

Institut universitaire
de médecine sociale et préventive
Lausanne

ALLAITEMENT MATERNEL
ET PROMOTION DE LA SANTE
EN SUISSE

Travail préparatoire à une prise de position de la
Fondation suisse pour la promotion de la santé
(Fondation 19)

Marie-France Raynault, Fred Paccaud

Citation suggérée :

Raynault MF, Paccaud F. Allaitement maternel et promotion de la santé en Suisse. Travail préparatoire à une prise de position de la Fondation suisse pour la promotion de la santé). Lausanne : Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2000 (Raisons de santé, 54)

Auteurs :

Marie-France Raynault¹, Fred Paccaud²

1 Unité de prévention, Institut universitaire de médecine sociale et préventive et Polyclinique médicale universitaire, Lausanne

2 Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne

Etude financée par :

Fondation suisse pour la promotion de la santé (Fondation 19)

Remerciements :

Les auteurs remercient les nombreuses personnes consultées pour l'élaboration de ce manuscrit, en particulier Mme Prof. Dr Ursula Ackermann-Lieblich (Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Bâle), Mme Claudine Marquard (Office fédéral des assurances sociales), Mme Dr Marie-Claude Hofner (Unité de prévention de l'IUMSP et de la PMU, Lausanne) et Prof. Fabio Levi (Unité d'épidémiologie du cancer, IUMSP, Lausanne)

Bulletin de commande en dernière page

TABLE DES MATIÈRES

1	Introduction et contexte	7
2	Santé et allaitement: les données médicales	8
2.1	Effets positifs pour la santé de l'enfant	8
2.2	Effets négatifs pour la santé de l'enfant	10
2.3	Effets positifs pour la santé de la mère	11
2.4	Effets négatifs pour la santé de la mère	12
2.5	Effets généraux	13
3	Allaitement: réflexions proposées par les sciences sociales	14
3.1	Allaitement et droits de l'homme	14
3.2	Allaitement et féminisme	14
4	Situation en Suisse et comparaisons internationales	15
4.1	Enquêtes récentes en Suisse	15
4.2	Quelques différences avec la situation dans les pays à bas revenus	16
5	Stratégies de promotion de l'allaitement	17
5.1	Stratégies générales	17
5.2	Stratégies favorisant l'initiation de l'allaitement	18
5.3	Stratégies favorisant le prolongement de la période d'allaitement	20
6	Conclusions et recommandations prioritaires en Suisse	22
6.1	Recommandations générales	22
7	Références	24
8	ANNEXE : DECLARATION CONJOINTE DE L'OMS ET DU FISE	27

RÉSUMÉ

La littérature scientifique montre que l'alimentation au sein est nettement supérieure à l'alimentation au biberon, tant pour la mère que pour l'enfant. Ces avantages sont de plusieurs ordres: nutritionnels, immunitaires, psychologiques et économiques. Une durée minimale de 16 semaines d'allaitement est nécessaire pour que ces avantages soient mesurables.

La situation de l'allaitement en Suisse peut être résumée comme suit: les femmes suisses prennent la décision et initient l'allaitement dans des proportions élevées, comparables à celles des pays où existe une promotion importante de l'allaitement. Par contre, les femmes suisses n'allaitent pas assez longtemps pour que la grande majorité des enfants suisses puissent pleinement bénéficier des avantages multiples que confère l'alimentation naturelle.

Les recommandations présentées plus bas tiennent compte de ce contexte particulier et visent donc à faire augmenter les durées d'allaitement en Suisse. Elles s'adressent à la Fondation suisse pour la promotion de la santé (FSPS) qui pourrait jouer un rôle important pour promouvoir l'allaitement au niveau national, avec monitoring des pratiques dans ce domaine et évaluation des activités visant l'augmentation de ces taux.

Deux mises en garde générales s'imposent. Premièrement, la promotion de l'allaitement doit s'adresser à tous, mais elle doit prévoir les exceptions que nécessiteraient des situations particulières, par exemple s'il y a risque de transmission du VIH. Deuxièmement, les campagnes de promotion doivent être menées dans le respect du libre choix des femmes en matière d'allaitement et doivent exclure tout dispositif qui aurait pour conséquence de culpabiliser les mères qui décident de ne pas allaiter.

Après évaluation des différentes stratégies de promotion de l'allaitement, les recommandations suivantes ont été retenues:

- 1. La FSPS devrait adopter une stratégie explicite de promotion de l'allaitement maternel, dont l'objectif serait de faire reconnaître le rôle essentiel de l'alimentation au sein. Cette campagne devrait faire valoir les bénéfices pour la santé de la mère et de l'enfant, ainsi que les avantages économiques et environnementaux pour la collectivité.*
- 2. La FSPS devrait exercer des activités de lobbying pour demander une prise de position forte de l'Etat fédéral et cantonal en faveur de l'allaitement.*
- 3. La FSPS devrait identifier les instances responsables de la santé publique tant aux niveaux cantonal que national pour la promotion de l'alimentation au sein, puis organiser la stratégie concertée de promotion.*
- 4. La FSPS devrait mener une campagne d'information du grand public sur les avantages de l'allaitement qui viserait plusieurs objectifs: i) favoriser la décision d'allaiter, ii) faire en sorte que les femmes qui allaitent bénéficient du soutien de leur entourage, iii) viser un changement de coutumes par rapport à l'allaitement.*
- 5. La FSPS devrait développer des activités de lobbying en faveur d'une législation garantissant un congé de 20 semaines à toutes les femmes suisses qui accouchent.*
- 6. La FSPS devrait encourager le gouvernement fédéral à adopter le code de l'OMS pour la mise en marché des substituts du lait maternel et à exercer le rôle de police sanitaire nécessaire à son bon respect.*

7. *La FSPS devrait exercer des activités de lobbying pour que les primes antérieurement versées par les caisses-maladie aux mères qui allaitaient encore à 10 semaines post-partum soient redistribuées conformément à leur vocation première, soit la promotion de l'allaitement maternel durant des périodes suffisamment longues.*
8. *La FSPS devrait reconnaître formellement le rôle d'organismes tels « La Leche » dans le soutien à l'allaitement dans la communauté.*
9. *La FSPS devrait évaluer si l'offre de services correspond à la demande en matière d'alimentation au sein et ce, tant en quantité qu'en qualité.*
10. *La FSPS devrait s'associer publiquement à l'initiative de l'UNICEF dans les établissements de soins.*
11. *La FSPS devrait inciter les organismes et les établissements responsables de l'enseignement à vérifier l'existence et la pertinence des contenus dispensés dans le domaine de l'allaitement dans les curricula existants et à remédier à la situation le cas échéant.*
12. *La FSPS devrait sensibiliser les organismes de recherche à leur nécessaire contribution dans le domaine de l'allaitement.*
13. *La FSPS devrait impliquer précocement les groupes féministes dans la planification des campagnes promotionnelles en faveur de l'allaitement.*

1 INTRODUCTION ET CONTEXTE

L'allaitement maternel est un thème important de la santé maternelle et infantile. Les effets, favorables ou défavorables, de l'allaitement sur l'état de santé de la population sont considérables par l'ampleur de la population concernée. D'autre part, de multiples circonstances de l'environnement social et économique influencent la fréquence et la durée de l'allaitement. Il s'agit donc bien d'un thème de promotion de la santé, dont la Fondation doit s'occuper, sinon directement, du moins en termes de politique sanitaire.

C'est dans cette perspective que ce travail a été conçu: il vise à préparer une prise de position de la FSPS sur l'allaitement maternel en Suisse, en particulier sur son rôle spécifique en tant que Fondation et sur les actions concrètes à entreprendre.

Ce document comporte les rubriques suivantes: un rappel des effets sanitaires et sociaux de l'allaitement, quelques données sur l'épidémiologie de l'allaitement en Suisse, une revue des effets des politiques d'encouragement de l'allaitement maternel, et une liste de recommandations proposées à la FSPS.

Pour mémoire, ce travail fait suite à la séance du Conseil scientifique de la FSPS du 13 novembre 1997. Lors de cette séance, une demande de financement émanant d'un groupe de travail de l'UNICEF (Mme Andrée Lappé) a été examinée. La Fondation informait les requérants (lettre du 12 janvier) que la décision suivrait une prise de position générale de la FSPS à propos de l'allaitement maternel. La Fondation demandait alors à l'IUMSP de Lausanne (lettre du 20 janvier 1998) de préparer cette prise de position pour le 30 mars 1998.

2 SANTÉ ET ALLAITEMENT : LES DONNÉES MÉDICALES

La littérature médicale qui concerne les effets sur la santé de l'allaitement est abondante. Sa qualité s'est améliorée dans les dernières années. On peut maintenant en tirer des conclusions solides en tenant compte du fait que la pratique de l'allaitement ne peut être sujette à randomisation. L'examen des variables qui pourraient contaminer les résultats doit donc être particulièrement minutieux.

2.1 EFFETS POSITIFS POUR LA SANTÉ DE L'ENFANT

On peut dégager un très large consensus en faveur du lait maternel comme aliment privilégié et exclusif des nourrissons jusqu'à l'âge de 4 à 6 mois au moins, dans les pays développés, et pour de plus longues périodes dans les pays à faible revenu. En Amérique latine et dans les Caraïbes, le risque de mortalité infantile est trois à cinq fois plus élevé chez les bébés nourris artificiellement. L'Organisation mondiale de la santé, l'UNICEF, de même que de nombreuses associations professionnelles, ont pris des positions fortes en faveur de l'allaitement, allant jusqu'à des propositions lourdes de conséquences politiques telles la recommandation de bannir les dons de substituts de lait maternel de tout endroit où sont dispensés des services de santé.

2.1.1 Apport nutritionnel

2.1.1.1 Pour l'enfant né à terme

La littérature est sans équivoque. Le lait maternel est le mieux adapté à la satisfaction des besoins nutritionnels des nouveau-nés et l'apport d'aliments autres avant quatre mois environ est inutile. De plus, dans le contexte de milieux socio-économiquement défavorisés, il peut être nuisible.

Le colostrum, qui est sécrété pendant les premiers jours qui suivent la naissance, est un aliment de forte densité et de faible volume qui contient moins de lactose, de graisses et de vitamines hydrosolubles que le lait mature mais davantage de protéines, de vitamines E, A et K et de certains sels minéraux. Il est particulièrement bien adapté aux reins du nouveau-né qui sont encore immatures à cette période, ne pouvant traiter de grandes quantités de liquides. Par ailleurs, la production de lactase débute à peine et l'enfant a besoin de ces vitamines spécifiques pour protéger son organisme contre les lésions dues aux processus oxydatifs et contre la maladie hémorragique.

Malgré les progrès certains de l'industrie des substituts du lait maternel ces dernières années, ce dernier demeure le mieux adapté à la nutrition du nouveau-né en raison de sa basse concentration en protéines, de sa teneur particulière en graisses qui favorise le développement du système nerveux central, de sa forte concentration en lactose facilement absorbé par rapport à d'autres glucides et de sa basse concentration en sels minéraux.

2.1.1.2 Pour l'enfant de petit poids

Les enfants de petit poids de naissance, qu'ils soient nés à terme ou prématurément, ont des besoins nutritionnels particuliers en raison du rythme rapide de leur croissance ou de l'immaturité de leur développement.

Le choix des techniques d'alimentation déborde largement le cadre de ce mémo. De même, les enfants de petit poids présentent une grande hétérogénéité en termes de nécessités alimentaires et il ne sera pas possible de discuter spécifiquement des besoins de l'enfant hypotrophique né à terme comme de ceux du grand prématuré.

Néanmoins, encore ici, il se dégage un consensus de la littérature médicale et les premières études démontrant les avantages comparés du lait maternel datent déjà de plus de 30 ans. Un aspect particulièrement frappant de ces bénéfices est l'accélération relative du développement neuropsychologique. Certaines études ont en effet pu mettre en évidence de meilleurs résultats aux tests de développement à 18 mois et aux tests d'intelligence vers 7 ou 8 ans.

D'autres enfants présentant des besoins spéciaux secondaires au syndrome trisomique, aux fissures labio-palatines, aux erreurs innées du métabolisme ou à la fibrose kystique auraient aussi avantage à être nourris au lait maternel .

2.1.2 Protection contre les infections

Le lait humain contient plusieurs éléments qui contribuent à lui conférer un effet protecteur contre les infections. Des cellules comme les lymphocytes T et B, des macrophages et des neutrophiles sont présents, spécialement dans le colostrum. Plusieurs immunoglobulines, particulièrement les IgA, ont aussi été identifiées. D'autres facteurs telles la lactoferrine et des protéines liant la vitamine B 12 lient ces nutriments, ce qui les rend moins disponibles pour les pathogènes des voies digestives du nouveau-né.

Par ailleurs certaines hormones facilitent la maturation du tube digestif du nourrisson. Ces facteurs de protection sont surtout efficaces contre les infections quand l'enfant est nourri exclusivement au lait maternel et durant une période suffisamment longue.

2.1.2.1 Infections respiratoires

Les études ont démontré, autant dans les pays industrialisés que dans les autres, une diminution par un facteur de trois des infections respiratoires et au moins par un facteur de deux des otites moyennes.

La durée de l'allaitement est importante pour ces réductions de morbidité, même dans les pays riches. Il est aussi probable qu'après une période d'allaitement dépassant seize semaines, la diminution de l'incidence des infections respiratoires persiste au-delà du sevrage. Par exemple, le risque d'otite moyenne reste faible pendant plusieurs mois après la cessation de l'allaitement.

2.1.2.2 Infections gastro-intestinales

Pour ce qui est des infections du tractus digestif, la diminution de la morbidité est encore plus impressionnante, puisque les enfants nourris au sein en sont cinq fois moins affectés. Bien que les effets de cette protection soient surtout tangibles dans les pays pauvres puisque qu'elle s'accompagne d'une diminution sensible de la mortalité, ils sont aussi nettement observables dans nos sociétés plus développées où on voit par exemple une réduction assez remarquable de l'absentéisme des mères au travail pour cause de maladies infantiles lorsque leurs enfants sont allaités.

2.1.3 Protection contre les maladies immunitaires

Depuis plusieurs années, l'allaitement exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois était suggéré pour diminuer la probabilité de développement de maladies allergiques chez les enfants ayant des

antécédents familiaux d'allergie. Cette pratique médicale est confirmée par plusieurs études, les plus récentes étant particulièrement convaincantes. Elles démontrent un effet durable jusqu'à plusieurs années après le sevrage, dans les cas d'asthme par exemple.

Quelques études ont aussi démontré une association entre l'allaitement et la diminution du risque de maladie coeliaque, du Crohn et de la colite ulcéreuse ainsi que de certains lymphomes.

2.1.4 Bénéfices d'ordre psychologique

Il est généralement admis que l'allaitement est profitable du point de vue psychologique autant à la mère qu'à l'enfant. Ces bénéfices sont cependant difficiles à caractériser et à quantifier étant donné le biais de sélection que constitue le libre choix de la mère dans la satisfaction des besoins nutritionnels de son enfant. Il n'en reste pas moins que plusieurs études ont démontré une association entre l'alimentation naturelle des nourrissons et des bénéfices d'ordre cognitif et émotionnel. De façon plus convaincante encore, on a pu mettre en évidence un gradient dose - réponse avec la durée de l'allaitement.

Il semble exister une période d'« imprinting » où le contact précoce mère-enfant avec une tétée dans l'heure qui suit la naissance amène un attachement plus fort de même qu'une augmentation des durées d'allaitement.

Par ailleurs, la composition du lait humain en termes d'acides gras joue certainement un rôle dans l'optimisation du développement neurologique du nouveau-né. Ces différences persistent jusqu'à l'âge scolaire. Ici encore, ces améliorations des performances enfantines sont liées à la durée de l'allaitement.

2.2 EFFETS NÉGATIFS POUR LA SANTÉ DE L'ENFANT

L'unanimité scientifique sur les bénéfices de l'alimentation au sein a été mise en cause par des considérations liées aux découvertes de nombreux toxiques environnementaux et plus récemment par les risques infectieux principalement de nature virale.

2.2.1.1 Contamination par des toxiques

La sensibilisation générale aux préoccupations environnementales, ainsi que la découverte que le lait maternel non seulement pouvait contenir des contaminants mais aussi les concentrer, a amené les scientifiques à émettre plusieurs recommandations incitant à la prudence. On est allé jusqu'à déconseiller aux mères significativement exposées aux BPC, aux insecticides ainsi qu'aux métaux lourds d'allaiter leurs nouveau-nés. D'autres recommandations ont été plus nuancées (Canada) prescrivant des analyses de lait maternel avant d'entreprendre l'allaitement.

Il est intéressant de remarquer que les dernières prises de position d'organismes comme l'« American Academy of Pediatrics » font plutôt état du très faible risque lié à la consommation de lait maternel contaminé et concluent que les bénéfices de l'alimentation au sein sont nettement supérieurs relativement aux effets néfastes possibles.

2.2.1.2 Transmission de maladies infectieuses

On connaissait déjà les risques liés à la transmission de la tuberculose par du lait maternel infecté. L'allaitement est contre-indiqué en cas d'infection maternelle dans ce cas comme dans celui de l'hépatite B.

La découverte dans les années 1980 de la possibilité supplémentaire de transmission mère-enfant du virus de l'immunodéficience humaine durant la période d'allaitement a conduit à des considérations passablement différentes à propos de la toxicité du lait maternel. Les recommandations actuelles (AAP) dans les pays développés préconisent de prodiguer un «counseling» concernant le VIH aux femmes enceintes et aux nouvelles accouchées qui n'auraient pas été testées. En cas de positivité du test, l'allaitement est fortement déconseillé. Ces recommandations sont différentes pour les femmes des pays à faible revenu où les bénéfices d'une alimentation plus hygiénique, protégeant de la malnutrition et offrant par ailleurs des protections immunitaires doivent être mis en balance avec le risque supplémentaire après une grossesse et un accouchement de transmettre le VIH par l'alimentation au sein.

2.3 EFFETS POSITIFS POUR LA SANTÉ DE LA MÈRE

Bien que les avantages de l'allaitement aient été surtout discutés en termes de bénéfices pour la santé de l'enfant, on peut dégager de la littérature un certain nombre de conclusions qui vont dans le sens d'avantages certains pour la mère allaitante.

2.3.1 Allaitement et hémorragie du post-partum

La mise au sein précoce, dans les 30 minutes qui suivent l'accouchement, entraîne une sécrétion d'oxytocine qui, par son effet sur le muscle utérin, réduit le risque d'hémorragie dans le post-partum immédiat. Par la suite, l'involution utérine serait favorisée par des tétées fréquentes.

