



Université Senghor

Université internationale de langue française
au service du développement africain

Opérateur direct de la Francophonie

**Soutenir l'allaitement exclusif à Montréal chez des
enfants de moins de six mois :
Perspectives d'application en Guinée**

présenté par

Etienne BONGONO

pour l'obtention du Master en Développement de l'Université Senghor

Département SANTE

Spécialité SANTE INTERNATIONALE

le 20 mars 2013

Devant le jury composé de :

Docteur Christian MESENGE Président

Directeur Département Santé, Université Senghor
d'Alexandrie-Egypte

Professeur Hélène DELISLE Examineur

Professeur Titulaire, Directrice TRANSNUT, Université
de Montréal, Montréal-Québec-Canada

Professeur Morsi El SODA Examineur

Professeur Titulaire, Université d'Alexandrie-Egypte

Remerciements

Je remercie les honorables membres de ce jury : le Docteur Christian Mésenge, Directeur du département Santé, pour sa disponibilité et son appui constants ; le Professeur Hélène Delisle, Directrice de TRANSNUT à l'Université de Montréal, pour m'avoir non seulement trouvé le stage, mais accepté de m'encadrer pour la rédaction de ce mémoire ; le Professeur Morsi El Soda pour avoir bien voulu accepter de faire partie de ce jury.

Ma gratitude va à l'endroit de Mme Carole Dobrich, Infirmière Senior en lactation, des co-directrices, Dr Meira Stern et Dr Anjana Srinivasan pour l'encadrement, le soutien et les orientations que j'ai bénéficiés lors du stage, ainsi qu'à l'ensemble du personnel de la Clique d'allaitement Goldfarb de l'Hôpital Général Juif de Montréal pour leur disponibilité. Mes pensées vont à l'endroit de toutes ces mamans, clientes de la Clinique d'allaitement et principale cible de l'étude, qui ont volontairement accepté de répondre à nos questions. Aussi, voudrais-je remercier les infirmières des CLSC Pierrefonds, Mme José Pakin ; Dorval-Lachine, Mme Sylvie Bertrand, Jeanne-Mance Mme Gaetane Riendeau, pour leur disponibilité lors des entrevues. Je ne saurai oublier l'équipe Consultation du Comité Régional en Lactation de Montréal (CRAM).

Je remercie Mme Marie-Hélène Doucet, responsable du dossier allaitement à la Direction de Santé Publique de Montréal, Mme Christine Brassard, coordinatrice de l'enseignement et de la recherche au CLSC Jeanne-Mance et le professeur Pascale Bourgeois du Conseil Régional des Alpes Maritimes à Nice (France) pour leur contribution à l'amélioration de ce travail. Je n'oublie pas les bibliothécaires de la bibliothèque paramédicale de l'Université de Montréal pour leur appui.

Il m'est particulièrement agréable de remercier l'Université Senghor pour cette bourse d'étude, les professeurs pour la qualité des enseignements et le personnel pour leur disponibilité, notamment, Mme Alice Mounir, Assistante administrative au département Santé.

Je suis reconnaissant vis-à-vis des collègues du Système des Nations Unies en Guinée pour le soutien qu'ils m'ont apporté dans le cadre de ce Master. Notamment M. Anthony Ohemeng Boamah, Coordonnateur Résident et Représentant Résident du PNUD, messieurs Theodore Mpatswenumugabo, Bafotigui Sako, Almamy Barry, Issiaga Konaté, Dr Abdoulaye Kaba, Dr Gassimou Cissé, El. Soumaila Dan Baria ; mes dames Obiang Olivia Nze Bekale, Corine Delphine Dao, Mariama Ciré Kaba.

Ma reconnaissance va à l'endroit de tous les aînés, collègues de travail ou de classe qui m'ont apporté différents soutiens dans le cadre de cette formation et de la rédaction du mémoire.

Je témoigne de ma reconnaissance vis-à-vis de mes bienfaiteurs, ma belle famille, mes parents et mes amis pour le soutien apporté à ma famille lors de mon absence de la Guinée.

Pour tout cela, je rends grâce à Notre Seigneur Jésus Christ et à la Sainte Vierge Marie pour toutes les grâces obtenues lors de ce Master en développement.

Dédicace

J'ai le bonheur de dédier ce mémoire à ces personnes vis-à-vis desquelles j'ai obligation d'apporter le soutien nécessaire.

Ma chère épouse, Charlotte Ilandouno, pour son amour et sa fidélité ; ma bien-aimée Catherine Lama pour son amour et sa patience, mes adorables enfants Michelle-Marie Sia et Bienvenu Pierre-Marie, pour le bonheur et la chance qu'ils m'apportent.

A chaque fois qu'un ami rend visite à ma famille à Conakry, ma fille – âgée de trois ans-lui indique ma photo fixée au salon en disant : « C'est mon papa ». Lorsqu'elle aperçoit un avion, elle dit : « Avion, il faut me saluer mon papa et dis-lui de m'envoyer du yaourt ».

En écrivant ce mémoire, j'ai compris que le lait d'une mère est si précieux que s'il m'était donné de téter à nouveau ma maman Madelèine, je l'aurai fait avec beaucoup de bonheur.

Résumé

Objectif : La présente étude réalisée à Montréal vise à analyser le soutien apporté à la femme allaitante par la famille, une Clinique spécialisée d'allaitement et le Centre Local de Services Communautaires (CLSC), en vue d'en tirer les enseignements pour la promotion de l'allaitement exclusif en Guinée, Afrique de l'ouest.

