

# 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](http://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](mailto:office@enonline.net) ; [ife@enonline.net](mailto: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](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/enfant .....31**

3.1 Deux formes d’évaluation.....31

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

3.3 Évaluation complète de l’alimentation infantile .....36

**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**

<b>A</b>	<b>Interventions pour l'alimentation infantile à l'échelle d'une population.....</b>	<b>96</b>
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>B</b>	<b>Aide aux personnes qui s'occupent des nourrissons non allaités au sein .....</b>	<b>100</b>
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
<b>C</b>	<b>L'alimentation des nourrissons en institution .....</b>	<b>110</b>
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

<b>Annexe 1</b>	Résumé sur allaitement et traitement médical de la mère.....	118
<b>Annexe 2</b>	Comment nourrir un bébé à la tasse.....	119
<b>Annexe 3</b>	Expression manuelle du lait maternel.....	121
<b>Annexe 4</b>	Calcul des besoins en préparation pour nourrissons aux premiers stades d'une urgence .....	123
<b>Annexe 5</b>	Calcul des besoins quotidiens et mensuels en substituts du lait maternel... ..	124
<b>Annexe 6</b>	Exercice sur le cadre logique de l'alimentation artificielle au niveau d'une population.....	125
<b>Annexe 7</b>	Guide des laits et recettes de préparation des substituts du lait maternel.....	127
<b>Annexe 8</b>	Comment nourrir un bébé au biberon.....	129
<b>Annexe 9</b>	Dix étapes pour préparer sans risque un biberon de substitut du lait maternel.....	130
<b>Annexe 10</b>	Autres méthodes de stérilisation.....	131
<b>Annexe 11</b>	Principes de l'alimentation de complément des enfants allaités au sein... ..	132
<b>Annexe 12</b>	Alimentation de l'enfant non nourri au sein entre 6 et 24 mois.....	134
<b>Annexe 13</b>	Les aliments (dont le lait maternel et les préparations pour nourrissons) utilisables pour l'alimentation thérapeutique des nourrissons de moins de 6 mois.....	136
<b>Annexe 14</b>	Les coins allaitement maternel.....	138
<b>Annexe 15</b>	Document OMS/TALC sur la prise en charge des cas de malnutrition sévère.....	139
<b>Annexe 16</b>	Alimentation lactée thérapeutique pour la réalimentation initiale dans la phase de stabilisation des nourrissons allaités au sein et non allaités au sein .....	141
<b>Annexe 17</b>	Alimentation lactée thérapeutique dans la phase de transition pour les nourrissons non allaités au sein.....	143
<b>Annexe 18</b>	Alimentation lactée thérapeutique dans la phase de rattrapage de croissance pour les nourrissons non allaités au sein .....	145
<b>Annexe 19</b>	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](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](mailto:ABDALLAF@unhcr.org) ou [HQTS01@unhcr.org](mailto: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](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