2.3.2 Allaitement et contraception

L'allaitement contribue à espacer les naissances. En Afrique et dans plusieurs régions de l'Asie davantage de naissances sont évitées par l'alimentation au sein que par toute autre méthode contraceptive.

Deux conférences de consensus depuis 1988 ont défini une méthode contraceptive basée sur l'allaitement («Lactation Amenorrhea Method») dont l'efficacité serait supérieure à 98% lorsque trois conditions sont réunies: 1) allaitement exclusif ou presque, 2) dans les 6 premiers mois post-partum, 3) aménorrhée. Aussitôt qu'une des trois conditions n'est plus remplie, on recommande l'ajout d'une autre méthode contraceptive. Il est à noter que l'introduction d'un stérilet est plus facile chez les femmes allaitantes que chez celles qui, ayant nourri leur enfant au biberon, ont une période d'aménorrhée beaucoup plus courte. Lorsque cette méthode a été étudiée, certains effets positifs collatéraux ont été mis en évidence: le taux de grossesse reste plus bas pendant plus d'une année et on note une augmentation de la durée de la période d'allaitement. Il faut aussi noter que cette méthode est gratuite et dépourvue d'effets secondaires.

2.3.3 Allaitement et obésité

Le déficit calorique secondaire à l'alimentation complète d'un nourrisson favorise chez les femmes allaitantes un retour plus rapide à leur poids d'avant la grossesse. Par ailleurs, il semble qu'à plus long terme, l'allaitement serait un facteur de prévention de l'obésité puisqu'il réduirait l'accumulation d'excédents de poids après chaque grossesse.

2.3.4 Allaitement et cancer du sein et de l'ovaire

La discussion des différentes études portant sur l'allaitement et la diminution subséquente du risque de cancer du sein serait peu contributive au développement d'une prise de position par rapport à l'alimentation au sein. Certains travaux ne démontrent aucun lien tandis que d'autres mettent en évidence un faible effet protecteur particulièrement pour les cancers du sein survenant chez les femmes en pré-ménopause.

On ne peut donc conclure à une association certaine entre allaitement et cancer du sein mais si une telle association existe, elle va certainement dans le sens d'un effet protecteur. Cet effet se manifesterait chez les femmes âgées de moins de 25 ans lors de leur première expérience d'allaitement et qui ont nourri leur enfant pendant plus de six mois.

Il est à noter qu'une étude récente fait état d'un effet protecteur de l'allaitement eu égard au cancer de l'ovaire.

2.3.5 Bénéfices d'ordre psychologique

Il est certain que les bénéfices pour le nouveau-né, dont il a été question plus haut, sont aussi par ricochet des bénéfices pour la mère. La satisfaction d'avoir un enfant en santé dont la croissance et le développement sont optimaux est certainement non négligeable, particulièrement pour les mères d'enfants de petit poids à la naissance ou nés prématurément.

Par ailleurs, l'attachement précoce est garant de relations plus faciles avec l'enfant et donc plus gratifiantes.

Enfin, nourrir son enfant au sein est vu par de nombreuses femmes comme une expérience d'« empowerment », c'est-à-dire de gain de contrôle sur son environnement. Cette expérience est aussi source de fierté, particulièrement dans les milieux où le rôle de la femme comme mère est le seul possible.

2.4 EFFETS NÉGATIFS POUR LA SANTÉ DE LA MÈRE

Les effets négatifs pour la santé de la mère sont à toutes fins pratiques inexistantes en dehors des problèmes iatrogéniques. En effet, en l'absence de connaissances solides sur la physiologie de l'allaitement, certains professionnels de la santé en viennent à commettre des erreurs (telles que prescrire des suppléments au nouveau-né ou préconiser l'allaitement sur horaire) qui entraînent des inconforts, voire des maladies pour les mères. Tout ce qui cause une vidange incomplète des seins risque d'amener une congestion douloureuse et par la suite une mastite, voire un abcès.

Le portrait est différent dans le cas des femmes malades pour qui l'allaitement peut être contre indiqué pour des raisons de santé. Une femme chez qui un diagnostic de cancer du sein vient d'être posé ne devrait pas allaiter sous peine de retarder indûment un traitement chirurgical. C'est aussi le cas de toutes les femmes qui ont à subir une chimiothérapie ou qui

doivent prendre des médicaments essentiels qui passent dans le lait et peuvent être toxiques pour le nourrisson.

Il faut aussi reconnaître que pour certaines femmes, allaiter est un travail exigeant qui les rend esclaves de leur nouveau-né. Ces perceptions sont encouragées par les publicités pour les laits de substitution qui présentent leur préparation comme étant plus facile et permettant une plus grande liberté d'action.

2.5 EFFETS GÉNÉRAUX

Plusieurs travaux ont considéré les coûts de l'allaitement tant pour la famille que pour les systèmes de soins ou les employeurs des femmes allaitantes. Un consensus se dégage de toutes ces études: nourrir son enfant au sein apporte des bénéfices du point de vue économique.

On a calculé les coûts de l'allaitement dans les programmes WIC aux U.S.A. en tenant compte de l'apport alimentaire supplémentaire nécessaire pour compenser les demandes de l'alimentation au sein. Les conclusions sont sans équivoque: l'allaitement est meilleur marché pour les mères et pour le programme, principalement parce que les enfants sont significativement moins malades.

On a aussi comparé l'absentéisme des mères pour raisons de maladies de leurs enfants dans deux compagnies américaines. Les mères allaitantes étaient significativement moins absentes, ce qui représente un bénéfice net pour l'employeur.

L'alimentation au sein est aussi considérée comme meilleure pour l'environnement puisqu'elle n'implique aucune production de plastique, aucune dépense de carburants fossiles pour le transport et qu'elle ne contribue pas à l'effet de serre puisqu'elle ne requière pas l'utilisation de grands troupeaux de bovins.

Les effets de l'allaitement débordent donc du bien-être de la mère et de l'enfant. Ce mode d'alimentation contribue aux économies dans les systèmes de soins et au maintien des écosystèmes.

3 ALLAITEMENT : RÉFLEXIONS PROPOSÉES PAR LES SCIENCES SOCIALES

La revue de la littérature présentée plus haut serait incomplète sans une incursion du côté de la littérature sociale et anthropologique qui livre des réflexions intéressantes sur la place de l'allaitement et sur ses fonctions dans la société

3.1 ALLAITEMENT ET DROITS DE L'HOMME

Certains auteurs présentent l'allaitement comme un droit humain, d'un double point de vue. D'une part, ce serait le droit de l'enfant d'être nourri avec le meilleur aliment possible, le mieux susceptible d'assurer une croissance et un développement optimaux. D'autre part, on peut aussi présenter l'allaitement comme un droit de la femme. Par exemple, ce serait le droit pour la femme de s'assurer des meilleures conditions pour sa propre santé: retour rapide à un poids normal, protection éventuelle contre le cancer du sein ou de l'ovaire, bénéfices psychologiques associés à un attachement précoce et intense avec son enfant.

3.2 ALLAITEMENT ET FÉMINISME

Les mouvements féministes ont traité l'alimentation au sein de façon fort hétérogène. Certains l'ont tout simplement ignorée, n'en faisant ni un sujet de revendication, ni un sujet de lutte.

Les mouvements féministes plus radicaux ont plutôt considéré l'allaitement comme un esclavage pour la femme, un enchaînement à ses déterminants biologiques, une raison supplémentaire de la maintenir au foyer loin des lieux de pouvoir de la société. Les idéologues de ces mouvements réagissent négativement aux publicités promotionnelles en faveur de l'alimentation au sein.

Par contre, d'autres idéologues considèrent l'allaitement comme un sujet éminemment féministe, nourrir au sein étant vu comme contribuant à l'égalité des sexes. D'une part, il y a la possibilité pour les femmes d'exercer un contrôle supplémentaire sur leur environnement en assumant elle-même l'alimentation de leur enfant. D'autre part, et assez paradoxalement, la réflexion sur l'alimentation au sein mène à repenser la division sexuelle du travail, la place de la technologie et les hiatus entre les vies productive et reproductive des femmes.

Ces idéologies se rejoignent dans la dénonciation de la place du sein comme objet uniquement sexuel dans les sociétés occidentales et sur la nécessité pour les femmes de se réapproprier leur corps.

D'un point de vue pragmatique, un organisme qui voudrait émettre des recommandations visant la population générale par rapport à l'allaitement aurait intérêt à consulter les leaders féministes dans l'élaboration de leurs politiques: cela éviterait que les prises de position soient vues comme rétrogrades par les unes et contribuerait à s'assurer le support actif des autres.

4 SITUATION EN SUISSE ET COMPARAISONS INTERNATIONALES

La Suisse dispose de relativement peu d'enquêtes concernant la prévalence de l'alimentation naturelle à la naissance et dans les mois qui suivent. De la même façon, l'implantation des programmes de promotion de l'allaitement tels le programme OMS-UNICEF « Baby Friendly Hospital » n'est pas évaluée périodiquement.

4.1 ENQUÊTES RÉCENTES EN SUISSE

Une enquête portant sur la durée de l'allaitement en Suisse a été réalisée en 1978 par Tönz (pas de réf. Tönz 1978 à la fin) et ses collaborateurs. Celle-ci montrait que la durée moyenne de l'allaitement était de 10,25 semaines. Par ailleurs, un contact précoce mère-enfant tout de suite après l'accouchement, de même que la pratique de la cohabitation à l'hôpital, ainsi qu'un niveau socio-économique élevé étaient associés positivement à la durée de cet allaitement.

L'enquête subséquente s'est tenue en 1994 et a été réalisée par Conzelman-Auer et Ackermann-Liebrich. L'objectif était d'évaluer la fréquence et la durée de l'allaitement en Suisse ainsi que les facteurs néfastes ou favorisants. Plus de 2000 questionnaires ont été complétés par des mères d'enfants de 6 mois avec un taux de réponse de 76%. Il était intéressant de noter que 80% des mères de l'échantillon avaient allaité au moins un mois. Les conclusions de l'étude faisaient état d'une augmentation des durées d'allaitement depuis 1978. La durée médiane d'alimentation au sein était de 16 semaines en Suisse alémanique, de 12 semaines au Tessin et de 10 semaines en Suisse romande. Les observations rapportées dans la littérature internationale sur le profil des femmes allaitantes se vérifiaient aussi dans la confédération helvétique: les femmes de niveau socio-économique plus élevé allaitaient plus longtemps, de même que celles qui étaient plus âgées, non-fumeuses et qui n'utilisaient pas de contraception orale. Par ailleurs, les pratiques hospitalières comme la cohabitation ou l'allaitement à la demande avaient des répercussions positives sur l'allaitement. La pratique de donner des suppléments même minimes à l'hôpital était nuisible. Enfin, les mères à qui on avait donné des substituts de lait maternel allaitaient moins longtemps, particulièrement si ces substituts avaient été offerts à l'hôpital.

Une autre enquête menée en 1994 au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois de Lausanne a montré que 90% des mères commençaient à allaiter leur enfant. L'alimentation exclusive au sein était de 72% à un mois, 36% à trois mois et seulement 3% à six mois.

Pour ce qui est de la fréquence initiale de l'alimentation au sein, la situation suisse semble donc se comparer avantageusement à celle des pays scandinaves où se pratique une promotion très active de l'allaitement. En revanche, l'abandon est précoce en Suisse: les différences par rapport aux pays les plus performants dans ce domaine se font surtout sentir au niveau des durées avec des pourcentages extrêmement faibles à 6 mois.

Il est important de rappeler que les bénéfices de l'alimentation naturelle pour le nouveau-né se font sentir pleinement pour des durées d'allaitement excédant 4 à 6 mois. Force est de constater que la grande majorité des nourrissons suisses ne peuvent bénéficier des avantages immunitaires, nutritionnels et psychologiques de l'allaitement, faute d'être nourris au sein pour des périodes suffisamment longues.

4.2 QUELQUES DIFFÉRENCES AVEC LA SITUATION DANS LES PAYS À BAS REVENUS

Dans les pays occidentaux, les conditions générales d'hygiène, l'accès facile à des laits maternisés, aux méthodes contraceptives efficaces, ainsi qu'au système de soins, modulent les stratégies de promotion et les recommandations en faveur de l'allaitement.

La situation est différente dans les pays à faible revenu où on recommande aux femmes d'allaiter plus longtemps, soit jusqu'à ce que l'enfant soit dans sa troisième année. Les enfants non allaités sont exposés au risque de contamination des préparations lactées et des aliments de substitution qu'on leur offre, ce qui entraîne une augmentation très importante de la mortalité infantile par maladies diarrhéiques. Par ailleurs, pour des raisons économiques, la plupart des familles ne sont pas en mesure d'offrir une quantité suffisante de lait maternisé de sorte que l'absence d'allaitement signifie aussi malnutrition. L'exposition à des agents pathogènes étant beaucoup plus élevée que dans les pays du nord, la protection immunitaire conférée par le lait maternel s'avère d'autant plus essentielle. Enfin, l'effet contraceptif est extrêmement désirable, vu l'absence fréquente d'alternatives peu coûteuse. Cet espacement des naissances est garant d'une meilleure santé économique pour la famille, donc de meilleures chances de survie pour les enfants.

Ces bénéfices ont aussi leurs répercussions au niveau de l'ensemble de ces sociétés. En effet, les pays doivent souvent utiliser leurs devises étrangères pour payer le lait en poudre. Ils doivent de plus mettre à contribution des ressources rares pour la conservation et la stérilisation de ce lait. Ces processus sont d'ailleurs néfastes pour l'environnement. Enfin, les hôpitaux de ces pays ont déjà fort à faire sans avoir à payer l'alimentation artificielle des nouveau-nés et sans avoir à traiter les infections qui risquent de résulter de ces pratiques.

5 STRATÉGIES DE PROMOTION DE L'ALLAITEMENT

Les stratégies présentées ici ont été choisies en fonction de leur pertinence dans le contexte suisse. Elles visent la population générale. Il existe aussi une littérature importante qui concerne l'adoption de l'allaitement comme mode favori d'alimentation du nourrisson dans les couches sociales défavorisées. Il pourrait être intéressant d'en prendre connaissance pour préparer éventuellement une prise de position axée sur ces groupes particulièrement à risque.

La promotion de l'allaitement vise trois cibles qui nécessitent souvent des approches différentes.

- Il faut d'abord qu'il y ait une décision d'allaiter. Cette décision est souvent bien antérieure à la grossesse et est tributaire d'expériences passées avec l'allaitement comme l'exposition dans l'enfance à des femmes qui nourrissaient leur enfant au sein. Elle est aussi immensément influencée par la culture d'origine des gens et la valeur sociale accordée à l'allaitement et à la maternité. Suite à cette décision, les femmes tenteront l'expérience de nourrir au sein. C'est le stade de l'*initiation* de l'allaitement.
- Par ailleurs, une fois l'allaitement initié, il existe une période critique allant de 3 à 6 semaines où il doit s'installer, c'est-à-dire que la production du lait doit devenir régulière, suffisante et les mécanismes d'adaptation à la demande bien rodés. Les auteurs se réfèrent à cette phase comme étant celle de l'*établissement* de l'alimentation au sein.
- Enfin, il faut *maintenir et prolonger* la période où l'allaitement est bien fonctionnel pour que les mères et les enfants puissent bien profiter de tous les avantages liés à ce mode d'alimentation.

5.1 STRATÉGIES GÉNÉRALES

Certaines mesures ont démontré leur efficacité à tous les stades de l'allaitement.

5.1.1 Mesures visant l'augmentation de l'acceptabilité sociale

Les femmes issues de cultures où l'allaitement est la norme allaitent plus facilement et plus longtemps. Une sensibilisation de la population générale à ce mode d'alimentation contribue donc de façon essentielle à sa promotion. Plusieurs femmes en effet invoquent la difficulté d'allaiter à l'extérieur de la maison comme raison pour ne pas initier ou pour arrêter l'allaitement. Ce rejet social se manifeste de façon très tangible dans les lois, particulièrement dans les pays anglo-saxons, qui interdisent l'allaitement en public.

5.1.2 Mesures visant le soutien des pères

L'opinion des conjoints par rapport à l'allaitement est cruciale, tant dans la décision d'allaiter que dans celle de poursuivre l'allaitement. Outre la sensibilisation générale dont il a été question plus haut, des mesures spécifiques d'information visant les pères ont été mises en œuvre, particulièrement dans les cliniques d'obstétrique et dans les rencontres prénatales.

5.1.3 Mesures économiques

Des primes ont été accordées dans les programmes WIC aux USA aux femmes qui nourrissaient leur enfant au sein. Leur effet a été évalué et représente une incitation efficace autant pour l'initiation que pour la prolongation de l'allaitement.

A titre de mesure de santé publique, une prime avait été instaurée en Suisse en 1911. Elle avait ensuite été majorée dans certains cantons, celui de Bâle par exemple. L'efficacité de ces primes en termes de promotion de l'allaitement n'a cependant jamais été évaluée rétrospectivement.

5.2 STRATÉGIES FAVORISANT L'INITIATION DE L'ALLAITEMENT

Les auteurs s'entendent pour dire que la décision d'allaiter est prise bien avant la grossesse. Les stratégies visant la sensibilisation de la population dans le but de changer les normes culturelles face à l'alimentation au sein sont donc a priori les plus efficaces.

5.2.1 Sensibilisation à l'école

Sans qu'on retrouve d'évaluation rigoureuse de ces propositions, la littérature suggère qu'on devrait éduquer les jeunes à l'allaitement, particulièrement les jeunes filles et que des discussions au sujet de l'alimentation des enfants devraient avoir lieu à l'école. On souhaiterait aussi que les enfants aient l'occasion de voir des femmes allaiter leurs enfants.

5.2.2 Rencontres prénatales

Des auteurs ont subdivisé les femmes enceintes en quatre groupes: les femmes qui ont décidé de ne pas allaiter, celles qui ont décidé d'allaiter complètement, celles qui sont indécises mais pensent à une alimentation mixte, celles qui ont décidé d'une alimentation mixte. Un programme de sensibilisation mis en place durant les rencontres prénatales a démontré son efficacité chez les femmes qui étaient indécises. Ces rencontres ont également permis aux femmes qui avaient opté pour une alimentation mixte de plutôt choisir de nourrir leur enfant exclusivement au sein. Il a aussi été possible de modifier favorablement l'opinion des pères face à l'allaitement.