Méthode : Cette étude qualitative a porté sur des femmes allaitantes suivies à la Clinique d'allaitement de l'Hôpital Général Juif de Montréal. Une observation participante a été faite sur 90 femmes allaitantes et des entretiens individuels réalisés avec 22 d'entre elles lors de leur consultation à la Clinique. Afin de diversifier les sources, enrichir et compléter les informations, des entretiens semi-dirigés ont été réalisés avec 12 professionnels de la santé. Notamment, huit consultants de la Clinique, trois infirmières de CLSC et la responsable du dossier allaitement de la Direction de Santé Publique de Montréal.

Résultats : Les femmes sur lesquelles portait l'étude étaient âgées de 22 à 44 ans et elles avaient allaité en moyenne 1,6 enfant. Elles étaient majoritairement d'origine canadienne et africaine. La quasi-totalité de ces femmes (90%), avaient émis le souhait d'allaiter exclusivement leur nourrisson pendant six mois. Cette décision s'expliquait par un certain nombre de déterminants. Notamment, leurs connaissances des bienfaits de l'allaitement au sein, le soutien dont elles bénéficiaient de la part de la famille, de la Clinique et du CLSC. Les connaissances des femmes sur les avantages du lait maternel seraient favorisées par le niveau d'instruction et l'expérience de la maternité. Les résultats montrent qu'il existe un lien entre la décision de la femme d'allaiter et le soutien dont elle bénéficie de la part de sa famille, de la Clinique et du CLSC.

Conclusion : La décision de la femme d'allaiter exclusivement au sein pendant les six premiers mois de vie de l'enfant, serait largement influencée d'une part, par son niveau d'instruction et son expérience de la maternité, d'autre part, par le soutien de sa famille, de la Clinique et du CLSC. La Guinée pourrait expérimenter des initiatives communautaires en vue de favoriser le soutien, la promotion et la protection de l'allaitement exclusif. Pour ce faire, elle devrait songer à mettre en œuvre un cadre législatif favorable à l'allaitement maternel. Ce qui implique une volonté politique soutenue.

Mot-clefs

Allaitement au sein, allaitement exclusif, alimentation au biberon, préparations lactées, soutien, femme allaitante, Montréal, Guinée.

Abstract

Objective: The present study aims to analyze the support given to breastfeeding women by the family, specialized breastfeeding Clinic and the Centre Local de Services Communautaires (CLSC), in Montréal; so that, the experience learnt can be transmitted for exclusive breastfeeding promotion in Guinea, West Africa.

Method: This qualitative study focused on lactating women followed at the Breastfeeding Clinic of the Jewish General Hospital in Montreal. Participatory observation was made on 90 lactating women and individuals interviews conducted with 22 of them during their post antenatal care at the Clinic. In order to diversify information sources, to enrich and to complete information, semi-structured interviews were conducted with 12 health professionals. Precisely: 8 Clinic's consultants, 3 CLSC's nurses and the in charge of breastfeeding promotion at Montreal's Department of Public Health.

Results: The women concerned in the study were aged from 22 to 44 years and had breastfed an average of 1.6 child. They were mostly canadian and african origin. Almost all of these women (90%) had expressed the wish to breastfeed exclusively their infants for 6 months. This decision was due to a number of determinants: their knowledge of the benefits of breastfeeding, the support they enjoyed from the family, the Clinic and the CLSC. Women's knowledge about the benefits of breast milk would be due to their education level and motherhood experience. The results show that there is a link between the woman's decision to breastfeed and the support she receives from her family, Clinic and CLSC.

Conclusion: The woman's decision to breastfeed exclusively for the first 6 months of child's life would be greatly influenced by: education's level, motherhood's experience, the family, Clinic and CLSC's supports. Guinea could experiment with community initiatives to promote the support, promotion and protection of exclusive breastfeeding. To do this, it should implement a legislative framework favorable to exclusive breastfeeding.

Key-words

Breastfeeding, exclusive breastfeeding, bottle feeding, dairy substitutes, support, breastfeeding women, Montreal, Guinea.

Liste des acronymes et abréviations utilisés

La liste suivante correspond aux acronymes ou abréviations utilisés dans ce document.

- AFPAMNI : Association des Femmes pour la Promotion de l’Allaitement Maternel et de la Nutrition des Enfants
- ASPC Agence de la Santé Publique du Canada
- ASSS : Agence de Santé et des Services Sociaux
- ATS : Agent Technique de Santé
- CEGEP : Collège d’Enseignement Général et Professionnel
- CLSC : Centre Local de Services Communautaires
- CRAM Consultation du Comité Régional en Allaitement Maternel de Montréal
- DSPM : Direction de Santé Publique de Montréal
- EDS : Enquête Démographique et de Santé
- ELDEQ : Etude Longitudinale du Développement des Enfants du Québec
- ENSP : Enquête Nationale de la Santé de la Population
- ESCC : Enquête de Santé dans les Collectivités Canadiennes
- ETME : Eviter la Transmission Mère Enfant
- HFPC : Herzl Family Practice Center
- HGJ : Hôpital Général Juif (de Montréal)
- IBCLC : International Board Certified Lactation Consultant (consultante en lactation certifiée de l’IBLCE)
- IBFAN : International Baby Food Action Network (Réseau International des Groupes d’Action pour l’Alimentation Infantile)
- MSSS : Ministère de la Santé et des Services Sociaux (du Québec)
- OMD : Objectifs du Millénaire pour le Développement
- ONG : Organisation Non Gouvernementale
- PFMR : Pays à Faible et à Moyen Revenu
- PTME : Prévention de la Transmission Mère Enfant (devenu ETME)
- RRSSS: Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de la Maurice et du Centre-Québec
- TRANSNUT : Transition nutritionnelle (Centre collaborateur de l’OMS sur la transition nutritionnelle et le développement)
- UdeM : Université de Montréal