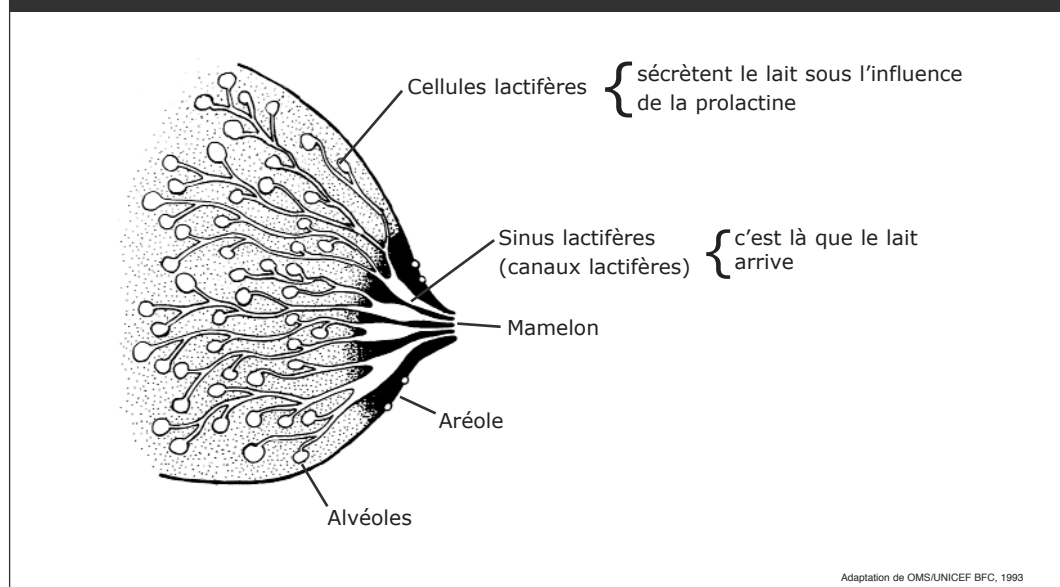
## 1.1 Pour bien téter

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 suçote<sup>1</sup> seulement le mamelon.

<sup>1</sup> Suçoter et téter sont deux actions différentes.

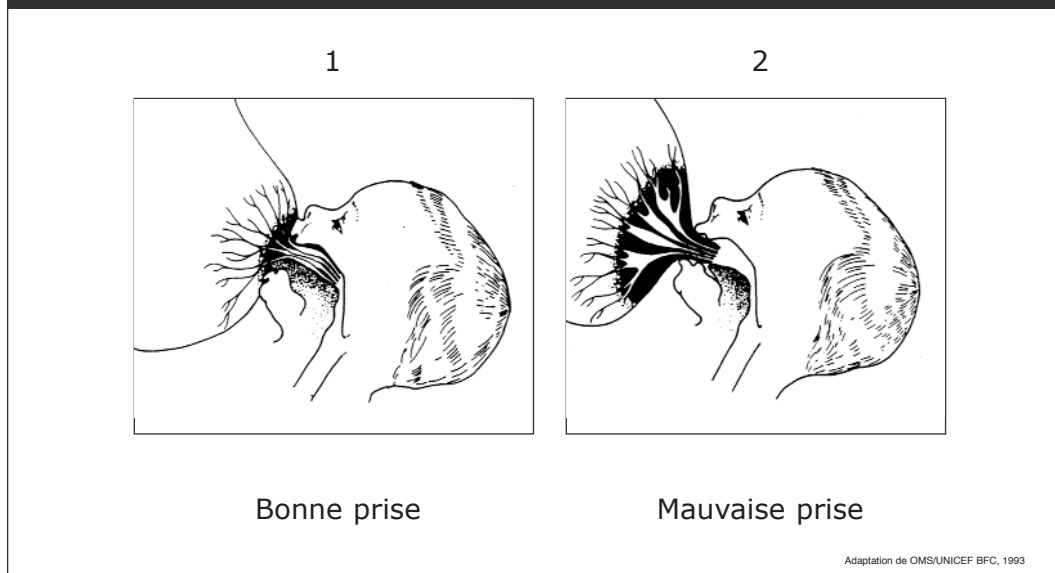
**Bonne et mauvaise prise du sein**

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

IFE 2/2

Dans 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.