5.2.3 Matériel didactique

Une évaluation très rigoureuse d'un échantillon important de matériel didactique distribué aux mères dans les cliniques d'obstétrique, lors des rencontres prénatales et à l'hôpital a été menée. On a comparé notamment les brochures issues d'organismes sans but lucratif avec celles subventionnées par l'industrie des aliments pour bébés. La première constatation est qu'aucune des brochures ne véhicule une information scientifique tout à fait exacte. Les autres constatations font état des différences majeures observées dans le contenu des deux types de brochures, celles issues de l'industrie véhiculant un message nettement moins positif de l'allaitement et le présentant comme un processus assez complexe. A titre d'exemple, ces brochures font état de recommandations diététiques extrêmement strictes pour les femmes allaitantes et leur conseillent de porter une attention extrême à leur alimentation. Elles sont souvent émaillées de publicités pour les substituts au lait maternel où la facilité d'utilisation est vantée. Les conclusions des auteurs sont que les brochures commerciales ont un effet dissuasif par rapport à l'allaitement.

5.2.4 Stratégies favorisant l'établissement de l'allaitement

En Suisse comme dans la majorité des pays occidentaux, la presque totalité des femmes accouchent en milieu hospitalier et c'est dans cet environnement que s'amorce la période critique pour l'allaitement. Il existe une littérature solide pour démontrer l'impact des pratiques hospitalières sur l'établissement de l'allaitement. Ces dernières années, le raccourcissement des durées de séjour hospitalier (parfois moins de 12 heures après l'accouchement) impose le développement des aides à l'allaitement disponibles dans la communauté et de services ambulatoires hospitaliers pour les jeunes mères qui allaitent.

5.2.5 Pratiques hospitalières

Une déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF en 1989 a amené la création d'un programme, le « Baby Friendly Hospital », visant à promouvoir l'allaitement en milieu hospitalier.

Les bases scientifiques de ce programme sont simples. Les éléments suivants ont été démontrés: la tétée dans l'heure qui suit l'accouchement favorise l'attachement, un meilleur établissement de l'allaitement ainsi qu'une prolongation de sa durée. Le « rooming-in » ou cohabitation mère-enfant a des effets comparables. L'allaitement à la demande est préférable pour l'établissement de la lactation à l'alimentation à horaires fixes. L'introduction de suppléments alimentaires à l'hôpital a des effets tout à fait nocifs. Le personnel peut jouer un rôle actif dans le soutien à l'allaitement.

Ce programme peut se résumer en 10 règles:

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

Le matériel promotionnel offert à l'hôpital a aussi fait l'objet de nombreuses évaluations dont les conclusions vont toutes dans le même sens: les femmes à qui on offre des sucettes, biberons et échantillons de lait maternisé persévèrent moins dans leur désir d'allaitement. Récemment, cette constatation a conduit à une prise de position forte de l'Assemblée de la santé visant à bannir complètement ces « cadeaux » de tout dispositif de soins.

5.2.6 Soutien dans la communauté

L'appui des associations comme La Leche, ou des consultantes en lactation, de même que le soutien des autres professionnels de la santé est crucial pour résoudre les difficultés qui se posent dans les premières semaines de l'allaitement. Plusieurs échecs d'allaitement sont imputables à des conseils inadéquats donnés par le personnel médical comme allaiter sur horaire, suspendre l'allaitement en cas de gastro-entérite, donner des biberons supplémentaires ou de remplacement trop tôt, etc. La formation de ces personnes et le remboursement des consultations pour allaitement par les caisses-maladie sont préconisés.

5.3 STRATÉGIES FAVORISANT LE PROLONGEMENT DE LA PÉRIODE D'ALLAITEMENT

Plusieurs facteurs mentionnés plus haut ont leur rôle dans la prolongation de la période d'allaitement, tels l'établissement de normes culturelles différentes, la pratique de la tétée sur la table d'accouchement et le soutien dans la communauté. Les stratégies présentées plus bas interviennent plus tardivement mais ont aussi un rôle essentiel pour favoriser une durée d'allaitement suffisamment longue pour garantir la totalité des bénéfices.

5.3.1 Congé de maternité

Il existe une abondante littérature qui corréle le retour au travail précoce et l'abandon de l'allaitement. Selon Auerbach, il existe une haute probabilité de sevrage si la mère retourne au travail avant que son enfant ait atteint l'âge de 16 semaines. Une autre étude américaine montre que 80% des mères allaitantes qui travaillaient à plein temps avaient sevré leur enfant avant l'âge de 6 mois. Enfin, un travail portant sur les relations entre le retour au travail et l'allaitement a révélé que, si l'intention de travailler à plein temps n'avait aucune corrélation avec la décision d'allaiter, elle avait par contre un impact significatif sur la durée d'allaitement, le retour au travail avant 6 mois post-partum étant associé à un sevrage précoce.

Les données suisses sont tout à fait concordantes avec cette littérature puisque dans l'étude réalisée au Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) en 1994, 31% des mères invoquaient la reprise du travail comme motif de cessation de l'alimentation au sein.

Le congé de maternité minimal pour que les enfants puissent bénéficier d'un allaitement exclusif de 16 semaines devrait donc être d'une vingtaine de semaines puisque les mères cessent de travailler environ un mois avant l'accouchement.

Il faut noter que l'absence en Suisse de congé de maternité universel suffisamment long constitue en soi un facteur d'arrêt prématuré de l'allaitement et donc une perte des bénéfices pour la santé que l'enfant aurait pu en retirer.

5.3.2 Aménagement du milieu de travail

Après un congé de maternité suffisamment long, des modifications du milieu de travail peuvent favoriser un allaitement d'une durée adéquate. Pour y parvenir, deux voies sont possibles, soit la possibilité pour la mère d'allaiter sur les lieux de son travail, soit celle de bénéficier de temps libre et d'équipement pour tirer son lait et le stocker sur les lieux de travail.

La première hypothèse demande qu'une garderie soit aménagée sur les lieux du travail et que la mère puisse avoir accès à son enfant à heures régulières pour l'allaiter. Ce modèle est proposé par plusieurs auteurs mais n'a pas fait l'objet d'une évaluation.

Par contre, la deuxième proposition a été évaluée et s'est avérée efficace pour prolonger de façon significative les périodes d'allaitement. Les programmes décrits impliquaient trois aides à l'allaitement:

1. le 'counselling' d'une consultante en alimentation au sein sur les lieux du travail,
2. une salle de repos où les mères pouvaient tirer leur lait à l'aide d'une pompe électrique et équipée de contenants appropriés et d'un réfrigérateur,
3. la libération pendant une période suffisamment longue des travailleuses allaitantes à intervalles réguliers pour qu'elles puissent extraire leur lait.

Il est intéressant de noter que ces initiatives, répétées dans deux milieux de travail, se sont révélées bénéfiques pour l'employeur puisque le taux d'absentéisme des mères allaitantes pour cause de maladie du nourrisson a été réduit significativement par rapport à celui des femmes qui nourrissaient leur enfant au biberon.

5.3.3 Aménagement des horaires de travail

L'effet généralement négatif du retour au travail peut être mitigé par une réduction temporaire du temps de travail, les femmes travaillant moins de 20 heures par semaine ayant beaucoup plus de facilité à maintenir un allaitement quasi exclusif, malgré la reprise de l'activité salariée.

6 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS PRIORITAIRES EN SUISSE

La littérature scientifique montre que l'alimentation au sein s'avère nettement supérieure à l'alimentation au biberon tant pour la mère que pour l'enfant. Ces bénéfices sont de plusieurs ordres: nutritionnels, immunitaires, psychologiques et économiques. Une durée minimale de 16 semaines d'allaitement semble être nécessaire pour que ces avantages soient mesurables.

La situation suisse par rapport à l'allaitement pourrait être résumée comme suit: les femmes suisses prennent la décision et initient l'allaitement dans des proportions élevées, comparables à celles des pays où s'opère une promotion importante de l'allaitement. Par contre, elles allaitent trop peu longtemps de sorte que la grande majorité des enfants suisses ne peuvent pleinement bénéficier des avantages multiples que confère l'alimentation naturelle.

Les recommandations présentées plus bas tiennent compte de ce contexte particulier et visent donc à faire augmenter les durées d'allaitement en Suisse. Elles s'adressent à la Fondation suisse pour la promotion de la santé qui pourrait participer à la promotion active de l'allaitement au niveau national, au monitoring des taux d'alimentation naturelle et à l'évaluation des activités visant l'augmentation de ces taux.

Deux mises en garde s'imposent. Premièrement, la promotion de l'allaitement doit être générale mais elle doit prévoir les exceptions que nécessiteraient des situations particulières, par exemple s'il y a risque de transmission du VIH. Les femmes enceintes et les nouvelles accouchées devraient avoir une anamnèse de risque VIH approfondie suivie d'un 'counselling' et un test devrait leur être offert pour qu'elles connaissent leur statut immunitaire et puissent donc prendre des décisions éclairées par rapport à l'alimentation de leur enfant.

Deuxièmement, les campagnes de promotion doivent être menées dans le respect du libre choix des femmes en matière d'allaitement et doivent exclure toute initiative qui aurait pour conséquence de culpabiliser les mères qui décident de ne pas allaiter.

6.1 RECOMMANDATIONS GÉNÉRALES

La FSPS devrait mener une campagne de promotion dont l'objectif serait de faire reconnaître le rôle essentiel de l'alimentation au sein pour la santé. Cette campagne devrait faire valoir que les bénéfices pour la santé de la mère et de l'enfant de même que les avantages économiques et environnementaux pour la collectivité sont importants.

La FSPS devrait aussi exercer des activités de lobbying pour demander une prise de position forte de l'Etat en faveur de l'allaitement. Cet engagement doit se manifester à plusieurs niveaux, tant dans une incitation financière que un cadre législatif. Les administrations d'Etat devraient aussi se montrer des employeurs modèles et novateurs.

La FSPS devrait enfin s'associer aux autres instances responsables de la santé publique tant aux niveaux fédéral, cantonal que national pour la promotion de l'alimentation au sein. La mise en place de campagnes de sensibilisation pour la population générale, l'inclusion de l'alimentation au sein dans les sujets d'éducation à la santé en milieu scolaire, l'adaptation des contenus des curriculums des professions de la santé sont autant de domaines où des actions concertées seraient souhaitables.

Il serait souhaitable que la FSPS implique précocement les groupes féministes dans la planification des campagnes promotionnelles en faveur de l'allaitement dans le double but de s'en faire des partenaires et de limiter les réactions négatives que de telles campagnes pourraient susciter chez certaines idéologues féministes.

6.1.1 Sensibilisation de la population générale

Il conviendrait de mener une campagne d'information du grand public sur les avantages de l'allaitement, qui viserait plusieurs objectifs. D'une part, cette campagne devrait favoriser la décision d'allaiter. Ensuite, elle devrait faire en sorte que les femmes qui allaitent bénéficient du soutien de leur entourage, particulièrement de leur conjoint. Enfin, elle devrait militer pour un changement des cultures par rapport à l'allaitement, qui aurait pour effet de protéger les mères allaitantes et de faciliter ce mode d'alimentation pour des périodes suffisamment longues.

6.1.2 Congé de maternité

Comme il a été mentionné plus haut, le congé de maternité devrait permettre un allaitement exclusif durant une période minimale de 16 semaines. La FSPS devrait donc développer des activités de lobbying en vue d'amener une législation qui garantisse un congé de 20 semaines à toutes les femmes suisses qui accouchent. Il y aurait lieu d'examiner les possibilités de financement de ces congés par des modifications de la loi sur le travail ou par le biais de la nouvelle loi sur l'assurance maternité.

6.1.3 Respect du code de l'OMS pour la mise sur le marché des substituts au lait maternel

La FSPS devrait encourager le gouvernement fédéral à adopter le code de l'OMS pour la mise en marché des substituts du lait maternel et à exercer le rôle de police sanitaire nécessaire à son bon respect. En particulier, l'Etat devrait légiférer sur le statut de ces substituts et donc sur la publicité qui serait autorisée.

6.1.4 Encouragements financiers

La FSPS devrait exercer des activités de lobbying pour que les primes antérieurement versées par les caisses-maladie aux mères qui allaitaient encore à 10 semaines post-partum soient redistribuées conformément à leur vocation première, soit la promotion de l'allaitement maternel pour des périodes suffisamment longues.

6.1.5 Remboursement des consultations pour l'allaitement

La nouvelle LAMal reconnaît le remboursement de 3 consultations pour allaitement. Les consultantes en allaitement ne font cependant pas partie de la liste des professionnels éligibles. Il est du ressort de la FSPS d'évaluer si l'offre de services correspond à la demande en matière d'alimentation au sein et ce, tant en quantité qu'en qualité. En cas d'insuffisance dans ce domaine, la FSPS devrait exercer un lobbying pour faire modifier les dispositions de la loi ou de son ordonnance d'application.

7 RÉFÉRENCES

1. Abdurrahman MB. Refusal to police breast-feeding. *Can Med Assoc J* 1995;153:1568-9
2. Ackermann-Liebrich U. Stillgelder-eine präventivmedizinische Massnahme. *Schweiz Rundsch Med Prax* 1981;70:1628-32
3. Anonyme. L'alimentation infantile, bases physiologiques. *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé* 1989; supp vol. 67:1-102
4. Anonyme. Promotion de l'allaitement maternel. *Le Bloc-notes* 1997;17:1-3
5. Anonymous. Human milk, breastfeeding, and transmission of human immunodeficiency virus in the United States. *Pediatrics* 1995;96:977-9
6. Anonymous. PCBs in breast milk. *Pediatrics* 1994;94:122-3
7. Anonymous. Pediatrician's responsibility for infant nutrition. *Pediatrics* 1997;99:749-50
8. Anonymous. Position of the American Dietetic Association: promotion and support of breast-feeding. *J Am Diet Assoc* 1993;93:467-9
9. Anonymous. Position of the American Dietetic Association: promotion of breast-feeding. *J Am Diet Assoc* 1997;97:662-6
10. Anonymous. The transfer of drugs and other chemicals into human milk. *Pediatrics* 1994;93:137-50
11. Auerbach KG, Guss E. Maternal employment and breast feeding. *AJDC* 1984;138:958-60
12. Campbell H, Gibson A. Health targets in the NHS: lessons learned from experience with breast feeding targets in Scotland. *BMJ* 1997;314:1030-3
13. Campbell H, Jones I. Promoting breastfeeding: a view of the current position and a proposed agenda for action in Scotland. *J Public Health Med* 1996;18:406-14
14. Caulfield LE, Bentley ME, Ahmed S. Is prolonged breastfeeding associated with malnutrition? Evidence from nineteen demographic and health surveys. *Int J Epidemiol* 1996;25:693-703
15. Chalmers B. The issue of breastfeeding promotion. *Birth* 1994;21:120
16. Cohen R, Mrtek MB, Mrtek RG. Comparison of maternal absenteeism and infant illness rates among breast-feeding and formula-feeding women in two corporations. *Am J Health Promot* 1995;10:148-53
17. Conseil fédéral suisse. Message concernant la loi fédérale sur l'assurance-maternité (LAMat) du 25 juin 1997
18. Conzelmann C. Stillhäufigkeit und Stilldauer in der Schweiz. *Institut für Sozial und Präventivmedizin der Universität Basel* 1995
19. Conzelmann-Auer C, Ackermann-Liebrich U. Frequency and duration of breast-feeding in Switzerland. *Soz Präventivmed* 1995;40:396-98
20. Corbett-Dick P, Bezek SK. Breastfeeding promotion for the employed mother. *J Pediatr Health Care* 1997;11:12-9
21. Cunningham AS, JelliffeDB, Jelliffe EFP. Breast-feeding and health in the 1980s: a global epidemiologic review. *J Pediatr* 1981; 118:659-66
22. Diaz S. The human reproductive pattern and the changes in women's roles. *Int . J. Gynecol. Obstet* 1994;47(Suppl):S3-S9

23. Ekpini ER, Wiktor SZ, Satten GA, Adjorlolo-Johnson G, Sibailly TS, Ou CY, Karon JM et al. Late postnatal mother-to-child transmission of HIV-1 in Abidjan, Cote d'Ivoire. *Lancet* 1997;349:1054-59
24. Ferguson AE, Tappin DM, Girdwood RWA, Keenedy R, Cockburn F. Breast feeding in Scotland. *BMJ* 1994;308:824-5
25. Fleming J, Turner DJ. Breastfeeding promotion—a community consortium approach. *J Tenn Med Assoc* 1996;89:126-128
26. Fraudenheim JL, Marshall JR, Vena JE, Moysich KB, Muti P, Laughlin R, Nemoto T et al. Lactation history and breast cancer risk. *Am J Epidemiol* 1997;146:932-8
27. Freed GL. Breast-feeding. Time to teach what we preach. *JAMA* 1993;269:243-5
28. Gielen AC, Faden RR, O'Campo P, Brown CH, Paige DM. Maternal employment during the early postpartum period: effects on initiation and continuation of breast-feeding. *Pediatrics* 1991; 87:298-305
29. Hino S, Katamine S, Miyata H, Tsuji Y, Yamabe T, Miyamoto T. Primary prevention of HTLV-1 in Japan. *Leukemia* 1997;11(Suppl 3):57-9
30. Hoddinott P. Setting target rates for breast feeding would probably be a waste of resources. *BMJ* 1997;315:313
31. Huffman SL, Labbock MH. Breastfeeding in family planning programs: a help or a hindrance? *Int J Gynaecol Obstet* 1994;47(Suppl):S23-32
32. Jakobsen MS, Sodemann M, Molbak K, Aaby P. Reason for termination of breastfeeding and the length of breastfeeding. *Int J Epidemiol* 1996;25:115-21
33. Katcher AL, Lanese MG. Breast-feeding by employed mothers: a reasonable accommodation in the work place. *Pediatrics* 1985;75:644-7
34. Kennedy K.I. Effects of breast feeding on women's health. *Int J Gynecol. Obstet* 1994;47(Suppl) :S11-S21
35. Knipscher CD. Consortium building: wide-base support and promotion of breastfeeding in the community. *J Hum Lact* 1994;10:45-7
36. Kreiss J. Breastfeeding and vertical transmission of HIV-1. *Acta Paediatr* 1997;421(Suppl):113-7
37. Kuhn L, Stein Z. Infant survival, HIV infection, and feeding alternatives in less-developed countries. *Am J Public Health* 1997;87:926-31
38. Labbock MH. Breastfeeding as a women's issue: conclusions and consensus, complementary concerns, and next actions. *Int J Gynaecol Obstet* 1994;47(Suppl):S55-62
39. Lawrence R. *Breast-feeding: a guide for the medical profession*. Mosby 1994
40. Levitt C. Canada urged to ban free infant-formula samples. *Can Med Assoc J* 1995;152:1587-8
41. Lyons LK. Breast-feeding benefits cross socioeconomic lines. *J Am Diet Assoc* 1997;97:385
42. Marquis GS, Habicht JP, Lanata CF, Black RE, Rasmussen KM. Association of breastfeeding and stunting in Peruvian toddlers: an example of reverse causality. *Int J Epidemiol* 1997;26:349-56
43. Molbak K, Jakobsen M, Sodemann M, Aaby P. Is malnutrition associated with prolonged breastfeeding? *Int J Epidemiol* 1997; 26:458-9
44. Montgomery DL, Splett PL. Economic benefit of breast-feeding infants enrolled in WIC. *J Am Diet Assoc* 1997;97:379-85
45. Newcomb PA, Storer BE, Longnecker MP, Mittendorf R, Greenberg ER, Clapp RW, Burke KP et al. Lactation and a reduced risk of premenopausal breast cancer. *N Engl J Med* 1994;330:81-7
46. Nicoll A. Breast feeding should be promoted as a public health measure [letter; comment]. *BMJ* 1996;312:312