Sommaire

Remerciements	i
Dédicace	ii
Résumé	iii
Abstract.....	iv
Liste des acronymes et abréviations utilisés	v
Introduction.....	1
1 Problématique	3
1.1 Présentation des taux d'allaitement à travers le monde	3
1.2 Situation au Canada	3
1.3 Situation au Québec	4
1.4 Situation en Afrique de l'Ouest et du Centre	4
1.5 Situation en Guinée	4
1.6 Enoncé de la problématique.....	5
1.7 Justification.....	6
1.8 Questions et hypothèse de recherche	7
1.9 Synthèse des données de terrain	7
2 Revue bibliographique	8
2.1 Définition des concepts clés.....	8
2.1.1 Soutien	8
2.1.2 Allaitement	8
2.1.3 Lactation.....	8
2.1.4 Allaitement exclusif.....	8
2.1.5 Alimentation au biberon	9
2.1.6 Alimentation artificielle.....	9
2.1.7 Alimentation mixte	9
2.1.8 Préparations commerciales pour nourrissons.....	9
2.1.9 Substituts de lait maternel.....	9
2.2 Recension des écrits sur la promotion de l'allaitement exclusif	9
2.2.1 Synthèse de quelques écrits sur la promotion de l'allaitement exclusif dans les pays en développement :.....	10
2.2.2 Synthèse de quelques écrits sur la promotion de l'allaitement exclusif en Afrique:.....	11
2.3 Importance de l'allaitement maternel	12
2.3.1 Importance sanitaire.....	12
2.3.2 Importance psychoaffective	14
2.3.3 Importance économique.....	14

2.4	Evolution de la pratique de l'allaitement maternel.....	15
2.5	Engagement mondial en faveur de l'allaitement	16
2.5.1	Allaitement exclusif.....	17
2.5.2	Allaitement dans le VIH/sida	17
2.5.3	Code international de commercialisation des substituts du lait maternel	19
2.5.4	Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel	20
2.5.5	Initiative «Hôpitaux Amis des Bébéés »	20
2.6	Schéma conceptuel de l'étude	21
3	Méthode.....	23
3.1	Population d'étude	23
3.2	Type d'étude.....	23
3.3	Outils et techniques de collecte de données	24
3.4	Collecte des données	24
3.5	Recherche documentaire.....	25
3.6	Analyse des données.....	26
3.7	Variables de l'étude	26
3.8	Limites de l'étude	26
3.9	Description des opérations de la Clinique d'allaitement Goldfarb	27
3.9.1	Référence de la cliente.....	27
3.9.2	Circuit de la cliente à la Clinique.....	28
3.9.3	Déroulement de la consultation	28
3.9.4	Activités réalisées dans le cadre du stage	29
4	Résultats et Discussion.....	31
4.1	Déterminants influençant l'initiation et la poursuite de l'allaitement	31
4.1.1	Connaissance des bienfaits de l'allaitement au sein	32
4.1.2	Le soutien de la famille et des professionnels de la santé	36
4.2	Déterminants influençant l'arrêt et l'abandon de l'allaitement	36
4.3	Soutien apporté à la femme allaitante par la famille, la Clinique d'allaitement et le CLSC	38
4.3.1	Soutien apporté par la famille	39
4.3.2	Soutien apporté par la Clinique d'allaitement Goldfarb	40
4.3.3	Soutien apporté par le CLSC	42
4.4	Initiatives entreprises par le gouvernement de Québec.....	43
4.4.1	Niveau national	43
4.4.2	Niveau international.....	44
4.5	Bonnes pratiques pour la Guinée.....	45

4.5.1	Innovation ou revalorisation	45
4.5.2	Interventions à renforcer	47
5	Conclusion.....	50
6	Références bibliographiques	51
7	Liste des illustrations.....	ix
8	Liste des tableaux	ix
9	Glossaire.....	ix
9.1	La protection de l’allaitement.....	ix
9.2	Le soutien à l’allaitement	ix
9.3	La promotion de l’allaitement.....	x
9.4	Le frein de langue court	x
9.5	La tétérelle.....	x
9.6	Le tire-lait.....	x
9.7	Le colostrum.....	x
9.8	Le peau à peau	x
10	Annexes.....	xi

Introduction

« La médecine préventive par excellence est l'immunisation. Si on découvrait un nouveau vaccin pouvant prévenir la mort de plus d'un million d'enfants par année et si, en plus, il ne coûtait presque rien, qu'il était sûr, qu'il s'administrerait oralement et qu'il n'était pas nécessaire de le réfrigérer, il deviendrait immédiatement un impératif pour la santé publique. L'allaitement pourrait assurer tout cela et plus encore. Toutefois, il a besoin de son propre réseau de soutien, c'est-à-dire des soins compétents pour les mères afin qu'elles gagnent de l'assurance, qu'elles apprennent ce qu'il faut faire... Si ce réseau de soutien ne fait plus partie d'une culture, ou s'il fonctionne mal, alors il appartient aux services de santé de le rétablir » (RRSSS 2002)¹

En effet, l'allaitement maternel est reconnu comme étant le mode d'alimentation par excellence pour tous les nourrissons. L'allaitement maternel pouvait faire diminuer de 13 % le nombre de décès d'enfants de moins de cinq ans si les nourrissons étaient exclusivement nourris au sein pendant six mois et continuaient d'être allaités jusqu'à l'âge d'un an (Kramer et al. 2006).

