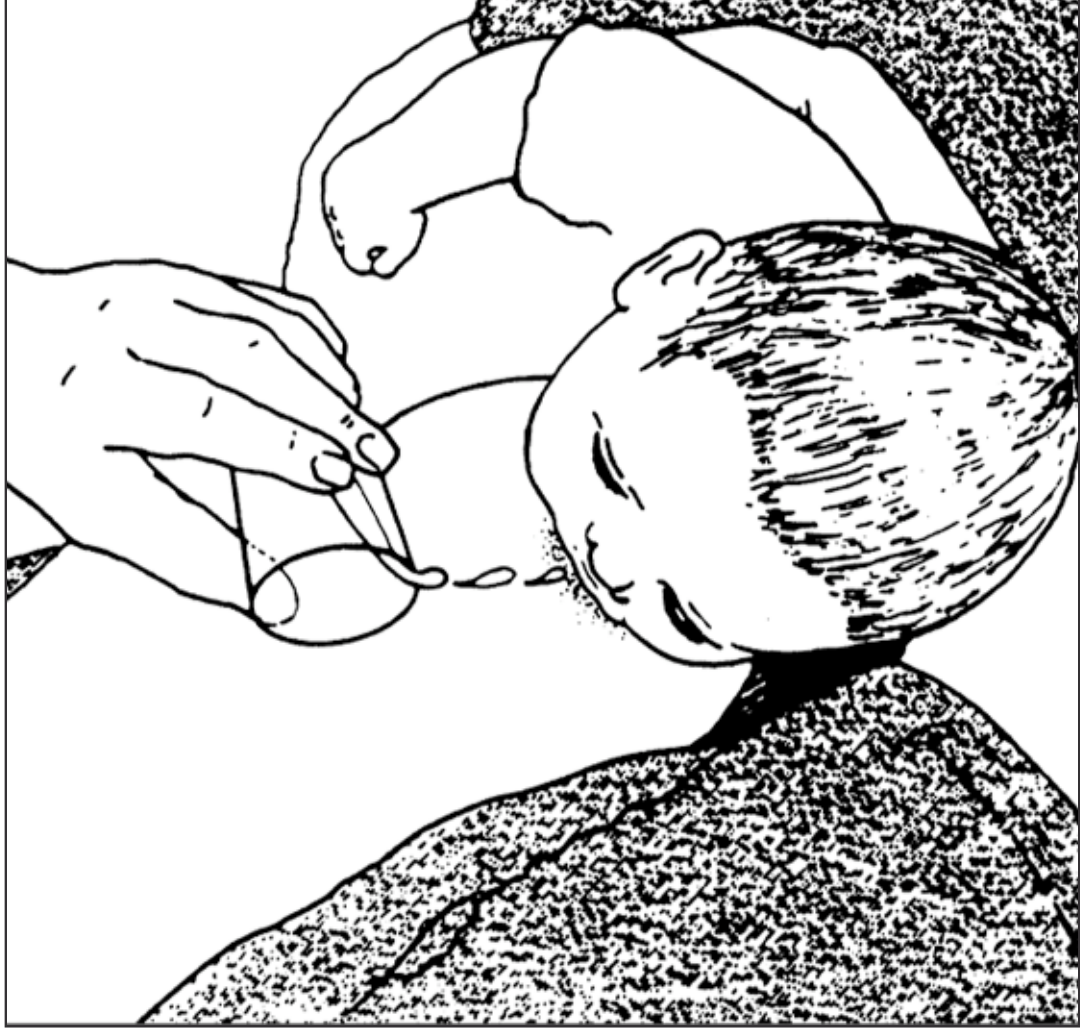
- le bébé est tenu dans les bras pendant la tétée
- la personne qui s'occupe du nourrisson a une relation tendre avec lui pendant la tétée
- le bébé finit le lait
- aucun reste du biberon n'est gardé pour être donné plus tard au nourrisson