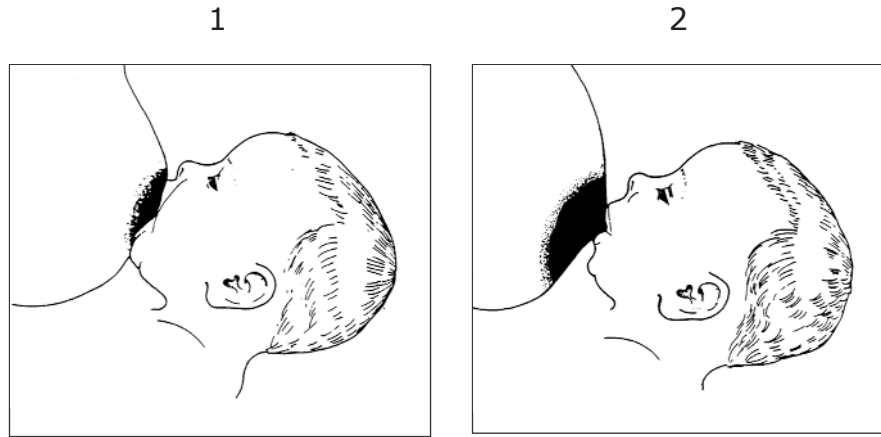
**Comment savoir si un nourrisson prend bien ou mal le sein**

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, lèvre inférieure, 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.

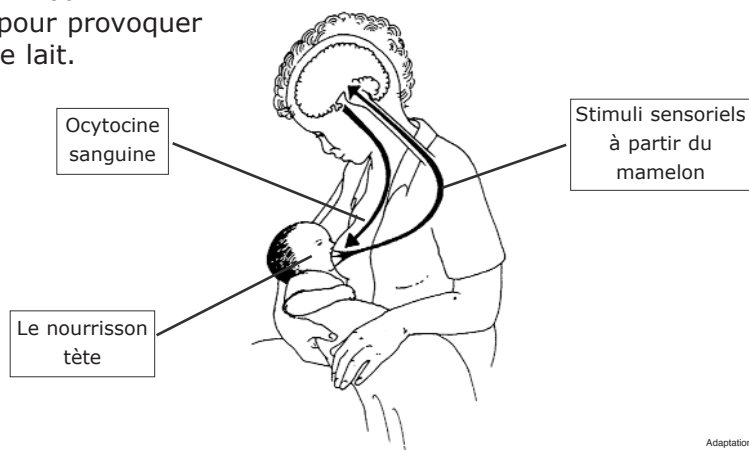
Les seins d'une mère qui allaite ne sont jamais complètement vides. En permanence du lait est produit et stocké dans le sein.

IFE 2/6

Le flux de lait : le réflexe ocytocique

IFE 2/6

Agit AVANT ou PENDANT la tétée pour provoquer l'afflux de lait.



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 :

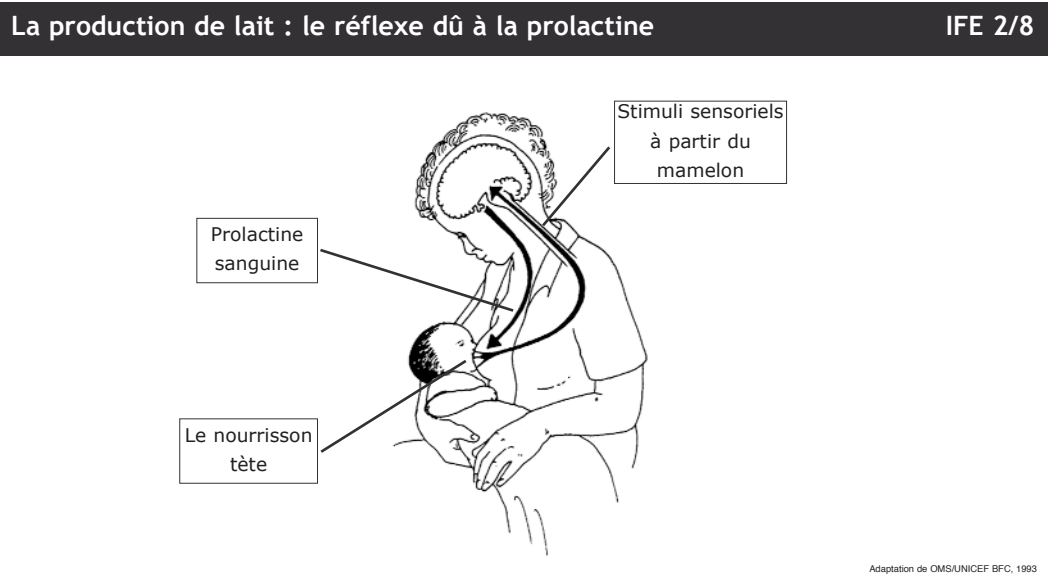
- être encourageants et aider la mère à avoir confiance en elle, et
- aider la mère à trouver d'autres femmes qui vont elles aussi l'encourager et la rassurer.