De nos jours, l'industrie transforme le lait de vache pour que ses composantes nutritionnelles se rapprochent davantage de celles du lait humain. Mais, les substituts de lait maternel ne peuvent égaler le lait maternel car, ils ne peuvent fournir ni anticorps, ni facteurs immunitaires, ni hormones de croissance ou de globules blancs (Doré and Danielle 2012).

Or, plusieurs études scientifiques ont établi que le lait maternel renferme des anticorps et d'autres éléments immunitaires qui préviennent les maladies infantiles. Il est l'aliment le plus complet pour l'alimentation de l'enfant pendant ses six premiers mois de vie. Pendant cette période, le lait maternel contient la quantité et la qualité idéales de nutriments, vitamines et minéraux lui permettant à lui seul, de couvrir l'ensemble des besoins nutritionnels du nourrisson². Voilà pourquoi, l'OMS et l'Unicef recommandent que les enfants soient exclusivement nourris au sein jusqu'à six mois. Car l'introduction trop précoce d'aliments de complément prive non seulement l'enfant du lait maternel, mais aussi, des anticorps et autres agents anti-infectieux et augmente également le risque de contracter des maladies infectieuses, en particulier la diarrhée. De plus, elle diminue la prise de lait par l'enfant et donc la succion, ce qui réduit la production de lait (Ministère du Plan and MEASURE DHS, ORC Macro 2005).

En revanche, la pratique optimale de l'allaitement maternel réduit le risque de cancer du sein et des ovaires de la femme ainsi que le stress. L'allaitement maternel protège l'enfant contre les otites, les infections gastro-intestinales et respiratoires. Il semble avoir un rôle à jouer dans la réduction de l'obésité, du diabète et de la carie³. L'allaitement épargnerait également au ménage des coûts

¹ Publié dans The Lancet, novembre 1994

² Ministère de la Santé et des Services Sociaux : <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/allaitement.php>, mise à jour, 12 avril 2012

³ Idem

supplémentaires dus au non allaitement tels que les consultations médicales, traitements antibiotiques, hospitalisations, etc. (RRSSS 2002).

Cependant, bien que l'allaitement soit un acte "naturel" et banal, (Desclaux 2002), malgré les risques liés au non allaitement et l'importance de l'allaitement pour l'enfant, la femme et la famille, sa pratique se heurte à d'énormes difficultés. Ces obstacles se situent à la fois au niveau des mères de nourrissons, des familles, des professionnels de la santé, des fabricants des substituts du lait maternel et de l'Etat.

Les raisons qui ont milité au choix de ce sujet viennent d'un constat fait chez nous en Guinée. Nous avons en effet remarqué que dans ce pays, le lait de vache est préféré par des humains pour alimenter des bébés (humains) au détriment du lait humain (lait de femme). Dit en d'autres termes, nous avons constaté que, de plus en plus, les femmes allaitent de moins en moins leurs enfants au sein et leur donne précocement des substituts du lait maternel. Ce constat a été confirmé par l'Enquête Démographique et de Santé de 2012. Selon ces données, en Guinée, les taux d'allaitement exclusif chez les nourrissons de zéro à cinq mois sont passés de 27% en 2005 à 21% en 2012. Cette situation nous a amené à réfléchir en notre qualité de Sociologue et d'étudiant en Santé internationale. D'où l'idée de traiter de ce sujet dans le cadre de ce mémoire de Master en développement, dans le but de contribuer à améliorer la santé des femmes et des enfants en Guinée. En menant donc cette étude, notre question de recherche est : en quoi le soutien apporté à la femme allaitante à différents niveaux de la société favorise l'allaitement exclusif pour les six premiers mois de vie de l'enfant ?

Pour répondre à cette interrogation, nous avons mené, au cours de notre stage, une étude qualitative portant sur 90 femmes lors de leur consultation à la Clinique d'allaitement Goldfarb de l'Hôpital Général Juif de Montréal.

Ce mémoire est structuré en quatre parties. La première, intitulée problématique, montrera en quoi la pratique non optimale de l'allaitement exclusif constitue un problème. La revue bibliographique ou cadre théorique, exposera dans la deuxième partie, les concepts clés, une recension des écrits sur l'allaitement exclusif et ses bienfaits. Bien sûr, elle s'intéressera également à l'évolution de la pratique de l'allaitement maternel, à l'engagement mondial à la faveur de l'allaitement et se terminera par un schéma conceptuel. La troisième partie de ce mémoire sera consacrée au travail de terrain : la collecte des données et les activités réalisées lors de notre stage de mise en situation professionnelle. Dans la quatrième partie enfin, nous présenterons et discuterons des principaux résultats auxquels nous sommes parvenus.

1 Problématique

Ce premier chapitre montre en quoi l'allaitement exclusif constitue un problème dans plusieurs parties du monde. Il effleure la situation au Canada et en Afrique mais approfondie celle de la Guinée en y présentant la faible prévalence de l'allaitement maternel et quelques obstacles liés à l'allaitement exclusif.

1.1 Présentation des taux d'allaitement à travers le monde

Dans le monde, entre 2005 et 2009, l'Unicef estime à 36% le taux d'allaitement exclusif chez les enfants de moins de six mois et à 44% le taux d'initiation à l'allaitement. Quant au taux d'allaitement non exclusif et prolongé, il est de 56% chez les enfants de 12 à 23 mois. Les taux d'allaitement exclusif dans les pays les moins avancés et dans les pays en développement sont respectivement 42 et 36%⁴ (UNICEF 2011).