47. O'Gara C, Canahuati J, Moore Martin A. Every mother is a working mother: breast feeding and women's work. *Int J Gynaecol Obstet* 1994;47(Suppl):S33-40
48. Piper S, Parks PL. Predicting the duration of lactation: evidence from a national survey. *Birth* 23:7-12
49. Polywka S, Feucht H, Zollner B, Laufs R. Hepatitis C virus infection in pregnancy and the risk of mother-to-child transmission. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1997;16:121-4
50. Ryan AS, Martinez GA. Breastfeeding and the working mother: a profile. *Pediatrics* 1989; 83: 524-31
51. Rogan WJ, Gladen BC. Breast-feeding and cognitive development. *Early Hum Dev* 1993;31:181-93
52. Saadeh R, Akre J. Ten steps to successful breastfeeding: a summary of the rationale and scientific evidence. *Birth* 1996;23:154-60
53. Saarinen UM, Kajosaari M. Breastfeeding as prophylaxis against atopic disease: prospective follow-up study until 17 years old [see comments]. *Lancet* 1995;346:1065-9
54. Sciacca JP, Dube DA, Phipps BL, Ratliff MI. A breast feeding education and promotion program: effects on knowledge, attitudes, and support for breast feeding. *J Community Health* 1995;20:473-90
55. Sciacca JP, Phipps BL, Dube DA, Ratliff MI. Influences on breast-feeding by lower-income women: an incentive-based, partner-supported educational program. *J Am Diet Assoc* 1995;95:323-8
56. Simondon KB, Simondon F. Prolonged breastfeeding and malnutrition. *Int J Epidemiol* 1997;26:677-9
57. Sullivan P. Breast-feeding still faces many roadblocks, national survey finds. *Can Med Assoc J* 1996;154:1569-70
58. Takezaki T, Tajima K, Ito M, Ito S, Kinoshita K, Tachibana K, Matsushita Y. Short-term breast-feeding may reduce the risk of vertical transmission of HTLV-I. *Leukemia* 1997;11(Suppl 3):60-2
59. Valaitis RK, Shea E. An evaluation of breastfeeding promotion literature: does it really promote breastfeeding? *Can J Public Health* 1993;84:24-7
60. Van de Perre P, Meda N, Cartoux M, Leroy V, Dabis F. Late postnatal transmission of HIV-1 and early weaning. *Lancet* 1997;350:221
61. Van Esterik P. Breastfeeding and feminism. *Int J Gynaecol Obstet* 1994;47(Suppl):S41-50
62. Walker M. Breastfeeding and the employed mother. *J Pediatr Health Care* 1997;11:201
63. Wilkinson D. Mother to child transmission of HIV infection: the reality and the promise. *Trop Doct* 1997;27:220-2
64. World Health Organization. Protecting, promoting, and supporting breastfeeding. The special rôle of maternity services (a joint WHO/UNICEF statement). Geneva, Switzerland: WHO/UNICEF; 1989
65. Zimmer P, Garza C. Maternal considerations in formulating HIV-related breast-feeding recommendations. *Am J Public Health* 1997;87:904-6
66. Zimmerman DR, Bernstein WR. Standing feeding orders in a well-baby nursery: « water, water everywhere... ». *J Hum Lact* 1996;12:189-92

8 ANNEXE :

DECLARATION CONJOINTE DE L'OMS ET DU
FISE

PROTECTION, ENCOURAGEMENT
ET SOUTIEN DE
L'ALLAITEMENT MATERNEL

Le rôle spécial des services liés à la maternité



Déclaration conjointe de l'OMS et du FISE

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS), créée en 1948, est une institution spécialisée des Nations Unies à qui incombe, sur le plan international, la responsabilité principale en matière de questions sanitaires et de santé publique. Au sein de l'OMS, les professionnels de la santé de quelque 165 pays échangent des connaissances et des données d'expérience en vue de faire accéder d'ici l'an 2000 tous les habitants du monde à un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive.

Grâce à la coopération technique qu'elle pratique avec ses Etats Membres ou qu'elle stimule entre eux, l'OMS s'emploie à promouvoir la mise sur pied de services de santé complets, la prévention et l'endiguement des maladies, l'amélioration de l'environnement, le développement des personnels de santé, la coordination et le progrès de la recherche biomédicale et de la recherche sur les services de santé, ainsi que la planification et l'exécution des programmes de santé.

Le vaste domaine où s'exerce l'action de l'OMS comporte des activités très diverses: développement des soins de santé primaires pour que toutes les populations puissent y avoir accès; promotion de la santé maternelle et infantile; lutte contre la malnutrition; lutte contre le paludisme et d'autres maladies transmissibles, dont la tuberculose et la lèpre, la variole étant d'ores et déjà éradiquée; promotion de la vaccination de masse contre un certain nombre d'autres maladies évitables; amélioration de la santé mentale; approvisionnement en eau saine; formation de personnels de santé de toutes catégories.

Il est d'autres secteurs encore où une coopération internationale s'impose pour assurer un meilleur état de santé à travers le monde et l'OMS collabore notamment aux tâches suivantes: établissement d'étalons internationaux pour les produits biologiques, les pesticides et les préparations pharmaceutiques; formulation de critères de salubrité de l'environnement; recommandations relatives aux dénominations communes internationales pour les substances pharmaceutiques; application du Règlement sanitaire international; révision de la Classification internationale des maladies, traumatismes et causes de décès; rassemblement et diffusion d'informations statistiques sur la santé.

On trouvera dans les publications de l'OMS de plus amples renseignements sur de nombreux aspects des travaux de l'Organisation.

L'illustration de la couverture est une partie d'une affiche reproduite avec la permission du Ministère de la Santé du Pérou.

Protection, encouragement et soutien
de l'allaitement maternel:
Le rôle spécial
des services liés à la maternité

Déclaration conjointe de l'OMS et du FISE



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
GENÈVE
1989

ISBN 92 4 256130 4

© Organisation mondiale de la Santé

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la Protection prévue par les dispositions du Protocole No 2 de la Convention universelle pour la protection du Droit d'Auteur. Pour toute reproduction ou traduction partielle ou intégrale, une autorisation doit être demandée au Bureau des Publications, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse. L'Organisation mondiale de la Santé sera toujours très heureuse de recevoir des demandes à cet effet.

Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé de préférence à d'autres. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

IMPRIMÉ EN SUISSE

89/8030 — Arabic Publications SA-9300

Table des matières

	Page
Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel	iv
Avant-propos	1
<hr/>	
1. Introduction	3
<hr/>	
2. Formation des personnels de santé à la promotion et au soutien de l'allaitement maternel	6
Les enseignements indispensables concernant l'allaitement maternel	6
La formation des personnels de santé	8
<hr/>	
3. Circonstances dans lesquelles les personnels de santé devraient intervenir	9
Le contexte social général de l'intervention des personnels de santé	9
Structure et fonctionnement des services de santé	11
Gagner le soutien des personnalités influentes	12
<hr/>	
4. Démarches et soins individuels	13
Soins prénatals: antécédents, visites médicales et conseils	13
Soins prénatals: conseils de diététique quotidienne et concernant l'usage de drogues	14
Soins à dispenser à la mère durant l'accouchement et immédiatement après	17
Soins aux nouveau-nés	19
Sortie de la maternité et suivi	22
<hr/>	
5. Conclusion	27
<hr/>	
Annexe: Liste de contrôle pour déterminer le degré d'adéquation du soutien apporté à l'allaitement maternel dans les hôpitaux, maternités et cliniques	28

Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel

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

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

Avant-propos

Dans notre monde fait de diversité et de contrastes, nous considérons que cette déclaration sur la contribution que les prestations de maternité apportent à l'encouragement de l'allaitement maternel revêt une valeur universelle. Les principes exposés plus loin s'appliquent *partout* où sont offertes des prestations de maternité, quelles que soient les étiquettes telles que pays "développés" et "en développement", "Nord" et "Sud", ou encore sociétés "modernes" et "traditionnelles". D'autre part, les professionnels de la santé et les autres responsables des prestations de maternité sont bien placés pour appliquer ces principes en assurant l'encadrement indispensable pour entretenir, ou au besoin recréer, une tradition de l'allaitement maternel.

Si l'on découvre toujours de nouveaux avantages venant s'ajouter à ceux, déjà nombreux, du lait maternel et de l'allaitement au sein, rares sont ceux qui aujourd'hui pourraient contester ouvertement le slogan "Le sein, c'est plus sain". Pourtant, les slogans, même s'ils correspondent étroitement à la réalité, ne sauraient se substituer à l'action. C'est pourquoi nous invitons tous ceux qui sont amenés à assurer des prestations de maternité à étudier cette déclaration afin de savoir dans quelle mesure ils favorisent ou non l'allaitement maternel. Encouragent-ils et soutiennent-ils les mères de famille par tous les moyens possibles? Nous leur demandons instamment, où qu'ils se trouvent, de veiller à ce que leurs services soient pleinement mobilisés à cet effet et de témoigner ainsi des bienfaits inégalés que l'allaitement au sein apporte à la fois aux nourrissons et à leurs mères.



Dr Hiroshi Nakajima,
Directeur général
Organisation mondiale de la Santé



James P. Grant
Directeur général
Fonds des Nations Unies pour l'enfance



OMS/OPS (19834)

1. Introduction

L'allaitement au sein constitue un moyen sans égal de nourrir l'enfant de la façon qui convient le mieux pour sa croissance et son bon développement et il exerce en outre une influence biologique et affective sans pareille sur l'état de santé de la mère et de l'enfant. Les propriétés antiseptiques du lait maternel contribuent à protéger les nourrissons contre les maladies et il existe d'autre part une relation importante entre l'allaitement au sein et l'espacement des naissances. C'est pourquoi, les membres des professions de santé qui travaillent dans des établissements de soins ne devraient négliger aucun effort pour protéger, encourager et soutenir l'allaitement maternel, ainsi que pour offrir aux femmes enceintes et aux mères qui viennent d'accoucher des conseils objectifs et cohérents à cet égard.

La prévalence et la durée de l'allaitement maternel ont diminué dans de nombreuses régions du monde, pour diverses raisons d'ordre social, économique ou culturel. Dans bien des sociétés, l'adoption de techniques modernes et de nouveaux modes de vie a entraîné une réduction notable de l'intérêt attaché à cette pratique traditionnelle. Ne serait-ce qu'involontairement, les services de santé contribuent fréquemment à ce recul, soit parce qu'ils n'aident ni n'encouragent les mères à nourrir leurs enfants au sein, soit parce qu'ils adoptent des pratiques et des procédures qui dissuadent la mère de commencer normalement, puis de continuer, à nourrir son enfant au sein. Il arrive ainsi couramment qu'ils séparent les mères de leurs enfants au moment de la naissance, qu'ils donnent aux nouveau-nés des solutions de glucose au biberon avant que la lactation ne commence, et qu'ils encouragent systématiquement la consommation de substituts du lait maternel.

Pour entreprendre et poursuivre avec succès l'allaitement au sein, les mères ont besoin d'un soutien actif, durant leur grossesse et après l'accouchement, non seulement de la part de leur famille et de leur communauté, mais également de la part de l'ensemble des services de santé. L'idéal serait que tous les personnels de santé auxquels ont accès les femmes enceintes et les accouchées aient la volonté d'encourager l'allaitement maternel, soient capables de donner les informations voulues, et possèdent une connaissance pratique approfondie de l'allaitement au sein.

Trop souvent, les choses se présentent de façon tout à fait différente dans la réalité: les personnels de santé sont mal informés sur l'allaitement maternel et n'ont guère l'expérience, ni les moyens d'offrir aux mères le soutien voulu; ils ignorent parfois aussi les principaux facteurs qui incitent les mères à nourrir leurs enfants au sein et à cesser à plus ou moins brève échéance de le faire. Leur formation les amène fréquemment à préférer l'alimentation au biberon, "technique moderne" facile à enseigner et à contrôler, plutôt qu'à préparer les mères à un allaitement maternel réussi, pratique qu'ils considèrent peut-être comme démodée et qui ne mérite plus désormais à leurs yeux qu'on y porte un intérêt particulier. Il n'est pas surprenant non plus qu'ils ignorent parfois l'effet négatif que les pratiques et les procédures hospitalières courantes (souvent pour des motifs de rentabilité, ou en raison de contraintes financières, ou encore pour des motifs prétendument scientifiques) peuvent avoir sur l'adoption et la poursuite de l'allaitement au sein. Les obstacles à cette adoption vont de la disposition des locaux et de l'organisation matérielle des maternités et de leurs services aux attitudes des médecins, du personnel infirmier, des administrateurs et des autres personnels.

L'OMS et le FISE estiment que, parmi les nombreux facteurs qui influent sur l'adoption et la poursuite normale de l'allaitement au sein, les prestations sanitaires, et notamment celles dispensées aux mères et aux nouveau-nés, constituent l'un des moyens les plus prometteurs d'accroître la prévalence et la durée de cette pratique. Cela tient au fait que les personnels de santé sont prédisposés à encourager les comportements bénéfiques pour la santé, à la nature et à la fonction mêmes des établissements de soins, et au fait que la préservation ou l'adoption de pratiques et de procédures appropriées n'exige guère de ressources supplémentaires, si ce n'est la bonne volonté.

C'est pourquoi l'OMS et le FISE souhaitent encourager une étude sur la façon dont les services de santé favorisent ou contrarient l'allaitement maternel, le but étant de faire une plus grande place aux politiques, aux pratiques et aux procédures qui en stimulent l'adoption et la poursuite, et de modifier celles qui lui sont défavorables. La présente déclaration se concentre sur la période relativement courte des soins prénatals, obstétricaux et périnatals qui sont assurés dans les services de maternité, période déterminante pour le succès de l'adoption et de la poursuite de l'allaitement maternel. C'est le moment où l'interaction entre les personnels de santé et les mères est la plus étroite et où les prestations de soins exercent la plus grande influence sur l'attitude des

mères à l'égard de l'allaitement au sein et sur le sentiment qu'elles ont de pouvoir ou non le pratiquer. La déclaration et son annexe peuvent servir pour identifier des principales interventions auxquelles doivent procéder les services de maternité pour encourager et faciliter véritablement l'allaitement maternel.

La déclaration s'adresse aux autorités nationales compétentes, c'est-à-dire à celles qui arrêtent les politiques en matière de santé et de nutrition, aux responsables des services de santé maternelle et infantile et de planification familiale, aux médecins-praticiens, aux sages-femmes, aux personnels infirmiers et autres des maternités et des établissements de soins aux nouveau-nés, aux groupements de professionnels de la santé et aux associations de soutien aux mères de famille. Elle a un double objectif: d'une part mieux faire comprendre le rôle déterminant que les services de santé sont appelés à jouer, s'agissant de protéger et d'encourager l'allaitement maternel, d'autre part décrire ce qu'il convient de faire pour apporter aux mères les informations et les soutiens voulus. Elle met l'accent sur les interventions qui s'imposent, plutôt que sur le détail de leur contenu, par exemple la structure des messages à faire passer ou les moyens de le faire. Le choix de ces détails s'effectue au mieux compte tenu des circonstances locales. C'est pourquoi les lecteurs sont invités à adapter la déclaration à ces circonstances et à l'utiliser pour déterminer comment organiser de façon optimale leurs prestations de maternité afin d'encourager et de faciliter l'adoption et la poursuite de l'allaitement par les mères qui sont confiées à leurs soins.

Démarche proposée

Les programmes et les institutions qui assurent des prestations de maternité et des soins aux nouveau-nés devraient revoir leurs politiques et leurs pratiques à l'égard de l'allaitement maternel. S'ils ne l'ont pas déjà fait, ils devraient élaborer des politiques d'encouragement de l'allaitement maternel s'appliquant aux soins à dispenser aux femmes enceintes et aux accouchées ainsi qu'aux nouveau-nés, et comportant une information, une éducation et une formation adéquates. Ils devraient veiller à porter ces politiques à la connaissance de tous les personnels concernés et en évaluer périodiquement l'efficacité.

2. Formation des personnels de santé à la promotion et au soutien de l'allaitement maternel

Les enseignements indispensables concernant l'allaitement maternel

Il conviendrait de donner à tous les personnels de santé un certain nombre d'informations essentielles qui leur permettraient de mieux comprendre la relation entre les prestations de santé offertes et l'adoption, comme la poursuite, de l'allaitement maternel dans des conditions de succès, ainsi que le rôle que les établissements de soins doivent jouer s'agissant de protéger, encourager et soutenir cette pratique. On retiendra particulièrement que:

- L'allaitement au sein constitue un moyen sans pareil d'assurer à tous les nourrissons normaux une alimentation idéale pour une croissance et un développement sains. L'idéal serait que l'allaitement exclusivement maternel constitue la norme durant les quatre à six premiers mois de la vie.
- Pratiquement toutes les femmes peuvent produire du lait; les causes physiopathologiques véritables d'agalactie sont rares.
- L'une des raisons les plus courantes pour lesquelles les mères n'adoptent pas l'allaitement au sein, l'interrompent prématurément ou pratiquent une alimentation d'appoint avant qu'elle ne s'impose du point de vue nutritionnel, est l'anxiété provoquée par une crainte non fondée d'agalactie (c'est-à-dire d'incapacité à produire du lait) ou d'insuffisance de la lactation (crainte que le lait maternel ne suffise pas aux besoins nutritionnels du nourrisson normal). Un soutien psychologique renforcera la confiance de la mère à cet égard.
- Les anesthésies, l'administration de tranquillisants puissants, le travail prolongé, les interventions chirurgicales et les autres causes de stress, d'inconfort ou de fatigue chez la mère et chez le nouveau-né retardent le début de la lactation.
- Le meilleur moyen de stimuler la sécrétion lactée consiste à mettre la mère et l'enfant en contact étroit dès la naissance et à faire téter fréquemment le nouveau-né.
- Il importe de placer correctement le nouveau-né contre le sein afin de faciliter la tétée, d'assurer l'arrivée du lait et de prévenir l'irritation et les gerçures du mamelon ainsi que l'engorgement des seins.
- Le premier lait, ou colostrum, revêt une importance particulière pour

la nutrition et la santé du nouveau-né, étant donné sa forte teneur en protéines et en vitamines liposolubles et ses propriétés antiseptiques. C'est lui qui assure la première immunisation du nouveau-né.