### 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).

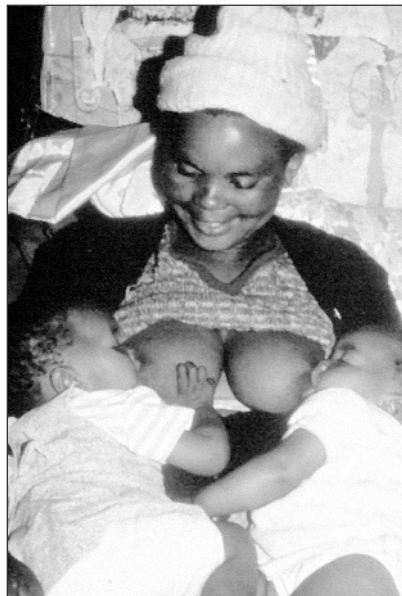
D'autres éléments ont une influence sur la quantité de lait que le bébé peut recevoir :

- 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



By F. Savage, Swaziland



Mary Lungano, Cubal, Angola

### 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).

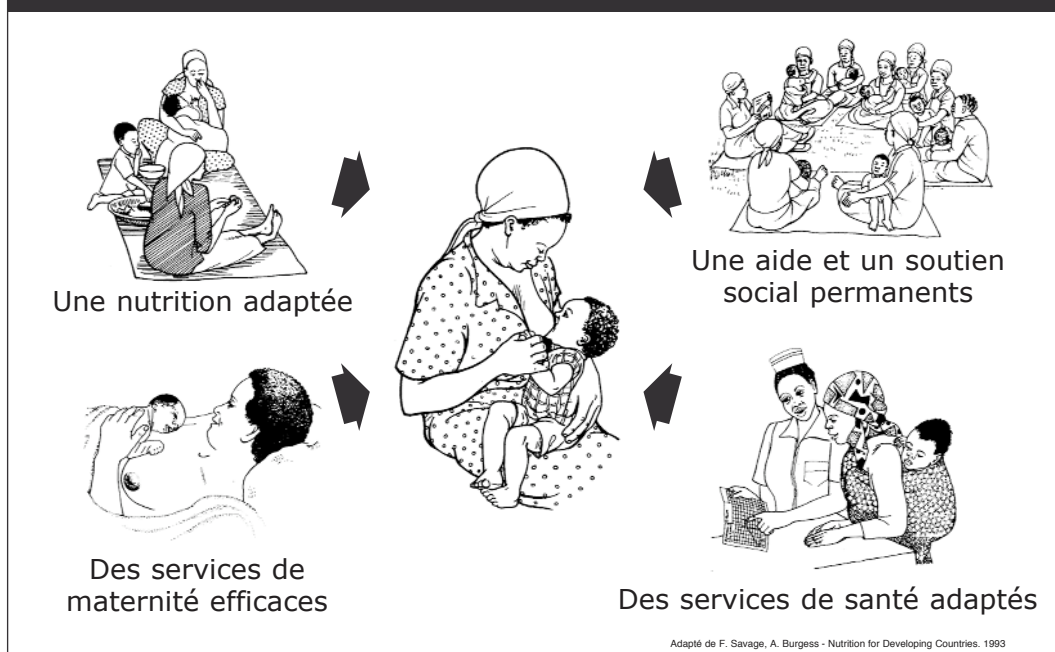
Pour pouvoir assurer une succion efficace, un bon flux de lait, avoir confiance, avoir une production de lait adéquate et assurer une alimentation adaptée à l'âge de son enfant, chaque femme allaitante a besoin des quatre éléments de soutien suivants :

- 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 générale<sup>2</sup> 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.