En ce qui concerne les régions du monde, les taux d'allaitement exclusif varient respectivement de 34% en Afrique à 38 % en Asie. De 33% en Afrique subsaharienne, ils sont de 32% au Moyen orient et Afrique du Nord et 43% en Amérique latine et Caraïbes. Les taux d'allaitement exclusif chez les moins de six mois sont plus bas dans les régions d'Afrique de l'Ouest et du Centre (23%) par rapport à celles d'Afrique de l'Est et Australe (44%) (UNICEF 2011).

En revanche, les taux d'initiation précoce à l'allaitement se présentent comme suit : 50% dans les pays les moins avancés contre 44% dans les pays en développement ; 49% en Afrique contre 41% en Asie. Les régions d'Afrique subsaharienne et celles d'Amérique latine et caraïbes présentent le même taux (49%), un peu plus élevé que celui des régions du Moyen orient et d'Afrique du Nord (47%). De 39% en Afrique de l'Ouest et du Centre, les taux d'allaitement sont estimés à 61% en Afrique de l'Est et Australe (voir annexe, tableau 5)(UNICEF 2011).

1.2 Situation au Canada

Au Canada, selon l'Enquête de Santé dans les Collectivités Canadiennes (ESCC), le taux moyen d'initiation à l'allaitement est de 87% entre 2009 et 2010. Il varie de 75% dans la région de l'Atlantique à 93% en Colombie Britannique ; de 91% dans la région des Prairies à 88,5% dans l'Ontario. Par ailleurs, le pourcentage des mères qui ont cessé d'allaiter est de 18% pour le premier mois de vie et également de 18% pour la première année de vie de l'enfant (Lavoie and Dumitru 2011).

Le taux d'allaitement exclusif quant à lui est estimé à 52% chez les enfants de quatre mois et 31,5% chez les enfants âgés de moins de six mois (Lavoie and Dumitru 2011). Six à sept ans avant, (en 2003), ce taux était de 19% chez les enfants de moins de six mois. Ce qui dénote un réel progrès. (Beaudry, Chiasson, and Lauzière 2006).

⁴ Les taux pour les pays industrialisés ne sont pas mentionnés dans ce rapport de l'UNICEF, 2011

1.3 Situation au Québec

Contrairement aux autres provinces du Canada, la province de Québec connaît les plus faibles taux d'allaitement, surtout pendant les années 1965-1971, 11%. Malgré les progrès enregistrés ces dernières décennies, les mères québécoises sont toujours moins nombreuses non seulement à amorcer l'allaitement, mais aussi, à le poursuivre (Beaudry, Chiasson, and Lauzière 2006). En effet, selon l'Enquête de Santé dans les Collectivités Canadiennes (ESCC), au Québec, entre 2009 et 2010, 83% des mères ont allaité ou essayé d'allaiter leur enfant. En 2005-2006 le taux d'initiation à l'allaitement était de 82% selon l'Etude Longitudinale du Développement des Enfants du Québec (ELDEQ). Le pourcentage des mères québécoises qui ont cessé d'allaiter varie de 26% pour le premier mois de vie du nourrisson à 39% pour son septième mois et 13% pour la première année de vie de l'enfant (Lavoie and Dumitru 2011).

Par contre le taux relatif à l'allaitement exclusif demeure des plus bas : de 59% chez les enfants de trois mois, il est à 24% chez ceux âgés de moins de six mois (Lavoie and Dumitru 2011).

1.4 Situation en Afrique de l'Ouest et du Centre

L'allaitement maternel est une pratique courante en Afrique de l'Ouest et du Centre avec un taux d'initiation dépassant les 90% et une durée moyenne d'allaitement de 20 mois. Cependant, en 2007, le taux d'allaitement exclusif de ces régions pour les enfants de moins de six mois, était plus bas que dans n'importe quelle autre région du monde. Il y était de 20% et variait de 2% au Tchad, à 4% en Sierra Leone et 5% en Côte d'Ivoire. Par ailleurs, des progrès encourageants ont été enregistrés dans ce sens par certains pays entre 1990 et 2004. En exemple, le Nigeria et le Burkina Faso qui avaient un taux avoisinant celui du Tchad ont franchi le cap des 3% pour atteindre respectivement 17% (Nigéria) et 19% (Burkina Faso). Le taux d'allaitement exclusif du Ghana qui était au même niveau que celui de la Sierra Leone, est passé de 4 à 53%. Le Cameroun et le Mali qui avaient un taux respectif de 7 et 9% ont atteint 24 et 25% en 2007 (Sokol, Aguayo, and Clark 2007).

Cette situation montre que l'Afrique de l'Ouest et du Centre demeurent les régions du monde qui présentent un contraste en matière d'allaitement : les taux d'allaitement sont parmi les plus élevés, mais les taux d'allaitement exclusif sont les plus bas et, par ricochet, les taux de mortalité infantile sont les plus élevés (Sokol, Aguayo, and Clark 2007).

1.5 Situation en Guinée

L'allaitement est une pratique très répandue en Guinée en ce sens qu'elle fait partie de la culture de presque toutes les communautés guinéennes. Selon les résultats de l'EDS de 2012, 98 % des enfants de moins de neuf mois et 96 % des enfants de 9-11 mois sont allaités. En revanche, les taux relatifs à l'allaitement exclusif pour les six premiers mois de vie de l'enfant ne sont pas satisfaisants. Seulement 21% des enfants âgés de zéro à cinq mois sont allaités exclusivement au sein. Ce qui représente une

baisse par rapport à l'EDS de 2005 où le taux d'allaitement exclusif était estimé à 27%. Dans 78 % des cas, ces enfants de zéro à cinq mois ont déjà reçu d'autres aliments en plus d'être allaités. Il s'agit essentiellement de l'eau (56 %), des liquides non lactés (7 %), d'autres laits (6 %) et de compléments solides ou semi-solides (9 %) (Ministère du Plan et al. 2012).