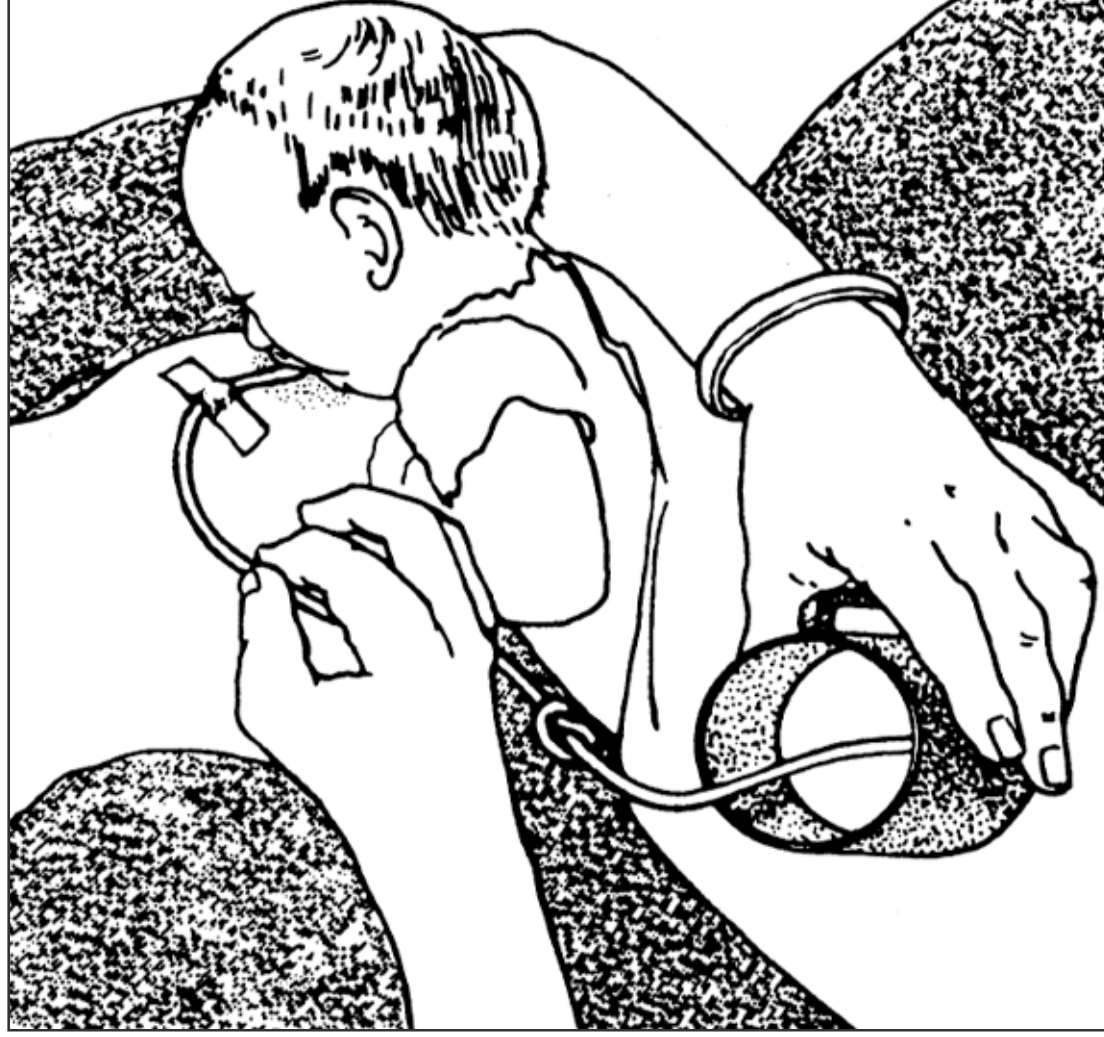
Bonne quantité de lait :

- nombre de tétées et quantité de lait correctes pour le poids et l'âge du bébé

Alimentation adaptée à l'âge :

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





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

IFE2/37





Le groupe sectoriel nutrition du comité permanent inter-agences a financé la mise à jour de la version anglaise et sa traduction en français. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a financé la première impression du module en version française.