- Dans les circonstances normales, le nouveau-né n'a besoin ni d'eau ni d'autre nourriture durant les deux à quatre premiers jours suivant la naissance, durant lesquels la lactation commence.
- Il est en général superflu de donner d'autres aliments ou boissons à l'enfant nourri au sein jusqu'à l'âge d'environ quatre mois, et cette pratique peut comporter des risques, par exemple celui de



OMS/I.K. Oduro (participant au concours international de photos "La santé pour tous - Tous pour la santé".)

rendre le nourrisson plus vulnérable aux diarrhées et autres maladies. En raison de ses effets sur la tétée et la sécrétion lactée, l'administration d'autres aliments ou boissons avant que l'alimentation d'appoint ne soit nutritionnellement nécessaire peut compromettre l'adoption ou la poursuite de l'allaitement maternel.

Démarche proposée

Les institutions et les programmes qui assurent des prestations de maternité et des soins aux nouveau-nés devraient veiller à communiquer à tous les personnels concernés les informations indispensables concernant l'allaitement au sein.

La formation des personnels de santé

La formation des personnels mérite qu'on y prête une attention particulière, notamment lorsqu'il s'agit de ceux qui sont directement chargés de prendre soin des mères et de leur fournir des informations objectives et cohérentes au sujet de la bonne alimentation du nourrisson. Les personnels de santé doivent non seulement connaître les tenants et aboutissants sanitaires, nutritionnels et physiologiques d'une bonne alimentation, mais également être familiarisés avec les mécanismes de l'allaitement maternel, les influences psychosociales qui s'exercent sur lui, les difficultés possibles et la manière de les surmonter. La connaissance ne suffit naturellement pas à elle seule: il faut également que le personnel ait une attitude positive à l'égard de l'allaitement au sein, attitude qui découle de l'expérience et de la perception des avantages nombreux et incomparables que cette formule d'alimentation apporte à la fois aux mères et aux nourrissons.

Démarche proposée

Les personnels des maternités et des consultations de santé maternelle et infantile ou de planification familiale devraient recevoir une formation appropriée, pendant leurs études et en cours d'emploi, concernant les avantages pour la santé de l'allaitement au sein et sa gestion. Tous les autres personnels de santé devraient être pleinement instruits de l'importance de l'allaitement maternel.

3. Circonstances dans lesquelles les personnels de santé devraient intervenir

Le rôle déterminant que les personnels de santé jouent dans la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel s'explique par leur fonction sociale générale. Etant donné qu'ils font autorité en matière de nutrition et de santé du nourrisson, ils sont plus que quiconque à même d'influer sur l'organisation et le fonctionnement des services de santé qui prennent soin des mères avant, durant et après la grossesse et l'accouchement.

Le contexte social général de l'intervention des personnels de santé

L'action qui consiste à promouvoir et faciliter l'allaitement maternel ne relève pas de la responsabilité exclusive des services de santé, pas plus que de programmes de protection sanitaire déterminés ou d'une catégorie de personnels de santé. Il faut, dans l'idéal, la considérer comme l'un des nombreux et importants éléments d'une politique de santé et de nutrition qui mérite les encouragements de tous les membres de la société. Le soutien apporté à l'allaitement maternel par les services de santé grâce aux connaissances, aux compétences et à la volonté des personnels de ces services, s'inscrira donc dans l'engagement, pris par la société dans son ensemble, d'assurer aux nourrissons et aux jeunes enfants une alimentation appropriée.

L'expérience et l'éducation des femmes, depuis la première enfance, influenceront, plus tard dans leur vie, sur leurs attitudes et leurs décisions en matière d'allaitement. C'est ainsi que l'un des nombreux moyens importants d'inciter les fillettes, adolescentes et jeunes femmes à adopter des attitudes positives à l'égard de l'allaitement maternel consistera à leur faire observer régulièrement d'autres femmes en train de nourrir leurs enfants au sein, notamment si ces femmes appartiennent à la même famille ou au même groupe social.

Dans une "civilisation du biberon", les fillettes, adolescentes et jeunes femmes n'ont, par définition, aucun modèle positif de l'allaitement

maternel dans leur expérience de tous les jours. Il n'est donc pas surprenant que souvent, les femmes adultes qui vivent dans ces environnements ne soient guère renseignées sur cette forme d'allaitement, qu'elles n'aient peu ou pas d'expérience de son mécanisme, qu'elles ne croient pas en leur aptitude à allaiter leur enfant au sein et qu'elles n'aient pas à leur portée de membres proches de leur famille, d'amies ou d'autres formes de soutien social en mesure de les aider à surmonter les difficultés auxquelles elles pourraient se trouver confrontées en adoptant l'allaitement au sein. Dans les cas extrêmes, des générations entières de jeunes mères n'ont jamais vu une femme allaiter son enfant et ne savent rien d'une pratique qu'elles considèrent comme démodée et dépourvue désormais de toute nécessité. Il est nettement préférable de ne pas attendre que ces femmes fréquentent les consultations de soins prénatals ou accouchent dans une maternité pour essayer de leur enseigner ce qu'il faut savoir de l'allaitement maternel et pour les inciter à nourrir leurs enfants au sein. Rares sont les mères qui, dans ces conditions, parviennent à allaiter elles-mêmes leur nourrisson, même si elles le veulent.

Dès la première enfance et jusque dans l'adolescence, les filles devraient être motivées à pratiquer l'allaitement au sein, à la fois par l'expérience et par l'éducation. Les mères qui allaitent devraient être encouragées à laisser les enfants de tous âges, mais plus particulièrement les filles, observer la façon dont elles nourrissent leur nourrisson et en prennent soin. Il conviendrait d'insister sur les avantages de l'allaitement maternel dans la formation des adolescentes à la vie de couple, et de leur donner des informations complètes sur la relation importante qui existe entre l'allaitement au sein et l'espacement des naissances.

Il faut empêcher la formation d'un cycle auto-entretenu d'ignorance au sujet d'allaitement maternel, notamment dans les sociétés qui connaissent les bouleversements liés à une modernisation rapide, ou bien, lorsque ce cycle s'est déjà mis en place, le rompre par un effort pédagogique étendu, intensif et soutenu. Les personnels de santé devraient jouer le rôle de pionniers afin de préserver ou de recréer une tradition de l'allaitement maternel, en encourageant l'adoption d'attitudes positives à l'égard de cette pratique dans l'ensemble de la société, ainsi qu'en incitant les leaders des communautés à obtenir ce résultat et en coopérant étroitement avec eux à cet effet. Le modèle offert par les femmes qui exercent un métier de santé et qui allaitent leur nourrisson constitue un important moyen d'action, et le fait d'offrir à ces femmes le temps et les moyens de pratiquer l'allaitement maternel constitue une indication positive du large soutien de la société.

Démarche proposée

Les personnels de santé devraient jouer un rôle de pionniers afin de préserver ou de recréer une tradition de l'allaitement maternel, en encourageant l'adoption d'attitudes positives à l'égard de cette pratique dans l'ensemble de la société, ainsi qu'en incitant les leaders des communautés à obtenir ce résultat et en coopérant étroitement avec eux à cet effet. Les responsables des établissements de santé devraient veiller à ce que leurs politiques de l'emploi, leurs installations et leurs horaires de travail permettent aux femmes qui appartiennent à leur personnel d'allaiter leurs nourrissons, à la fois pour le bien des mères et des enfants en cause et à titre d'exemple pour les autres.

Structure et fonctionnement des services de santé

La structure et le fonctionnement des services de santé présentent de nombreux aspects qui faciliteront ou gêneront selon le cas l'action menée par les personnels de santé pour protéger, encourager et soutenir la pratique de l'allaitement maternel. Il arrive souvent que ces services adoptent telles ou telles procédures et pratiques pour des raisons scientifiques ou organisationnelles apparemment valables, ou bien pour permettre à leurs personnels d'assurer commodément ce qu'ils considèrent comme des prestations à la fois productives et efficaces. Il est rare, par contre, que l'on pense aux conséquences que ces procédures et pratiques peuvent avoir sur le plan de l'allaitement maternel. Dans ces conditions, le fait de maintenir réunis 24 heures sur 24 les mères et les nouveau-nés présente, comme certains soins habituels de la période néonatale, une importance qui est analysée à la page 20.

Les attitudes adoptées dans le service de santé ont elles aussi leur importance du point de vue de l'allaitement maternel. C'est ainsi par exemple que son personnel peut exercer une influence bénéfique en démontrant à une mère et à sa famille qu'il considère la grossesse, l'accouchement et l'allaitement au sein comme une expérience positive qui doit trouver sa place dans un environnement accueillant et favorable. De plus, de nombreuses procédures et pratiques qui n'ont pas de relation directe avec l'allaitement maternel contribueront à son adoption dans des conditions de succès en donnant aux femmes un sentiment de sécurité plus grand, en supprimant tout inconfort inutile et en assurant à la mère un soutien psychologique maximal durant le travail et l'accouchement.

Démarche proposée

Dans le cadre de la revue générale des politiques et pratiques en matière d'allaitement maternel, les administrateurs de santé devraient déterminer quelles sont les composantes de la structure et du fonctionnement de leurs services qui aident leur personnel à protéger, encourager et soutenir la pratique de l'allaitement maternel, ou qui gênent cette action.

Gagner le soutien des personnalités influentes

Le contenu des programmes d'enseignement de pédiatrie, d'obstétrique et de santé publique, ainsi que les attitudes des enseignants, exercent une influence directe sur les politiques et les programmes des services de santé concernant l'allaitement au sein. Les personnels de ces services sont, quant à eux, bien placés pour coopérer directement avec les responsables des décisions en matière de santé lorsqu'il s'agit de déterminer les composantes de leurs programmes de soins maternels et infantiles qui favorisent ou non l'allaitement maternel et de décider comment améliorer la situation. Les décisions de politique dans ce domaine concernent la structure et le fonctionnement des services de santé (voir page précédente) autant que le contenu des programmes de formation de leurs personnels; les uns et les autres revêtent une importance fondamentale lorsqu'il s'agit de déterminer comment ces services peuvent protéger, encourager et soutenir la pratique de l'allaitement maternel.

Les personnels de santé, notamment par l'entremise de leurs groupements professionnels, sont bien placés pour servir de sources d'informations faisant autorité sur l'allaitement maternel ainsi que de forums pour la révision des politiques et programmes en la matière, et pour encourager la prise de mesures appropriées à l'intérieur comme à l'extérieur du secteur de la santé.

Démarche proposée

Les groupements professionnels des personnels de santé devraient s'employer activement à promouvoir l'adoption de programmes d'enseignement appropriés et à élaborer des politiques socialement rationnelles de nature à encourager et soutenir la pratique de l'allaitement maternel dans les maternités et les autres services de santé. Les autorités nationales compétentes devraient apporter leur soutien à cette action des groupements de personnels de santé et encourager l'établissement d'un dialogue constructif entre toutes les parties concernées.

4. Démarches et soins individuels

Soins prénatals: antécédents, visites médicales et conseils

Il conviendrait de faire bénéficier toutes les femmes enceintes et les mères d'une éducation et d'un encouragement à pratiquer l'allaitement au sein. La formule idéale pour conseiller les femmes sur ce point consiste à adopter une approche personnelle des besoins de chaque interlocutrice en se fondant sur ce que l'on sait d'elle et de son contexte social. Si la femme qui se présente en consultation a déjà eu des enfants, a nourri avec succès au sein un ou plusieurs de ses enfants, appartient à une société où l'allaitement maternel est chose courante et a l'intention de nourrir son prochain enfant au sein, il est peu probable que le professionnel appelé à la conseiller se heurte à des difficultés particulières pour l'encourager ou l'instruire. Par contre, s'il s'agit d'une primipare appartenant à une société où l'alimentation au biberon constitue la norme, le professionnel ne devra pas sous-estimer les difficultés qu'il éprouvera à guider et aider cette femme, même si elle a exprimé le désir d'allaiter son enfant au sein.

A sa première rencontre avec une femme enceinte, le professionnel de santé devrait, en lui posant des questions sur ses antécédents, déterminer avec soin ses attitudes, ses croyances, ses connaissances et son expérience de l'alimentation des enfants. L'entrevue devrait également lui apporter des indications sur son milieu social, ses habitudes et pratiques alimentaires et celles de sa famille, leurs préférences, ce qu'elles n'aiment pas manger et leurs tabous. Cette information pourra servir plus tard pour déterminer l'état nutritionnel de la femme et lui conseiller le régime qui convient pour la durée de la grossesse et de la lactation (voir le sous-titre suivant). Elle servira aussi de point de départ de l'éducation et de l'aide futures concernant l'allaitement au sein.

Durant l'examen médical, il faudra observer les seins de la femme, à la recherche d'une éventuelle déformation anatomique qui risquerait d'empêcher l'allaitement, par exemple la rétraction des mamelons. Il s'agit là d'une circonstance rare, et les cas bénins peuvent être traités durant la consultation prénatale. Durant le dernier trimestre de sa

grossesse, la femme peut accomplir un certain nombre d'exercices simples pour corriger ces sortes de malformations et se mettre en mesure d'allaiter son enfant avec succès. Il faudra rassurer les femmes à la poitrine peu développée en leur confirmant que la taille des seins a peu de rapport avec leur capacité d'allaiter.

Il conviendrait d'apporter à chaque future mère des informations, concernant l'alimentation des nourrissons, qui soient adaptées à ses antécédents comme à sa situation socio-économique et qui mettent l'accent sur les avantages de l'allaitement au sein. Sur ce plan, le concours prêté individuellement par les mères de famille expérimentées, collectivement par les membres des groupes de soutien aux mères de famille, et par les conseillères en allaitement au sein peut se révéler extrêmement efficace. Les rencontres organisées pour dispenser une éducation sanitaire aux futures mères devraient faire une place prioritaire à l'allaitement maternel dans leur information sur la santé et la nutrition. Ces rencontres devraient compléter plutôt que remplacer les conseils dispensés individuellement aux femmes par les médecins, les sages-femmes, les infirmières et les conseillères en allaitement maternel.

Démarche proposée

Les antécédents de santé de la femme permettent de comprendre son attitude envers l'allaitement maternel, et les personnels de santé devraient conseiller les femmes dans ce domaine en tenant compte à la fois de leur personnalité et de leur situation sociale. Il conviendrait d'élaborer et d'adapter le matériel d'éducation et de formation pour faire en sorte que chaque future mère soit pleinement informée des avantages de l'allaitement maternel pour la santé et la nutrition, ainsi que des techniques à adopter pour le pratiquer avec succès.

Soins prénatals: conseils de diététique quotidienne et concernant l'usage de drogues

L'état nutritionnel durant la grossesse revêt une importance extrême, car non seulement il influe sur l'issue de la grossesse pour la mère et pour l'enfant, mais il exerce également un effet direct sur la qualité

ultérieure de la lactation. Les besoins nutritionnels de la femme enceinte sont plus importants que ceux des autres femmes, mais la différence n'est cependant pas aussi grande qu'on le croyait naguère. La grossesse s'accompagne d'un certain nombre d'adaptations du métabolisme et des fonctions, et notamment des mécanismes d'utilisation de l'énergie. Si l'adage qui veut qu'une femme enceinte "mange pour deux" offre une analogie de démonstration utile lorsqu'il faut accroître l'apport nutritionnel, il ne s'agit quand même que d'une exagération. Les mères en bonne santé et bien nourries peuvent arriver au terme de leur grossesse sans augmenter sensiblement leur ration alimentaire quotidienne.

L'apport calorique de la femme enceinte devrait être adapté à son état nutritionnel et à son activité physique. Les femmes obligées de maintenir une grande activité devraient être encouragées à adopter un régime calorique plus riche, notamment si elles sont sous-alimentées. Dans l'idéal, il conviendrait de leur fournir des suppléments diététiques. Par contre, il conviendrait de conseiller aux femmes bien nourries de ne pas accroître leur apport énergétique alimentaire afin d'éviter de prendre trop de poids. La prise de poids et sa rapidité durant la grossesse constituent en général une bonne indication de départ pour formuler les recommandations individuelles en matière d'apports énergétiques.



OMS/T. Kelly (1976)

Il est admis aujourd'hui qu'il importe d'assurer un régime alimentaire suffisamment riche en énergie durant l'ensemble de la grossesse, et non pas seulement, comme on le croyait naguère, durant ses derniers mois, au moment où les besoins nutritionnels du fœtus sont les plus grands. C'est pourquoi il conviendrait d'accroître en cas de besoin l'apport énergétique dès le début de la grossesse, puisqu'il faut constituer les réserves de graisse que la femme devra utiliser plus tard, y compris pour la lactation durant laquelle les besoins caloriques sont particulièrement élevés.

Dans les populations bien nourries des pays développés, le gain de poids durant la grossesse se situe aux environs de 12,5 kg. Les femmes de petite taille, qui ont en général des enfants plus petits, se situent logiquement dans la fourchette la plus basse des gains de poids normaux; elles ont donc besoin de moins d'énergie supplémentaire que la moyenne. Les femmes obèses ont besoin par contre d'accumuler moins de graisse que les femmes minces, tandis que celles qui n'atteignent pas le poids normal pour leur taille ont besoin de prendre plus de poids que la moyenne.

Il conviendrait d'accorder une attention particulière à la composition d'ensemble de la ration de la femme enceinte, qui doit être équilibrée et variée de façon à assurer un apport adéquat de protéines, de vitamines et d'autres éléments nutritifs indispensables. En dépit des tabous culturels, il n'y a en général aucune nécessité d'éviter, durant la grossesse, de consommer tels ou tels aliments.

Il importe aussi au plus haut point de déceler les carences nutritionnelles particulières, par exemple les états liés à une carence en fer, en iode ou en vitamine A dans l'alimentation, et d'y remédier. Ces états présentent, pour les nourrissons, des risques additionnels dont il y a lieu de tenir compte au moment de donner aux femmes enceintes des conseils concernant leur alimentation et ses appoints éventuels.