La durée médiane de l'allaitement maternel est estimée à 22,4 mois pour l'ensemble du pays, durée identique à celle observée lors de l'EDS de 1999. Des durées plus courtes sont observées en ce qui concerne l'allaitement exclusif (trois mois) ou l'allaitement prédominant (6,4 mois). Par ailleurs, on constate peu d'écart selon les caractéristiques sociodémographiques des enfants et des mères. Par rapport au sexe des enfants par exemple, les écarts observés sont peu significatifs : 22,1 mois pour le sexe masculin contre 22,7 mois pour le sexe féminin. Ce qui indique que les filles sont un peu plus allaitées que les garçons. En ce qui concerne le milieu de résidence de la mère, on note 22,5 mois pour le milieu rural et 22 mois pour le milieu urbain. Aussi, on constate une diminution légère de la durée médiane d'allaitement maternel avec le niveau d'instruction de la mère : elle passe de 22,6 mois pour les enfants de mère sans instruction à 21,6 mois pour les enfants de mère ayant un niveau d'instruction primaire et 21,2 mois pour ceux dont la mère possède un niveau d'instruction secondaire ou plus (Ministère du Plan and MEASURE DHS, ORC Macro 2005). Ces chiffres signifient qu'en Guinée, les femmes vivant en milieu rural allaitent un peu plus longtemps que celles vivant en milieu urbain. Aussi, plus la femme a un niveau d'instruction, moins elle allaite.

En revanche, ces résultats prouvent que les recommandations de l'OMS et de l'Unicef relatives à l'allaitement exclusif chez les enfants de moins de six mois, ne sont pas bien suivies en ce sens que l'introduction d'autres liquides ou compléments a lieu à un âge trop jeune (avant six mois). De même, la recommandation relative à l'introduction d'aliments solides de complément à partir de l'âge de six mois n'est pas correctement suivie non plus : seulement 44 % des enfants de six à neuf mois reçoivent, en plus du lait maternel, des aliments de complément (Ministère du Plan et al. 2012).

1.6 Enoncé de la problématique

La situation décrite ci haut demeure préoccupante en dépit de quelques progrès enregistrés. Elle montre que l'allaitement exclusif est encore insuffisant partout, mais qu'il n'est pas facile et demande donc un appui, lequel est rarement adéquat, notamment en Guinée.

En effet, les difficultés entravant la pratique et le maintien de l'allaitement exclusif en Guinée s'expliquent par plusieurs déterminants d'ordre socioculturel, économique et politique. Notamment, chez la femme, la poursuite des études à un niveau supérieur, l'exercice d'activités professionnelles, le sentiment de perte de la beauté, la perception d'insuffisance de lait ou d'incapacité à allaiter. Au niveau de la famille, l'ignorance des avantages de l'allaitement exclusif, l'influence de la publicité montrant les bébés nourris au lait artificiel plus mignons et gros, le conformisme par l'effet de la modernité et de l'urbanisation (Publiciterre). Au niveau de la société, la persistance de croyances sur le colostrum et de pratiques coutumières consistant à rincer la bouche du nouveau-né avec de l'eau issue du lavage des

versets coraniques sur les tablettes de coran. Au niveau de l'Etat, l'influence des compagnies de commercialisation des substituts de laits maternels, la non application de textes réglementaires sur la commercialisation des substituts du lait maternel, et surtout, l'absence d'une politique nationale de soutien à l'allaitement maternel (AFPAMNI and IBFAN 2012).

Ces obstacles à l'allaitement exclusif pour les six premiers mois de vie de l'enfant constituent une véritable préoccupation en vertu des efforts déployés par l'OMS et l'Unicef pour aider l'Etat guinéen à protéger, soutenir et promouvoir⁵ l'allaitement au sein. D'où la nécessité de s'engager davantage afin d'augmenter le taux d'allaitement exclusif chez les enfants de moins de six mois. Ce qui contribuerait de manière significative à l'atteinte du quatrième Objectif du Millénaire pour le Développement (OMD4) relatif à la réduction de deux tiers, du taux de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans d'ici à 2005⁶.

1.7 Justification

En regard des progrès enregistrés par le Québec dans le domaine de la protection, du soutien et de la promotion de l'allaitement exclusif chez les enfants de moins de six mois, nous avons jugé utile d'entreprendre un stage de mise en situation professionnelle dans la Clinique d'allaitement Goldfarb de l'Hôpital Général Juif de la ville de Montréal, au Canada.

En effet, depuis 1997, le Québec a inscrit l'allaitement maternel au cœur de ses priorités nationales de santé publique et, dispose depuis 2001, des Lignes directrices de l'allaitement maternel à l'intention des professionnels de la santé (Beaudry, Chiasson, and Lauzière 2006). Cette province du Canada enregistre de nos jours le plus grand nombre d'établissements certifiés amis des bébés au Canada, dont, six hôpitaux, deux maisons de naissance, 14 Centres Locaux des Services Communautaires (CLSC) et 18 Centres de Santé et de Services Sociaux (CSSS)⁷. Ces efforts sont couronnés par l'atteinte d'un taux d'initiation à l'allaitement de 82% (2005-2006) (Lavoie and Dumitru 2011).

La motivation à traiter ce sujet sur l'allaitement exclusif vient de notre volonté de contribuer à améliorer la santé des femmes et des enfants au sein de notre patrie la Guinée.