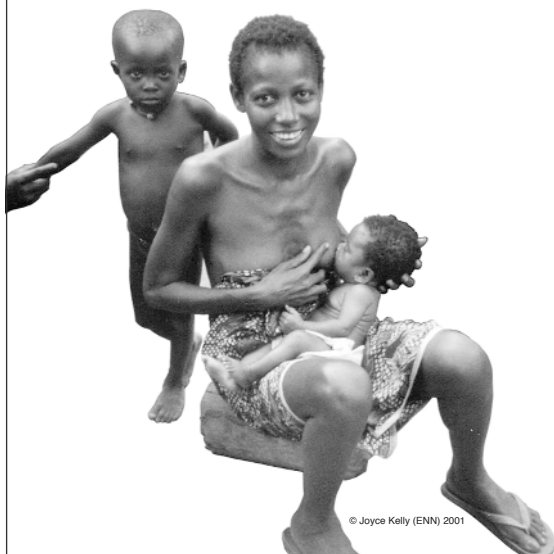
Si son alimentation reste inadaptée pendant une longue période, son lait risque d'être moins riche en vitamines et en graisse car ses propres réserves corporelles seront épuisées.

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.

<sup>2</sup> 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](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

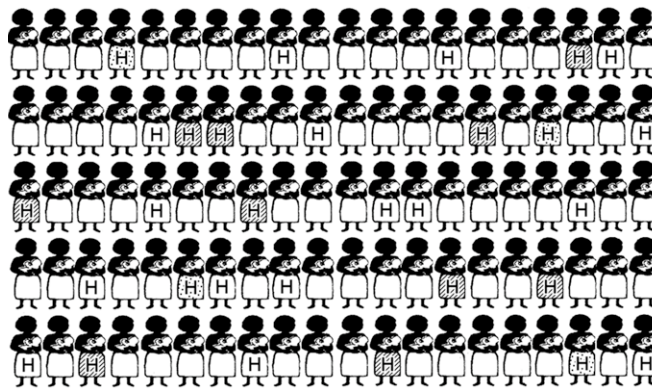
Lorsqu'une mère est positive au VIH (infectée par le VIH), le choix du type d'alimentation de son nourrisson implique de comparer les risques de transmission du VIH liés à l'allaitement au sein et les risques dus au fait de ne pas allaiter au sein.

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 plus<sup>3</sup>. 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 nourrisson<sup>3</sup>. 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

<sup>3</sup> 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

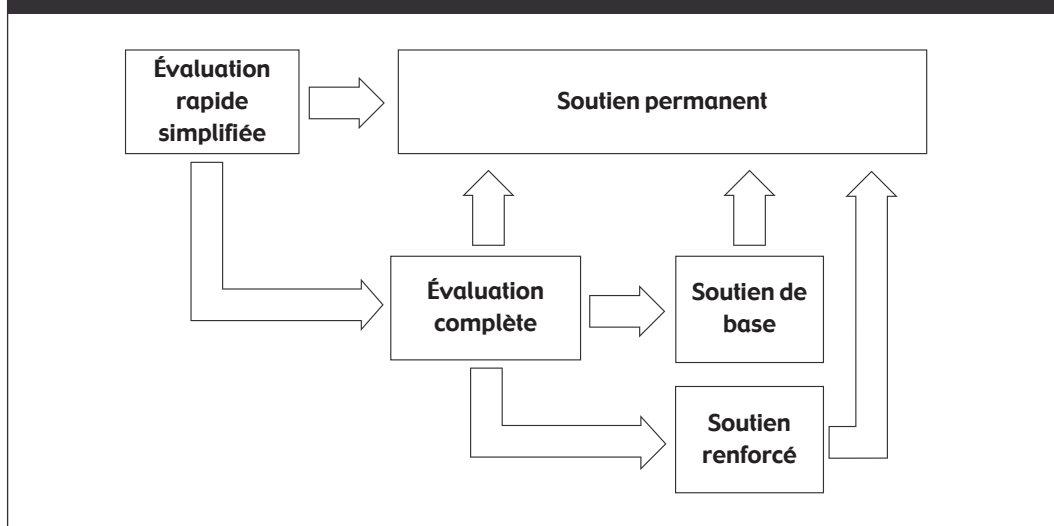
Deux méthodes sont possibles pour évaluer l'alimentation des enfants de 0 à 2 ans :