Pour ce qui concerne l'éducation nutritionnelle en général, les rencontres de groupe peuvent contribuer utilement à informer les femmes sur certains sujets, par exemple sur les avantages de l'allaitement au sein, sur la valeur nutritionnelle du lait maternel, sur les techniques d'allaitement et sur les principes diététiques généraux à observer durant la grossesse et la lactation. Là encore, il conviendrait pourtant de mettre l'accent sur les conseils individuels.

La consommation d'alcool et de tabac, trop de caféine et l'usage d'autres drogues peuvent avoir des effets particulièrement nocifs durant la grossesse, en raison des effets que ces substances produisent

sur le fœtus. C'est ainsi, par exemple, que l'usage du tabac est associé avec un faible poids à la naissance, tandis que la consommation d'alcool et d'autres substances "relaxantes" a, on a pu le constater, un lien avec des atteintes du système nerveux et d'autres affections congénitales. Les futures mères devraient être informées de ces problèmes et incitées à ne pas utiliser ces substances durant leur grossesse.

De même, certains médicaments peuvent traverser le placenta et avoir des conséquences nocives pour le fœtus. Les femmes devraient éviter tout médicament sans nécessité durant la grossesse et la lactation, et les personnels de santé appelés à prescrire des médicaments devraient se familiariser avec leurs éventuels effets indésirables pour le fœtus et le nourrisson. Néanmoins, selon les besoins de chacune, il sera parfois nécessaire d'administrer aux femmes certains traitements, par exemple des comprimés de fer pour lutter contre l'anémie ou une chimio-prophylaxie contre le paludisme. Il faudra prendre aussi des précautions particulières dans le cas des nouveaux médicaments qui n'ont pas fait l'objet d'essais complets.

Démarche proposée

Il conviendrait d'assurer aux mères une ration alimentaire adéquate par divers moyens, y compris une éducation sanitaire et nutritionnelle appropriée des femmes. Il faudrait dissuader les femmes de consommer de l'alcool et du tabac, trop de caféine et d'autres drogues durant la grossesse et la lactation, et il faudrait également qu'elles n'absorbent de médicaments qu'en cas de nécessité.

Soins à dispenser à la mère durant l'accouchement et immédiatement après

Beaucoup des soins donnés durant l'accouchement et la période périnatale se caractérisent souvent par leur nature "chirurgicale" et "aseptique"; ils étaient à l'origine destinés à combattre les infections périnatales ou à faciliter le travail des médecins et des autres personnels hospitaliers. Si ces pratiques ne nuisent pas toutes à l'établissement d'un lien intime entre la mère et l'enfant, leur effet sur la lactation est fréquemment négatif.

Ce que ressentent les femmes durant le travail et l'accouchement influe sur leur motivation à allaiter et sur la facilité avec laquelle elles s'y

résolvent. Le tact dont font preuve les personnels de santé et leur façon de réagir aux besoins de la mère, y compris leur respect pour sa dignité et son intimité, contribuent à son confort et à son sentiment de bien-être. Pour réduire au minimum l'inconfort du travail, il faudra permettre aux femmes de se déplacer, d'adopter la position la plus confortable et de se faire accompagner d'une personne aimée ou d'une autre personne de confiance qui pourra l'aider. Ces pratiques simples peuvent réduire la durée du travail et la nécessité d'une administration d'ocytocine, d'une intervention chirurgicale ou de l'administration de sédatifs, et peuvent également améliorer les perspectives de succès d'un allaitement maternel.

Il faudra peser attentivement la nécessité d'administrer des sédatifs, des analgésiques ou des anesthésiques. S'il importe de réduire le malaise physique de la femme, l'utilisation sans discernement ou excessive de ces médicaments peut fort bien réduire son aptitude à un accouchement normal, provoquer la somnolence, l'empêcher d'établir un contact intime avec son nouveau-né après l'accouchement, et diminuer la capacité de téter du nouveau-né. Il faudra également veiller à éviter l'administration de médicaments, notamment d'hormones, qui risqueraient de compromettre directement l'adoption et la poursuite de l'allaitement maternel.

Les réflexes d'orientation et de succion de l'enfant sont particulièrement puissants après un accouchement normal, et les mères sont en général désireuses de voir et de toucher leur enfant. Il sera bénéfique d'encourager les contacts physiques entre la mère et le nouveau-né après la naissance et de permettre au nouveau-né de téter le sein. Ces pratiques contribueront à renforcer la relation initiale mère-enfant et à stimuler la sécrétion lactée. Les mouvements de succion du nouveau-né stimuleront également la libération de l'ocytocine qui facilite l'expulsion du placenta et les contractions utérines durant la troisième phase du travail.

Le besoin de repos que ressent la mère après l'accouchement pourra être satisfait plus tard; en fait, ce repos se trouvera facilité par le premier contact étroit avec le nouveau-né durant la première demi-heure qui suit l'accouchement. Le nouveau-né devrait donc être nettoyé et séché, sans qu'un bain s'impose, et déposé sur l'abdomen de sa mère pour qu'elle puisse le prendre dans ses mains et le mettre au sein. L'application normale d'un collyre au nitrate d'argent ou aux antibiotiques, destinée à prévenir la conjonctivite, pourra être retardée d'une quinzaine de minutes afin de ne pas nuire au contact visuel entre la mère et l'enfant. Le nouveau-né devrait rester tout proche de sa mère durant son séjour dans la salle de travail.

Il est évident que ces pratiques sont impossibles à respecter en cas de césarienne ou d'autre intervention chirurgicale majeure, mais le principe qui consiste à permettre un contact étroit entre la mère et l'enfant aussi tôt que possible après la naissance demeure.

Démarche proposée

Il conviendrait de veiller particulièrement à la création d'un environnement accueillant et d'assurer aux mères un confort physique et affectif durant le travail et l'accouchement. Il faudra peser avec soin, dans chaque cas individuel, la nécessité d'administrer des sédatifs, des analgésiques ou des anesthésiques, étant donné les effets qu'ils peuvent avoir sur la mère et sur le nouveau-né. Il conviendra de faciliter, dès la naissance, un contact étroit entre la mère et le nouveau-né.

Soins aux nouveau-nés

Les soins donnés aux nouveau-nés durant les deux ou trois premiers jours de la vie, et en particulier leur alimentation, exercent une très forte influence sur l'allaitement maternel. Le poids du nouveau-né à la



OMS/P. Abensur (20569)

naissance devrait être inscrit sur une fiche de croissance qui constituera une référence importante pour la mère et le personnel de santé lors du suivi.

Installation de l'enfant dans la chambre de la mère

Le contact physique et visuel entre la mère et l'enfant, qui s'est établi dès la naissance, devrait être poursuivi, et la mère devrait avoir un accès permanent à son enfant. C'est pourquoi l'enfant devrait être installé dans la chambre de sa mère, et non dans un local séparé avec des "visites" limitées à certaines heures. Cette formule présente, par rapport à la séparation, un certain nombre d'avantages importants : par exemple, elle facilite la création de liens et permet l'allaitement à la demande du nouveau-né ainsi qu'un contact plus étroit avec le père et les autres membres de la famille.

Le risque d'infection néonatale, qui est un souci majeur, est en fait plus faible si l'enfant se trouve dans la chambre de sa mère que s'il est placé dans le milieu clos d'une pouponnière où des épidémies graves peuvent se produire. Le maintien du contact entre la mère et le nouveau-né qui s'est établi dès la naissance favorise la colonisation de la peau et de l'appareil gastro-intestinal du nouveau-né par les micro-organismes de la mère, qui sont en général non pathogènes et contre lesquels son lait contient des anticorps. Le nouveau-né se trouve donc simultanément exposé aux germes contre lesquels il ne se créera une immunité active que plus tard, et protégé contre eux.

Par contre, les nouveau-nés placés en pouponnière sont en général exposés à l'agression par des germes infectieux transportés par le personnel hospitalier, c'est-à-dire à des micro-organismes qui, dans l'ensemble, sont plus pathogènes, résistent souvent à de nombreux antibiotiques, et enfin contre lesquels le lait maternel ne contient aucun anticorps spécifique. Cela explique la facilité avec laquelle les épidémies d'infections cutanées, respiratoires ou gastro-intestinales se propagent dans ces milieux. Le placement de l'enfant dans la chambre de la mère évite également au personnel de transporter les nouveau-nés de la chambre maternelle vers d'autres locaux, et vice versa, souvent sur de longues distances dans l'hôpital ou la clinique, et libère donc ce personnel pour d'autres tâches.

Il existe plusieurs façons d'organiser cette pratique, selon la disposition des locaux des maternités. Le principe directeur consiste à donner à la

mère un accès libre et facile à son nouveau-né par une proximité étroite, que le nouveau-né partage le lit de sa mère, ce qui présente plusieurs avantages importants, ou bien qu'il se trouve dans un autre lit, mais dans la même pièce.

Alimentation

Il faudrait permettre à l'enfant de téter librement, souvent et sans horaire fixe. Cela lui permettra de tirer tout le profit possible du colostrum, qui a une importance extrême du point de vue de l'immunologie (pour prévenir les maladies communes), de la nutrition (parce qu'il contient des vitamines et des sels minéraux) et du développement (pour assurer la maturation de la muqueuse intestinale).

Les tétées fréquentes et la vidange complète des seins favorisent une lactation meilleure et plus rapide. La succion énergique stimule fortement la sécrétion de prolactine et d'ocytocine, dont la première provoque la sécrétion du lait et la seconde stimule le réflexe qui permet l'éjection du lait en même temps qu'elle accélère les contractions et l'involution de l'utérus après l'accouchement. Le placement correct du nouveau-né au sein a son importance si l'on veut qu'il puisse prendre correctement dans sa bouche le sein et assurer ainsi une arrivée suffisante de lait et son transfert efficace ; de plus, il facilite l'alimentation et contribue à prévenir l'inflammation ou les gerçures des mamelons ainsi que l'engorgement des seins.

L'allaitement maternel exclusif devrait être la règle. Il ne faudrait en général rien donner aux nouveau-nés en dehors du lait maternel durant leur séjour à l'hôpital ou à la clinique. L'administration par biberon d'eau, de tisanes, de solutions de glucose ou, pire encore, de laits artificiels non seulement ne présente aucune nécessité du point de vue nutritionnel, mais réduit la capacité de tétée de l'enfant et, partant, la stimulation de la lactation. De plus, cette pratique augmente le risque d'infection et, dans le cas de préparation pour nourrissons, celui de sensibiliser le nouveau-né aux protéines du lait de vache.

Dans des conditions normales, ses réserves naturelles énergétiques et hydriques suffisent au nouveau-né durant les premiers jours de la vie, jusqu'au moment où la lactation est établie. Il est donc recommandé de maintenir le nouveau-né dans un milieu chaud et suffisamment humide, afin de prévenir les pertes caloriques inutiles imputables au froid, et les pertes d'eau par transpiration.

Les établissements de soins n'ont en général besoin que de faibles quantités de substituts du lait maternel pour les quelques nouveau-nés que l'on ne peut nourrir au sein. L'administration de ces substituts aux nouveau-nés en question ne devrait pas empêcher d'encourager l'allaitement maternel de la grande majorité.

Démarche proposée

Il conviendrait de noter le poids de chaque nouveau-né à la naissance sur une fiche de croissance. L'installation de l'enfant dans la chambre de sa mère devrait être la règle pour tout nouveau-né en bonne santé, et il conviendrait d'encourager les mères à nourrir leur enfant à la demande. Il faudrait encourager l'allaitement exclusivement maternel et de ne pas administrer aux nouveau-nés d'autres aliments ou boissons, sauf indication médicale.

Sortie de la maternité et suivi

La diminution de la prévalence de l'allaitement maternel tient pour beaucoup au fait que beaucoup de nourrissons quittent actuellement l'hôpital ou la clinique déjà nourris au biberon. Cette pratique peut participer des meilleures intentions, et même être considérée comme une mesure temporaire valable en attendant que la lactation soit bien établie. Mais, en fait, elle compromet fortement l'adoption et la poursuite de la lactation, en réduisant la fréquence et l'énergie des tétées. Il en résulte souvent que les mères se trouvent encouragées à poursuivre cet allaitement artificiel, commencé dans l'établissement de soins.

Conseils généraux

Il faudrait bien faire savoir aux mères que le passage alterné d'un stimulus artificiel (tétine) à un stimulus naturel (le sein) ne fait que perturber leur nouveau-né dans sa réaction buccale. Comme il est moins difficile de sucer une tétine en caoutchouc, l'attrance du sein disparaît. Pour éviter toute diminution de la production lactée imputable à des tétées insuffisantes, il ne faudrait donner aux enfants nourris au sein ni tétine artificielle, ni sucette. Dans les cas exceptionnels où un

supplément s'impose, les aliments pourront être administrés au moyen d'une petite cuillère, d'un compte-gouttes ou d'une petite tasse.

Le temps de séjour des mères et des nouveau-nés à l'hôpital ou à la clinique après un accouchement normal varie beaucoup, de 12 à 24 heures dans certains cas, et jusqu'à deux à trois jours ou même une semaine dans d'autres. Au moment de la sortie, la lactation n'est en général pas encore complètement établie et n'a parfois même pas encore commencé. Il importe donc que la mère sache, au moment où elle quitte l'hôpital ou la clinique, ce qu'elle devrait faire pour allaiter son enfant avec succès et qu'elle soit sûre d'elle-même. Si la mère manque d'expérience, il faudrait l'informer du réflexe d'éjection du lait ainsi que des mécanismes de la lactation et lui enseigner les techniques d'allaitement au sein. Il faudrait lui expliquer comment prendre soin de ses seins et éviter des lavages excessifs qui risquent de produire une inflammation ou des gerçures. Il faudrait également l'encourager à nourrir son enfant à la demande, et à ne rien lui donner d'autre que du lait maternel. Enfin, lorsque l'allaitement au sein se trouve temporairement retardé ou interrompu pour quelque raison que ce soit, ou bien lorsqu'une mère est séparée de son nourrisson, il faudrait lui montrer comment mettre en route ou entretenir la lactation par d'autres moyens.

Les femmes ont créé, dans beaucoup de pays, des associations de soutien aux mères qui souhaitent allaiter leur enfant. Les personnels de santé devraient prêter leur appui à la création et au fonctionnement de ces associations et leur adresser les mères, en particulier lorsqu'elles sont jeunes et inexpérimentées, au moment où elles quittent l'hôpital ou la clinique. Les conseils individuels et les matériels d'information et d'éducation sanitaire que l'on peut se procurer auprès de ces associations peuvent compléter de façon importante les efforts des personnels de santé. Il conviendrait d'encourager la distribution de ces matériels dans les services de santé.

Besoins nutritionnels durant la lactation

Les besoins nutritionnels sont plus importants durant la lactation que durant la grossesse. Si une mère a été bien nourrie durant sa grossesse, elle disposera sous la forme de graisses, de réserves d'énergie suffisantes qui pourront répondre en partie à ces besoins supplémentaires. L'utilisation de ces graisses, combinée avec la perte des eaux qui se sont accumulées durant la grossesse et avec l'absorption du tissu

utérin, se traduira par une perte de poids dans les semaines qui suivent immédiatement l'accouchement. Il faudrait instruire les mères de la nécessité d'une alimentation adéquate qui leur permette d'entretenir la lactation sans épuiser leurs propres réserves, et prêter particulièrement attention aux apports de protéines, de calcium et de vitamines.

Si les recommandations données en ce qui concerne les apports alimentaires en énergie durant la grossesse ont été suivies, les besoins énergétiques supplémentaires moyens des six premiers mois de la lactation sont d'environ 2090 kJ par jour. Il faudra ajuster ce chiffre, durant ces six mois et durant les périodes suivantes, en fonction des réserves de graisse de la mère et de ses activités. C'est ainsi par exemple que, pour prévenir toute dégradation nouvelle de l'état nutritionnel, une femme insuffisamment nourrie et qui n'a pas gagné assez de poids durant sa grossesse, disposant donc de réserves de graisses insuffisantes au début de la lactation, devra augmenter d'autant plus son apport alimentaire durant cette période.

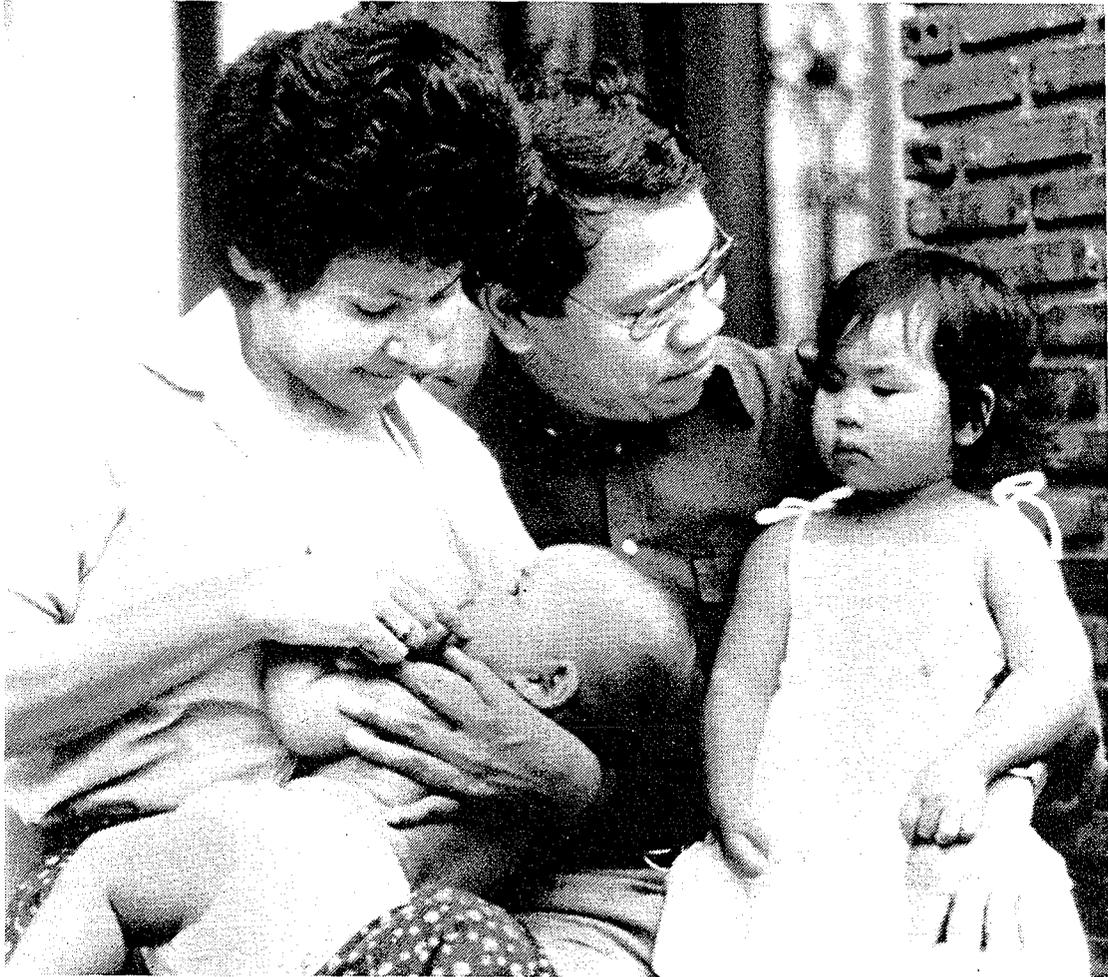
Sortie de la maternité

Les services de maternité ont, dans certains pays, coutume de remettre aux mères, au moment de leur sortie, divers produits destinés à leurs soins personnels et à ceux du nouveau-né, qui leur ont été fournis gratuitement par des firmes commerciales. Les autorités compétentes devraient veiller à ce que ces "colis-cadeaux" ne contiennent rien qui puisse compromettre le succès de l'adoption et de la poursuite de l'allaitement maternel, par exemple des biberons, des tétines, des sucettes ou des préparations pour nourrissons.