Le choix de la structure de stage s'explique par le fait que la Clinique d'allaitement Goldfarb est le seul Centre de référence interdisciplinaire de troisième ligne à Montréal consacré aux mères et bébés qui éprouvent des difficultés d'allaitement. Elle offre aux familles des femmes qui allaitent des services en lactation basés sur l'excellence des soins et les recherches actuelles ; forme les professionnels à la gestion de l'allaitement et contribue au domaine de la recherche sur l'allaitement dans un cadre interdisciplinaire (Hôpital Général Juif).

⁵ Ces concepts sont expliqués dans le Glossaire.

⁶ Communiqué de presse UNICEF

⁷ Ministère de la Santé et des Services Sociaux : <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/initiative-amis-des-bebes.php>

1.8 Questions et hypothèse de recherche

La présente étude vise à analyser le soutien apporté à la femme allaitante par la famille, une Clinique spécialisée d'allaitement et le Centre Local de Services Communautaires (CLSC), en vue d'en tirer les enseignements pour la promotion de l'allaitement exclusif en Guinée.

Tout au long de ce mémoire, nous-nous attacherons à répondre essentiellement à la question principale suivante :

Le soutien apporté à la femme allaitante à différents niveaux de la société favorise-t-il l'allaitement exclusif pour les six premiers mois de vie de l'enfant ?

De cette question principale découlent les sous-questions suivantes :

- Quels sont les déterminants de la durée de l'allaitement exclusif au sein ?
- Comment le soutien apporté par la famille, la Clinique d'allaitement et le CLSC motive-t-il une femme à allaiter exclusivement ?
- Quelles sont les initiatives entreprises par le gouvernement du Québec pour favoriser la promotion de l'allaitement exclusif ?
- Quelles sont les leçons que la Guinée pourrait éventuellement tirer de l'exemple du Québec pour favoriser le soutien à l'allaitement exclusif chez les enfants de moins de six mois ?

Pour répondre à ces questions, nous formulons l'hypothèse selon laquelle, plus la femme est soutenue par la famille, la Clinique d'allaitement et le CLSC, plus elle est motivée à initier l'allaitement et à le poursuivre exclusivement. Autrement dit, plus les femmes allaitantes bénéficient du soutien à différents niveaux de la société, plus on constate une prévalence de l'allaitement exclusif jusqu'à l'âge de six mois.

1.9 Synthèse des données de terrain

A la lumière des questions soulevées, nous avons réalisé au cours de notre stage de mise en situation professionnelle, une observation portant sur 90 femmes allaitantes, au cours de leur consultation à la Clinique d'allaitement Goldfarb de l'Hôpital Général Juif de Montréal. Pour mieux comprendre les faits observés, nous avons obtenu des entretiens individuels avec 22 femmes (parmi les 90) et réalisé des entretiens semi-dirigés avec 12 professionnels de la santé, dont huit de l'équipe de la Clinique. Ces différentes techniques de collecte de données nous ont permis d'obtenir des informations concourant à répondre à la question de recherche. Mais bien avant de descendre sur terrain, nous avons effectué une revue bibliographique exposée dans le chapitre suivant.

2 Revue bibliographique

Au niveau de ce chapitre, nous précisons tout d'abord la signification que nous attribuons aux principaux concepts utilisés dans notre recherche avant de nous intéresser à la recension des écrits relatifs à l'allaitement exclusif dans les pays en développement et en Afrique. Après avoir mentionné quelques avantages liés à l'allaitement au sein, nous retracerons l'évolution de la pratique d'allaitement maternel. Ensuite, nous allons faire le point sur les recommandations phares de l'OMS et de l'Unicef pour stimuler l'engagement mondial en faveur de l'allaitement maternel. Ce chapitre sera clos par un schéma conceptuel de l'étude.

2.1 Définition des concepts clés

2.1.1 *Soutien*

Selon le Dictionnaire Hachette (Brugère-Trélat 1987), soutenir c'est empêcher la défaillance, le relâchement, reconforter. Ce concept signifie aussi encourager, aider ; se prêter mutuellement assistance, faire valoir, défendre.

Dans ce contexte d'étude, le concept « soutien » se rapporte à un ensemble de services rendus à la femme allaitante pour l'encourager à mettre au sein son bébé, la reconforter afin qu'elle ne relâche pas l'allaitement au sein et l'aider pour qu'elle continue à allaiter exclusivement pendant les six premiers mois de vie de l'enfant.

2.1.2 *Allaitement*

L'allaitement, signifie que l'enfant est nourri avec du lait maternel, qu'il reçoive ou non d'autres liquides ou des aliments solides (Lavoie & Dumitru, 2011).

2.1.3 *Lactation*

La lactation c'est le processus de sécrétion et d'éjection du lait chez la mère alors que l'allaitement implique une femme et un bébé.

2.1.4 *Allaitement exclusif*

L'allaitement exclusif signifie qu'on ne donne aucun autre aliment ni boisson, y compris de l'eau, au nourrisson (à l'exception de médicaments et de gouttes de vitamines ou de sels minéraux ; le lait maternel exprimé est également accepté) (MSSS 2001).

2.1.5 Alimentation au biberon

L'alimentation au biberon traduit le fait de nourrir l'enfant au biberon, mais que celui-ci [le biberon], peut contenir différents aliments liquides, y compris du lait maternel exprimé (MSSS 2001).

2.1.6 Alimentation artificielle

L'alimentation artificielle consiste à nourrir l'enfant avec des préparations commerciales pour nourrissons ou du lait de vache sans être du tout allaité au sein ou recevoir de lait humain (MSSS 2001).

2.1.7 Alimentation mixte

L'alimentation mixte veut dire que l'on nourrit l'enfant tantôt au sein, tantôt avec des substituts du lait maternel, qu'il s'agisse de préparations commerciales pour nourrissons, de céréales ou d'autres aliments (MSSS 2001).