- 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

<b>Évaluation rapide simplifiée : alimentation adaptée à l'âge du nourrisson</b>		IFE 2/17
<b>Questions:</b>		
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 ?		
<b>Motif de transfert pour une évaluation complète :</b>		
• 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.

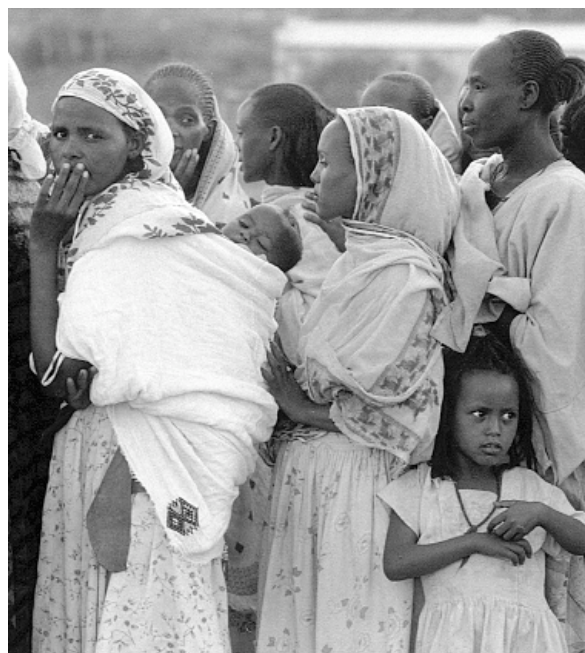
Faire en sorte que l'évaluation rapide simplifiée reste simple. Se rappeler que l'on n'a pas besoin de connaître tous les détails de l'alimentation à ce stade, et que l'on ne doit pas encore donner d'indications.

### 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.



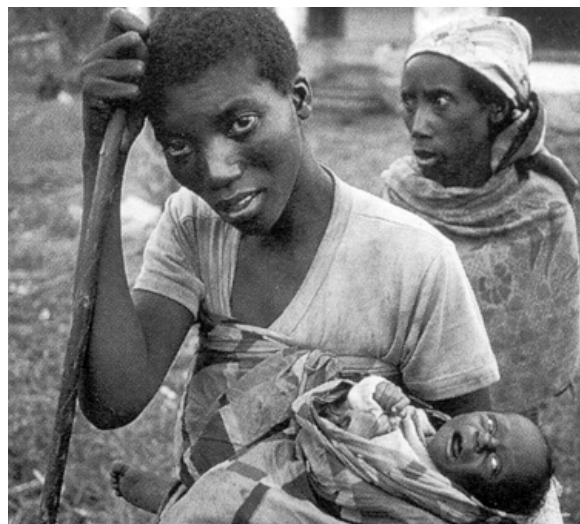
#### 2. Une mère découragée, Kladanj, Bosnie (1995)

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.