Les mères — ou le cas échéant d'autres membres de la famille — de nouveau-nés qui ne sont pas nourris au lait maternel devraient se voir donner des instructions adéquates pour préparer et administrer correctement les substituts du lait maternel, et devraient être mis en garde contre les risques pour la santé d'une mauvaise préparation. Cependant ces instructions ne devraient pas être données en présence de mères qui allaitent.

Suivi

Certains services de santé ont une pratique extrêmement utile, et parfois systématique, qui consiste à envoyer, une semaine environ après la sortie de l'hôpital ou de la clinique, un professionnel visiter à domicile



OMS/T. Kelly (C-391)

la mère et l'enfant pour s'enquérir de leur état, répondre aux questions et en général aider à la solution des problèmes qui ont pu se poser. En tout état de cause, il faudrait, au moment de la sortie, donner à la mère un rendez-vous pour sa première visite de suivi en vue de recevoir des soins postnatals et d'en faire donner à son enfant, en même temps qu'on l'informerait de la façon de résoudre les problèmes qui peuvent se présenter, par exemple les inflammations du mamelon ou les difficultés éprouvées par le nourrisson pour téter. Les agents de santé devraient être prêts à prendre les dispositions voulues pour résoudre ces problèmes ou d'autres, ainsi que pour répondre à toutes les questions qu'une mère de famille pourrait avoir à leur poser.

Il arrive que certaines mères éprouvent des doutes sur la quantité et la qualité de leur lait. Si elles entreprenaient alors d'administrer d'autres aliments pour compléter ce lait, il en résulterait probablement une interruption précoce de la lactation. C'est pourquoi il importe de rassurer les mères en examinant périodiquement leurs enfants, dont l'état

de santé et la croissance devraient apporter le témoignage le plus convaincant de l'adéquation nutritionnelle du lait maternel. Il est indispensable que les services de santé assurent le suivi des enfants, par une surveillance régulière de la croissance; la fiche de croissance, où le poids à la naissance a été noté comme référence de départ, constitue un instrument idéal à cet effet. Les visites de suivi offrent également l'occasion de donner aux mères des indications pratiques concernant l'allaitement au sein et de veiller à ce que toutes les autres prestations de santé maternelle et infantile, en particulier les vaccinations et la contraception, soient assurées comme il convient et en temps voulu.

Démarche proposée

Il conviendrait de donner aux mères, au moment de leur sortie de l'hôpital ou de la clinique, des informations appropriées concernant la physiologie et le mécanisme de la lactation, afin qu'elles soient sûres de la façon de pratiquer l'allaitement au sein; il faudrait leur indiquer les associations de soutien qui peuvent les aider à allaiter, et les adresser à ces associations le cas échéant; il faudrait aussi leur donner les conseils sur les besoins nutritionnels pendant la lactation et prendre rendez-vous avec elles pour les suivre, ainsi que leur enfant.

5. Conclusion

Dans tous les pays, les autorités compétentes devraient prendre les dispositions sanitaires et sociales nécessaires pour protéger, encourager et soutenir l'allaitement maternel. Elles devraient veiller à ce que chaque famille fasse le choix qui convient le mieux pour l'alimentation des nourrissons et à ce que les services de santé soutiennent cette décision par tous les moyens. Cela implique que l'on informe convenablement les mères de tout ce qui touche à l'alimentation des nourrissons, que leur famille et leur communauté leur apportent le soutien voulu pour faciliter et encourager l'allaitement maternel, et enfin qu'on les protège contre les influences qui y mettent obstacle. En particulier, il ne faudra négliger aucun effort pour protéger, encourager et soutenir l'allaitement maternel dans les services de santé eux-mêmes.

La présente déclaration et son annexe peuvent servir de guide des mesures pratiques à prendre à cet effet dans le cadre des prestations de maternité. Les autorités nationales compétentes sont invitées à en adapter le contenu aux conditions sanitaires et socio-économiques locales, de façon à encourager et faciliter l'adoption et la poursuite de l'allaitement au sein par les mères dont elles ont la charge.



OMS/J.-F. Chrétien (C-873)

Annexe

Liste de contrôle pour déterminer le degré d'adéquation du soutien apporté à l'allaitement maternel dans les hôpitaux, maternités et cliniques¹

La liste de contrôle ci-après a été établie à l'intention des autorités nationales compétentes: décideurs en matière de santé et de nutrition, responsables des services de santé maternelle et infantile et de planification familiale, médecins - praticiens, sages-femmes, personnels infirmiers et autres des maternités et des établissements de soins aux nouveau-nés, organisations professionnelles de personnels de santé et associations de soutien aux mères de famille. Elle est conçue comme un inventaire indicatif plutôt qu'exhaustif des mesures pratiques qui peuvent être prises dans les établissements de soins pour protéger, encourager et soutenir la pratique de l'allaitement maternel, et il conviendrait de l'utiliser concurremment avec le corps de la déclaration conjointe OMS/FISE. Dans les circonstances idéales, la réponse à toutes les questions de la liste sera "oui". Une réponse négative peut dénoter une pratique ou une démarche qui ne convient pas et qu'il faudrait modifier conformément à la déclaration.

¹ Dénommés collectivement ci-après "établissements de soins".

Principes directeurs

1. L'établissement de soins a-t-il une politique explicite de protection, d'encouragement et de soutien de l'allaitement maternel?
2. Cette politique est-elle portée à la connaissance des gestionnaires et des prestataires de soins (lors de séances d'information orale au moment du recrutement de personnel nouveau, sous la forme de manuels, directives ou autre documentation écrite, ou encore par le personnel d'encadrement)?
3. Existe-t-il un système pour évaluer l'efficacité de la politique en matière d'allaitement maternel? Par exemple:
 - Cherche-t-on à savoir combien de femmes adoptent l'allaitement au sein et combien le poursuivent à la sortie de l'établissement?
 - Existe-t-il un système pour apprécier la pratique des soins et les matériels de formation et de promotion, y compris ceux qui sont couramment utilisés par les services de soins prénatals et postnatals?
4. L'établissement recherche-t-il la coopération et le soutien de toutes les parties intéressées, notamment des prestataires de soins, des conseillères en allaitement maternel et des associations de soutien aux mères, mais également du public en général, pour l'élaboration et l'application de la politique de l'établissement en matière d'allaitement maternel?

Formation du personnel

5. Tout le personnel soignant est-il au courant de l'importance et des avantages de l'allaitement maternel et informé de la politique et des prestations de l'établissement en vue de protéger, encourager et soutenir la pratique de l'allaitement maternel?
6. L'établissement a-t-il assuré la formation spécialisée de certains membres de son personnel à la "gestion de l'allaitement?"

Structure et fonctionnement des services

7. Les dossiers de soins prénatals indiquent-ils si l'allaitement maternel a fait l'objet d'entretiens avec une femme enceinte?
Indiquent-ils:

- Si une femme a fait connaître ou non son intention d'allaiter son enfant au sein?
 - Si elle a fait l'objet d'un examen des seins?
 - Si l'on s'est enquis d'allaitements antérieurs?
 - Si elle a déjà allaité un enfant, combien de fois et pendant combien de temps?
 - Si elle a déjà éprouvé des difficultés, et dans l'affirmative lesquelles?
 - L'aide qu'elle a reçue, le cas échéant, et de qui?
8. L'établissement a-t-il accès, au moment de l'accouchement, au dossier prénatal de la mère?
- Dans la négative, les indications signalées au point 7 sont-elles quand même communiquées au personnel de l'établissement?
 - Les femmes qui n'ont jamais allaité d'enfant ou qui ont précédemment éprouvé des difficultés d'allaitement bénéficient-elles d'une attention ou d'un soutien spéciaux de la part du personnel de l'établissement?
9. L'établissement tient-il compte de l'intention manifestée par les femmes d'allaiter leur enfant, au moment de se prononcer sur l'utilisation d'un sédatif, d'un analgésique ou d'un anesthésique, le cas échéant, durant le travail et l'accouchement?
- Le personnel est-il au courant des effets de ces médicaments sur l'allaitement maternel?
10. En général, les nouveau-nés sont-ils:
- présentés à leur mère dans les cinq minutes suivant la fin de la deuxième phase du travail?
 - présentés ou remis à leur mère avant l'administration prophylactique de collyre au nitrate d'argent ou aux antibiotiques?
 - remis dans les mains de leur mère et placés au sein dans la demi-heure qui suit l'achèvement de la deuxième phase du travail, et maintenus dans ces conditions pendant au moins une heure?
11. L'établissement a-t-il pour politique d'installer l'enfant dans la chambre de sa mère ? C'est-à-dire laisse-t-on les nouveau-nés avec leur mère pendant tout leur séjour?

- Les enfants sont-ils installés dans le lit de leur mère?
 - Si les enfants sont placés dans un berceau, le sont-ils à proximité du lit de la mère?
 - Si les enfants sont installés dans la chambre de leur mère uniquement durant la journée, sont-ils au moins amenés fréquemment (toutes les trois à quatre heures) à leur mère durant la nuit?
12. L'établissement a-t-il pour politique de limiter au minimum l'administration d'aliments autres que le lait maternel avant le début de l'allaitement au sein?

Education sanitaire

13. Informe-t-on toutes les futures mères des besoins nutritionnels de la grossesse et de la lactation, ainsi que des dangers associés à l'absorption de drogues?
14. Les femmes enceintes reçoivent-elles systématiquement, durant les soins prénatals, des informations et une éducation concernant l'allaitement au sein?
15. Les membres du personnel de l'établissement ou les conseillères qui ont reçu une formation spécialisée à la "gestion de l'allaitement" sont-ils à disposition à plein temps pour conseiller les mères qui allaitent durant leur séjour dans l'établissement et pour les préparer à leur sortie ? Les mères sont-elles informées:
- de la physiologie de la lactation et des moyens de l'entretenir?
 - de la façon de prévenir ou traiter les problèmes courants tels que l'engorgement des seins ou encore les inflammations ou gerçures des mamelons?
 - des associations de soutien à l'allaitement maternel auxquelles s'adresser, par exemple pour traiter ces problèmes ou des problèmes connexes? Ces associations ont-elles leurs entrées dans l'établissement?
16. Offre-t-on systématiquement une aide et des conseils sur la façon d'adopter et de poursuivre l'allaitement au sein aux femmes qui:
- ont subi une césarienne?

- ont eu un accouchement prématuré?
 - ont accouché d'un enfant de poids inférieur à la normale?
 - ont eu un enfant qui doit recevoir des soins spéciaux pour une raison quelconque?
17. Les mères qui allaitent leur enfant reçoivent-elles de la documentation imprimée qui leur donne des indications et des informations?

Sortie

18. L'établissement a-t-il pour politique, si des "colis-cadeaux" contenant des produits destinés aux soins personnels de la mère et à ceux du nouveau-né sont remis aux mères lorsqu'elles sortent, de veiller à ce que ces colis ne contiennent rien qui risque de compromettre l'adoption et la poursuite de la pratique d'allaitement au sein, par exemple des biberons, des tétines, des sucettes ou des préparations pour nourrissons?
19. Les mères —ou d'autres membres de la famille le cas échéant— des enfants qui ne sont pas nourris au sein reçoivent-ils des indications adéquates concernant la préparation et l'administration correctes des substituts du lait maternel, et sont-ils mis en garde contre les risques pour la santé d'une mauvaise préparation?
- L'établissement a-t-il pour politique de ne pas donner ces indications en présence de mères qui allaitent?
20. Toutes les mères reçoivent-elles un rendez-vous pour leur première visite de suivi en vue de bénéficier de soins postnatals et d'en faire donner à leur enfant?
- Sont-elles informées de la façon de résoudre les problèmes que pourrait présenter entre temps l'allaitement au sein?

Les publications de l'OMS peuvent être commandées, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un libraire, aux adresses suivantes :

AFRIQUE DU SUD: *Adressez-vous aux librairies principales*

ALGÉRIE: Entreprise nationale du livre (ENAL), 3 bd Zirout Youcef, ALGER

ALLEMAGNE, RÉPUBLIQUE FÉDÉRALE D': Govi-Verlag GmbH, Ginnheimerstrasse 20, Postfach 5360, 6236 ESCHBORN — Buchhandlung Alexander Horn, Kirchgasse 22, Postfach 3340, 6200 WIESBADEN

ARABIE SAOUDITE: World of Knowledge for Publishing and Distribution, P.O. Box 576, JEDDAH

ARGENTINE: Carlos Hirsch SRL, Florida 165 Galerías Güemes, Escritorio 453/463, BUENOS AIRES

AUSTRALIE: Hunter Publications, 58A Gipps Street, COLLINGWOOD, VIC 3066

AUTRICHE: Gerold & Co., Graben 31, 1011 VIENNE I

BAHRAIN: United Schools International, Arab Region Office, P.O. Box 726, BAHRAIN

BANGLADESH: Le Représentant OMS, G.P.O. Box 250, DHAKA 5

BELGIQUE: *Pour toute commande hors abonnement*: Office International de Librairie s.a., avenue Marnix 30, 1050 BRUXELLES. *Abonnements*: Office International des Périodiques, avenue Louise 485, 1050 BRUXELLES

BHOUTAN: voir Inde, Bureau régional de l'OMS

BIRMANIE: voir Inde, Bureau régional de l'OMS

BOTSWANA: Botsalo Books (Pty) Ltd., P.O. Box 1532, GABORONE

BRÉSIL: Centro Latinoamericano de Informação em Ciências de Saúde (BIREME), Organização Panamericana de Saúde, Sector de Publicações, C.P. 20381 - Rua Botucatu 862, 04023 SÃO PAULO, SP

CAMEROUN: Cameroon Book Centre, P.O. Box 123, South West Province, VICTORIA

CANADA: Association canadienne d'Hygiène publique, 1565 Carling Avenue, Suite 400, OTTAWA, Ont. K1Z 8R1. (Tél.: (613) 725-3769. Telex: 21-053-3841)

CHINE: China National Publications Import & Export Corporation, P.O. Box 88, BEIJING (PEKIN)

DANEMARK: Munksgaard Book and Subscription Service, P.O. Box 2148, 1610 COPENHAGUE K (Tél: + 45 112 85 70)

ESPAGNE: Comercial Athenium S.A., Consejo de Ciento 130-136, 08015 BARCELONE. General Moscardó 29, MADRID 20 — Librería Diaz de Santos, P.O. Box 6050, 28006 MADRID; Balmes 417 y 419, 08022 BARCELONE

ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE: *Pour toute commande hors abonnement*: WHO Publications Center USA, 49 Sheridan Avenue, ALBANY, NY 12210. *Les demandes d'abonnement ainsi que la correspondance concernant les abonnements doit être adressée à l'Organisation mondiale de la Santé, Distribution et Vente, 1211 GENÈVE 27, Suisse. Les publications sont également disponibles auprès de United Nations Bookshop, NEW YORK, NY 10017 (vente au détail seulement)*

FIDJI: Le Représentant OMS, P.O. Box 113, SUVA

FINLANDE: Akateeminen, Kirjakauppa, Keskuskatu 2, 00101 HELSINKI 10

FRANCE: Arnette, 2, rue Casimir-Delavigne, 75006 PARIS

GRÈCE: G. C. Eleftheroudakis S.A., Librairie internationale, rue Nikis 4, 105-63 ATHÈNES

HONG KONG: Hong Kong Government Information Services, Publication (Sales) Office, Information Services Department, No. 1, Battery Path, Central, HONG KONG

HONGRIE: Kultura, P.O.B. 149, BUDAPEST 62

INDE: Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est, World Health House, Indraprastha Estate, Mahatma Gandhi Road, NEW DELHI 110002

IRAN (RÉPUBLIQUE ISLAMIQUE D'): Iran University Press, 85 Park Avenue, P.O. Box 54351, TEHÉRAN

IRLANDE: TDC Publishers, 12 North Frederick Street, DUBLIN 1 (Tél: 744835-749677)

ISLANDE: Snaebjorn Jonsson & Co., Hafnarstraeti 9, P.O. Box 1131, IS-101 REYKJAVIK

ISRAËL: Heiliger & Co., 3 Nathan Strauss Street, JÉRUSALEM 94227

ITALIE: Edizioni Minerva Medica, Corso Bramante 83-85, 10126 TURIN; Via Lamarmora 3, 20100 MILAN; Via Spallanzani 9, 00161 ROME

Des conditions spéciales sont consenties pour les pays en développement sur demande adressée aux Représentants de l'OMS ou aux Bureaux régionaux de l'OMS énumérés ci-dessus ou bien à l'Organisation mondiale de la Santé, Service de Distribution et de Vente, 1211 Genève 27, Suisse. Dans les pays où un dépositaire n'a pas encore été désigné, les commandes peuvent être adressées également à Genève, mais le paiement doit alors être effectué en francs suisses, en livres sterling ou en dollars des Etats-Unis. On peut également utiliser les bons de livres de l'Unesco.

JAPON: Maruzen Co. Ltd, P.O. Box 5050, TOKYO International, 100-31

JORDANIE: Jordan Book Centre Co. Ltd., University Street, P.O. Box 301 (Al-Jubeiha), AMMAN

KENYA: Text Book Centre Ltd, P.O. Box 47540, NAIROBI

KOWEÏT: The Kuwait Bookshops Co. Ltd, Thunayan Al-Ghanem Bldg, P.O. Box 2942, KOWEÏT

LUXEMBOURG: Librairie du Centre, 49 bd Royal, LUXEMBOURG

MALAISIE: Le Représentant OMS, Room 1004, 10th Floor, Wisma Lim Foo Yong (formerly Fitzpatrick's Building), Jalan Raja Chulan, KUALA LUMPUR 05-10; P.O. Box 2550, KUALA LUMPUR 01-02 — Parry's Book Center, 124-1 Jalan Tun Sambanthan, P.O. Box 10960, 50730 KUALA LUMPUR

MALDIVES: voir Inde, Bureau régional de l'OMS

MAROC: Editions La Porte, 281 avenue Mohammed V, RABAT

MEXIQUE: Librería Interacademica S.A., Av. Sonora 206, 06100--MEXICO, D.F.

MONGOLIE: voir Inde, Bureau régional de l'OMS

NÉPAL: voir Inde, Bureau régional de l'OMS

NORVÈGE: Tanum — Karl Johan A.S., P.O. Box 1177, Sentrum, N-0107 OSLO 1

NOUVELLE-ZÉLANDE: New Zealand Government Printing Office, Publishing Administration, Private Bag, WELLINGTON; Walter Street, WELLINGTON; World Trade Building, Cubacade, Cuba Street, WELLINGTON. *Government Bookshops a:* Hannaford Burton Building, Rutland Street, Private Bag, AUCKLAND; 159 Hereford Street, Private Bag, CHRISTCHURCH; Alexandra Street, P.O. Box 857, HAMILTON; T & G Building, Princes Street, P.O. Box 1104, DUNEDIN — R. Hill & Son, Ltd, Ideal House, Cnr Gillies Avenue & Eden St., Newmarket, AUCKLAND 1

PAKISTAN: Mirza Book Agency, 65 Shahrah-E-Quaid-E-Azam, P.O. Box 729, LAHORE 3

PAPOUASIE-NOUVELLE-GUINÉE: Le Représentant OMS, P.O. Box 646, KONEDOBU

PAYS-BAS: InOr-Publikaties, P.O. Box 14, 7240 BA LOCHEM

PHILIPPINES: Bureau régional de l'OMS pour le Pacifique occidental, P.O. Box 2932, MANILLE; National Book Store Inc., 701 Rizal Avenue, P.O. Box 1934, MANILLE

PORTUGAL: Livraria Rodriguez, 186 Rua do Ouro, LISBONNE 2

RÉPUBLIQUE DE CORÉE: Le Représentant OMS, Central P.O. Box 540, SÉOUL

RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE ALLEMANDE: Buchhaus Leipzig, Postfach 140, 701 LEIPZIG

RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE POPULAIRE LAO: Le Représentant OMS, P.O. Box 343, VIENTIANE

RÉPUBLIQUE POPULAIRE DÉMOCRATIQUE DE CORÉE: voir Inde, Bureau régional de l'OMS

ROYAUME-UNI: H.M. Stationery Office, 49 High Holborn, LONDRES WC1V 6HB; 71 Lothian Road, EDIMBOURG EH3 9AZ; 80 Chichester Street, BELFAST BT1 4JY; Brazennose Street, MANCHESTER M60 8AS; 258 Broad Street, BIRMINGHAM B1 2HE; Southey House, Wine Street, BRISTOL BS1 2BQ. *Toutes les commandes postales doivent être adressées de la façon suivante*: HMSO Publications Centre, 51 Nine Elms Lane, LONDRES SW8 5DR

SINGAPOUR: Le Représentant OMS, 144 Moulmein Road, SINGAPOUR 1130; Newton P.O. Box 31, SINGAPOUR 9122

SRI LANKA: voir Inde, Bureau régional de l'OMS

SUÈDE: *Pour toute commande hors abonnement*: Aktiebolaget C.E. Fritzes Kungl. Hovbokhandel, Regeringsgatan 12, 103 27 STOCKHOLM. *Abonnements*: Wennergren-Williams AB, Box 30004, 104 25 STOCKHOLM

SUISSE: Medizinischer Verlag Hans Huber, Länggassstrasse 76, 3012 Berne 9

THAÏLANDE: voir Inde, Bureau régional de l'OMS

URSS: *Pour les lecteurs d'URSS qui désirent les éditions russes*: Komsomolskij prospekt 18, Medicinskaja Kniga, MOSCOU — *Pour les lecteurs hors d'URSS qui désirent les éditions russes*: Kuzneckij most 18, Meždunarodnaja Kniga, MOSCOU G-200

VENEZUELA: Librería Médica Paris, Apartado 60.681, CARACAS 106

YOUgosLAVIE: Jugoslovenska Knjiga, Terazije 27/II, 11000 BELGRADE

ZIMBABWE: Textbook Sales (PVT) Ltd, 1 Norwich Union Centre, MUTARE

Cette déclaration conjointe de l'OMS et du FISE est destinée à faire comprendre le rôle déterminant que les services de santé peuvent jouer pour encourager l'allaitement au sein, et indique ce qu'il faut faire pour apporter aux mères les informations et le soutien nécessaires. Elle s'adresse aux responsables et chefs de service ainsi qu'aux médecins-praticiens, aux sages-femmes et au personnel infirmier, après adaptation aux conditions locales.

La déclaration, qui traite essentiellement des interventions qui s'imposent durant la brève période des soins prénatals, obstétricaux et périnatals assurés dans les maternités, encourage ceux qui sont chargés des prestations de maternité à examiner leurs politiques et leurs pratiques de façon à inciter à l'adoption de l'allaitement maternel. Elle suggère des mesures concrètes à prendre dans le cadre des prestations de maternité pour encourager et faciliter l'adoption et la poursuite de l'allaitement au sein.

Liste des parutions

- N° 1 *Burnand B, Paccaud F, eds.* Maîtrise de la qualité dans les hôpitaux universitaires: satisfaction des patients. Lausanne : IUMSP, 1997. CHF 20.-
- N° 2 *Addor V, Fawer C-L, Santos-Eggimann B, Paccaud F, Calame A, Groupe Eden.* Naissances vaudoises 1993-1994 : caractéristiques et facteurs de risque pour une affection chronique. (Rapport EDEN, 1). Lausanne : IUMSP, 1996. CHF 18.-
- N° 3 *Yalcin T, Seker E, Beroud C, Eggli Y.* Planification des lits du CHUV: projections 1994-2005. Lausanne : Hospices cantonaux, 1997. CHF 10.-
- N° 4 *Narring F, Michaud P-A, Wydler H, Davatz F, Villaret M.* Sexualité des adolescents et sida : processus et négociations autour des relations sexuelles et du choix de la contraception. Lausanne : IUMSP, 1997. CHF 30.-
- N° 5 *Eggli Y, Yalcin T, Basterrechea L.* Le système d'information dirigeant des Hospices : conception générale. Lausanne : Hospices cantonaux, 1997. CHF 10.-
- N° 6 *Eggli Y, Basterrechea L, Beroud C, Halfon P, Nguyen N, Perret A, Seker E, Yalcin T.* Tableaux de bord et de suivi conception détaillée. Lausanne : Hospices cantonaux, 1997. CHF 10.-
- N° 7 *Nguyen N, Eggli Y, Ruchet T, Schenker L.* Prévision budgétaire . Instructions, méthode et manuel d'utilisation. Lausanne : Hospices cantonaux, 1997. CHF 20.-
- N° 8 Manuel du Programme « Qualité » des Hospices. Lausanne : Hospices cantonaux, 1997. CHF 15.-
- N° 9 *Meystre-Agustoni G, Jeannin A, Dubois-Arber F, Paccaud F.* Dépistage du cancer du sein par mammographie : évolution des conséquences psychologiques négatives chez les participantes. Lausanne : IUMSP, 1997. CHF 12.-
- N° 10 *Ferron C, Cordonier D, Schalbetter P, Delbios Piot I, Michaud P-A.* Santé des jeunes en rupture d'apprentissage : une recherche-action sur les modalités de soutien, les déterminants de la santé et les facteurs favorisant une réinsertion socio-professionnelle. Lausanne : IUMSP, 1997. CHF 20.-
- N° 11 *Narring F, Berthoud A, Cauderay M, Favre M, Michaud P-A.* Condition physique et pratiques sportives des jeunes dans le canton de Vaud. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 20.-
- N° 12 *Berthoud A, Michaud PA.* Accompagnement et prévention des ruptures d'apprentissage : une recherche menée dans les cantons romands. Lausanne : IUMSP, 1997. CHF 20.-
- N° 13 *Moreau-Gruet F, Cochand P, Vannotti M, Dubois-Arber F.* L'adaptation au risque VIH/sida chez les couples homosexuels : version abrégée. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 12.-

- N° 14 *Ferron C, Michaud PA, Dubois-Arber F, Chollet-Bornand A, Scheder P-A.* Evaluation des unités de prévention et de traitements pour jeunes suicidants à Genève. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 20.-
- N° 15 *Addor V, Fawer C-L, Santos-Eggimann B, Paccaud F, Calame A.* EDEN : Incidence et prévalence des affections chroniques à l'âge de 18 mois dans une cohorte d'enfants vaudois. (Rapport EDEN, 2). Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 15.-
- N° 16 Les professions de la santé. Guide des formations. Lausanne : Hospices cantonaux, 1998. CHF 20.-
- N° 17 *Meystre-Agustoni G, Thomas R, Häusermann M, Chollet-Bornand A, Dubois-Arber F, Spencer B.* La sexualité des personnes vivant avec le VIH/sida. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 18.-
- N° 18 *Dubois-Arber F, Haour-Knipe M.* Identification des discriminations institutionnelles à l'encontre des personnes vivant avec le VIH en Suisse. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 20.-
- N° 19 *Vader JP, Porchet F, Larequi-Lauber T, Burnand B.* Indications à la laminectomie : adéquation et nécessité. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 20.-
- N° 20a *Huissoud T, Gervasoni JP, Benninghoff F, Dubois-Arber F.* Epidémiologie de la toxicomanie dans le canton de Vaud et évaluation des nouveaux projets financés par le canton de Vaud depuis 1996. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 20.-
- N° 20b *Huissoud T, Gervasoni JP, Benninghoff F, Dubois-Arber F.* Epidémiologie de la toxicomanie dans le canton de Vaud et évaluation des nouveaux projets financés par le canton de Vaud depuis 1996 : version abrégée du rapport d'août 1998. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 10.-
- N° 21 *Meystre-Agustoni G, Jeannin A, Dubois-Arber F.* Evaluation des effets induits de l'Opération Nez rouge. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 10.-
- N° 22 *Ernst M-L, Haour-Knipe M, Spencer B.* Evaluation des Aktions-programmes "Gesundheit von Frauen: Schwerpunkt HIV-Prävention 1994-1997". Evaluation of the "Women's Health: HIV Prevention Programme 1994-1997". Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 15.-
- N° 23 *Livio F, Buclin T, Yersin B, Maghraoui A, Burnand B, Biollaz J.* Hospitalisations pour effet indésirable médicamenteux : recensement prospectif dans un service d'urgences médicales. Lausanne : IUMSP, 1998. CHF 35.-
- N° 24 *Narring F, Michaud PA.* Etude sur les attentes des élèves par rapport au médiateur scolaire. IUMSP, 1998. CHF 10.-
- N° 25 *Cassis I, Burnand B, Decrey H, Jacquet B, Bertona M, Pécoud A, Paccaud F.* La consultation des 50 ans : prévention et promotion de la santé en entreprise. IUMSP, 1998. CHF 18.-
- N° 26 *Peer L, Renard D, Santos-Eggimann B.* Evaluation de la mise en œuvre du programme Interface : Rapport final. IUMSP, 1999. CHF 15.-

- N° 27 *Bouzourène K, Burnand B, Gallant S, Ricciardi P, Richard JL, Sudre P, Iten A.* Evaluation de la qualité de vie chez les personnes infectées par le VIH. Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 20.-
- N° 28 *Richard JL, Bouzourène K, Gallant S, Ricciardi P, Sudre P, Iten A, Burnand B.* Validation et normes du SF-36 dans la population du canton de Vaud. Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 18.-
- N° 29 *Dubois-Arber F, Jeannin A, Spencer B, Meystre-Agustoni G, Haour-Knipe M, Moreau-Gruet F, Benninghoff F, Paccaud F.* Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique : sixième rapport de synthèse 1996-1998. Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 20.-
- N° 30 *Beroud C, Eggli Y, Fossati M, Perret A.* Satisfaction du personnel des Hospices cantonaux en 1996. Lausanne : Hospices cantonaux, 1998. CHF 15.-
- N° 31 *Beroud C, Eggli Y, Perret A.* Satisfaction des patients du CHUV en 1996-1997. Lausanne : Hospices cantonaux, 1998. CHF 15.-
- N° 32 *Blanc JY, Chavaz N, Dubois A, Pegda JE, Renard D, Santos-Eggimann B.* Evaluation du programme vaudois d'hospitalisation à domicile (HAD) : Rapport sur la première année d'activité. Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 15.-
- N° 33 *Addor V, Fawer C-L, Santos-Eggimann B, Paccaud F.* EDEN : Incidence et prévalence des affections chroniques à l'âge de 4 ans dans une cohorte d'enfants vaudois. (Rapport EDEN, 3). Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 18.-
- N° 34 *Meystre-Agustoni G, Cornuz J.* Carrières de fumeurs : Facteurs entravant ou facilitant l'abandon de la cigarette. Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 15.-
- N° 35 *Castillo V, Halfon P, Eggli Y, Genoud P, Bogousslavsky J.* Revue des hospitalisations du service de neurologie du CHUV en 1997. Lausanne : Hospices cantonaux, 1999. CHF 12.-
- N° 36 *Hascoet C, Halfon P, Eggli Y, Genoud P, Hauri S, Gillet M.* Revue des hospitalisations du service de chirurgie générale du CHUV en 1997. Lausanne : Hospices cantonaux, 1999. CHF 12.-
- N° 37a *Ernst M-L, Aeschbacher M, Spencer B.* Gesundheitliche Aspekte der Polizeiarbeit im Drogenbereich. Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 12.-
- N° 37b *Ernst M-L, Aeschbacher M, Spencer B.* Les aspects sanitaires du travail de la police auprès des consommateurs de drogues. Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 12.-
- N° 38 *Geense R, Huissoud T, Gervasoni J-P.* Evaluation du bus de l'Association « Fleur de Pavé » : structure d'accueil pour femmes prostituées. Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 12.-
- N° 39 *Santos-Eggimann B, Dubois A, Chavaz Cirilli N, Blanc J-Y, Peer L, Najda A.* Evaluation médicale du programme vaudois d'hospitalisation à domicile : rapport final. Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 22.-

- N° 40 *Hausser D.* Prévention de la transmission du VIH dans les prisons suisses : analyse secondaire sur la base de la littérature disponible. Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 15.-
- N° 41 *Haour-Knipe M, Meystre-Agustoni G, Dubois-Arber F, Kessler D, avec la collaboration de Delbos Piot I.* 'Médiateurs' et prévention du VIH/sida. Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 17.-
- N° 42 *Kellerhals C, Gervasoni J-P.* Evaluation des différents modes de délégation adoptés par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) dans le cadre du Programme de Mesures de santé publique de la Confédération en vue de réduire les problèmes de Drogue (ProMeDro). Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 15.-
- N° 43 *Zobel F, Gervasoni J-P, Jeannin A.* Enquête auprès des partenaires de l'OFSP dans le domaine de la toxicomanie (drogues illégales) dans le cadre de l'évaluation globale du ProMeDro. Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 15.-
- N° 44 *Marty-Tschumi E.* Etude sur le suicide en Valais. Lausanne : IUMSP, 1999. CHF 18.-
- N° 45 *Thomas R, Dubois-Arber F.* Evaluation du programme HSH de l'Aide Suisse contre le Sida : 2ème phase : 1998-1999. Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 18.-
- N° 46 *Geense R, Kellerhals C.* Evaluation de l'impact de l'Opération Nez rouge pendant la Fête des vigneronns 1999. Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 15.-
- N° 47 *Dubois-Arber F, Gervasoni J-P, Ackermann-Liebrich U, Quinto C, Seifert B, Vranesic T, Bachmann N, Cloetta B, Chamot E, Bauer G, Faisst K.* Evaluation de la stratégie de lutte contre le cancer en Suisse, phase I, 1999. Document de synthèse. Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 12.-
- N° 48 *Dubois-Arber F, Gervasoni J-P, Meystre-Agustoni G.* Evaluation de la stratégie de lutte contre le cancer en Suisse, phase I, 1999. Etude 1 : évaluation de la conception et de la mise en œuvre de la stratégie au niveau national (évaluation globale). Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 15.-
- N° 49 *Ackermann-Liebrich U, Quinto C, Seifert B, Vranesic T.* Evaluation des Nationalen Krebsbekämpfungsprogrammes, Phase I, 1999. Studie 2: Inventar der vorhandenen Datenquellen und Indikatoren. Basel: ISPM der Universität Basel, 2000. CHF 18.-
- N° 50 *Bachmann N, Haerter A, Cloetta B.* Evaluation der Nationalen Krebsbekämpfungsprogramme, Phase I, 1999. Studie 3: Konzeptualisierung und Stand der Umsetzung der vier Krebsbekämpfungsprogramme. Bern: ISPM der Universität Bern, 2000. CHF 20.-
- N° 51 *Treina L, Burnand B, Paccaud F.* Analyse économique du traitement de l'ostéoporose post-ménopausique par hormonothérapie substitutive chez la femme. Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 20.-
- N° 52 *Célis-Gennart M, Vannotti M.* L'expérience intersubjective de la maladie chronique. Ces maladies qui tiennent une famille en haleine ... Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 25.-

N° 53 *à paraître*

N° 54 *Raynault MF, Paccaud F. Allaitement maternel et promotion de la santé en Suisse. Travail préparatoire à une prise de position de la Fondation suisse pour la promotion de la santé. Lausanne : IUMSP, 2000. CHF 20.-*



**Bulletin de commande
à adresser à**

Service d'édition et de diffusion - SED
Institut universitaire de médecine sociale et préventive
17, rue du Bugnon
CH - 1005 Lausanne

Téléphone ■ ■ 41 21 314 72 77

Téléfax ■ ■ 41 21 314 73 73

e-mail Claude.Muhlemann@inst.hospvd.ch

Je désire recevoir

Auteur/s	n°	_____
		
Titre		
		
		
		Nombre d'exemplaires	_____
Auteur/s	n°	_____
		
Titre		
		
		
		Nombre d'exemplaires	_____
Auteur/s	n°	_____
		
Titre		
		
		
		Nombre d'exemplaires	_____
La liste complète de nos titres			<input type="checkbox"/>

A l'adresse suivante :

Nom et prénom

Institution

Rue

NPA/Ville

Téléphone/téléfax