- |                                    |  |
|------------------------------------|--|
| <b>Prise du sein</b>               | <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   |
| <b>Le nourrisson tète bien</b>     | <input type="checkbox"/> gorgées lentes, profondes, et parfois des pauses  |
|                                    | <input type="checkbox"/> déglutition audible et visible  |
| <b>La mère est confiante</b>       | <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)    |
| <b>Comment se termine la tétée</b> | <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'allait 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.

<b>Formulaire d'exercice pour l'évaluation complète</b>	
<b>Étape 2 : enregistrement des réponses</b>	
Allaitement au sein ?	oui ___ non ___
Combien de fois par jour ? _____	Par nuit ? _____
Utilisation d'une sucette ?	oui ___ non ___
<b>Autres boissons et aliments ?</b> 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 ? _____	
<b>Opinions de la mère, comment a-t-elle choisi ce type d'alimentation ?</b>	
_____	
_____	
<b>Comment la mère/la personne qui s'occupe du nourrisson se sent-elle physiquement/émotionnellement ? A-t-elle des inquiétudes ?</b>	
_____	
_____	
<b>Souhait éventuel d'avoir plus de lait ou de mettre en route une relactation ?</b>	
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 nécessaire<sup>4</sup>

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 :

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

<sup>4</sup> 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"> <li>• La mère est malnutrie ou malade</li> <li>• Le nourrisson est sévèrement malnutri : très maigre ou œdémateux (gonflé de fluide)</li> <li>• Le nourrisson n'arrive pas à téter, il est léthargique, peut-être malade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transfert urgent pour :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Traitement médical</li> <li>- Nutrition thérapeutique</li> </ul> </li> <li>• À l'hôpital ou dans le centre de nutrition thérapeutique :                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Évaluation complète</li> <li>- Soutien de base</li> <li>- Soutien renforcé à l'allaitement maternel (y compris à la relactation)</li> <li>- Possibilités d'alimentation artificielle (complément alimentaire temporairement)</li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La mère est traumatisée, en crise émotionnelle, elle rejette le nourrisson</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutien renforcé (aide au rétablissement)</li> <li>• Soutien de base</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le nourrisson présente des signes de maigreur ou de poids insuffisant (malnutrition légère ou modérée)</li> <li>• Le nourrisson refuse de téter mais il n'est pas léthargique ou malade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluation complète</li> <li>• Soutien de base</li> <li>• Soutien renforcé (pour aider le nourrisson à téter de nouveau ; pour faire augmenter la production de lait)</li> <li>• Possibilités d'alimentation artificielle (compléments alimentaires temporairement)</li> </ul> <p>Si le nourrisson a plus de 6 mois, également :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Amélioration de l'alimentation de complément</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La mère n'allait pas au sein</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutien renforcé (relactation - si la mère/personne qui s'occupe du nourrisson est intéressée)</li> <li>• Si la relactation n'est pas possible : possibilités d'alimentation artificielle</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Le nourrisson a du mal à prendre le sein et les mamelons sont plats</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soutien de base</li> <li>• Soutien renforcé (pour que le nourrisson prenne bien le sein, en lui donnant du lait maternel exprimé pendant la période d'apprentissage)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mamelons invaginés ou très gros</li> <li>• Douleur sévère ou persistante du mamelon</li> <li>• Seins douloureux, gonflés ou autre problème (engorgement, blocage des canaux, mastite)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soins médicaux</li> <li>• Autre soutien, décrit avec les problèmes de seins</li> </ul>

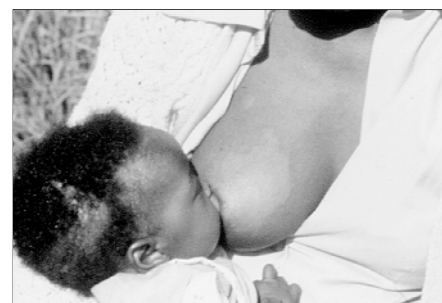
IFE 2/22

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 &amp; 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)<sup>5</sup>.

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.

<sup>5</sup> 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.

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.



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