2.1.8 Préparations commerciales pour nourrissons

L'expression préparations commerciales pour nourrissons désigne le lait artificiel ou le lait industriel (l'expression « lait maternisé » est à éviter) (MSSS 2001).

2.1.9 Substituts de lait maternel

On entend par substituts de lait maternel, tout aliment commercialisé ou présenté de toute autre manière comme produit de remplacement partiel ou total du lait maternel, qu'il convienne ou non à cet usage (OMS 1981).

2.2 Recension des écrits sur la promotion de l'allaitement exclusif

La littérature sur la promotion de l'allaitement maternelle est bien fournie en regard de l'intérêt suscité par ce sujet. Des articles de presse aux blogs et vidéos en ligne, en passant par des mémoires, thèses, rapports et articles scientifiques, la question de l'allaitement maternelle est objet de débats. Dans le cadre de ce mémoire, nous-nous limiterons à quelques articles et ouvrages scientifiques. Dans un premier temps, nous ferons une synthèse des articles qui font état de la situation de l'allaitement exclusif dans les pays en développement. Dans un deuxième temps, nous ferons une synthèse de ceux qui s'intéressent à l'allaitement exclusif en Afrique.

2.2.1 Synthèse de quelques écrits sur la promotion de l'allaitement exclusif dans les pays en développement :

- « L'allaitement maternel dans les pays en développement : évolution et recommandations actuelles », Dillon J.C., Imbert P. (2003).

Cette étude s'est intéressée à la fréquence de l'allaitement exclusif, de l'alimentation artificielle et de l'allaitement maternel poursuivi après les six premiers mois de vie de l'enfant. Elle a ressorti les bienfaits liés à l'allaitement maternel dans les pays en développement ; surtout en ce qui concerne son impact sur la santé et le développement de l'enfant. Notamment, la prévention des diarrhées et des infections respiratoires aiguës et la prévention du retard de croissance et de la malnutrition. En abordant les pratiques d'allaitement, les auteurs se sont focalisés sur les faits suivants : l'introduction d'aliments liquides avant l'âge de six mois, le recours aux préparations lactées industrielles ainsi que l'allaitement dans le cadre du VIH. Par ailleurs, l'étude a mis l'accent sur l'allaitement exclusif et sur l'allaitement maternel poursuivi au-delà du six mois. Enfin, l'article mentionne des recommandations de l'OMS et de l'Unicef, visant à promouvoir l'allaitement exclusif. Parmi ces recommandations, nous retenons : les mesures destinées à promouvoir l'allaitement exclusif, celles visant à encourager l'introduction d'aliments complémentaires dès le sixième mois et celles orientées vers la poursuite de l'allaitement maternel au-delà du sixième mois (Dillon and Imbert 2003).

- « Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT) A Randomized Trial in the Republic of Belarus », Michael S. Kramer and al. (Kramer et al. 2006).

Cette étude réalisée en République de Biélorussie montre comment l'Initiative « Hôpital Amis des Bébé » a contribué à promouvoir l'allaitement maternel en favorisant une augmentation de la durée et de l'exclusivité dans la première année de vie de l'enfant. Selon les auteurs, ce succès pourrait être dû à plusieurs raisons. Notamment, la dégradation des conditions de vie des ménages qui ne pouvaient plus supporter les coûts élevés des substituts de lait, représentant 20% d'un salaire mensuel moyen ; la prolongation des congés de maternité obligatoires allant parfois jusqu'à trois ans ; l'absence de centres de santé de jour, le séjour prolongé à l'hôpital après l'accouchement (six à sept jours). L'étude a par ailleurs, démontré l'effet bénéfique de l'allaitement exclusif et prolongé sur la prévention, la survenue ou la réduction d'un certain nombre de maladies ou d'infections. C'est le cas par exemple des infections des voies respiratoires et des otites (Kramer et al. 2006).

- « Effect of community-based promotion of exclusive breastfeeding on diarrhoeal illness and growth: a cluster randomised controlled trial », Nita Bhandari, Rajiv Bahl, Sarmila Mazumdar, Jose Martinez, Robert E Black, Maharaj K Bhan, the Lancet (Bhandari et al. 2003).

L'objectif de cet article était d'évaluer le succès et les effets d'une intervention communautaire sur la prévalence de la diarrhée pour promouvoir l'allaitement exclusif jusqu'à l'âge de six mois. Pour cela, les auteurs ont essayé de montrer un effet protecteur de l'allaitement maternel sur la diarrhée par rapport à d'autres formes d'alimentation. Après avoir remarqué que dans les pays en développement, l'allaitement maternel est bien connu mais qu'il n'est pas pratiqué de façon exclusive, les auteurs, au

terme de l'étude, ont établi que la promotion de l'allaitement exclusif pour les six premiers mois de vie de l'enfant y est bien possible. Qui plus est, ils ont soutenu que l'allaitement exclusif peut favoriser la croissance de l'enfant et réduire le risque de diarrhée. En Biélorussie, par exemple, les stratégies qui ont favorisé la promotion de l'allaitement exclusif sont : l'« Initiative Hôpital Ami des Bébés », l'éducation par les pairs, le recrutement des agents communautaires uniquement consacrés à la promotion du lait maternel (Bhandari et al. 2003).

- « Mainstreaming nutrition into maternal and child health programmes: scaling up of exclusive breastfeeding », (Bhandari et al. 2003)

Cet article détaille les interventions réalisées dans les pays en développement et visant à promouvoir l'allaitement exclusif. A en croire aux auteurs, l'allaitement exclusif constitue la plus importante action dans la prévention de la mortalité infantile. Elle a le potentiel de prévenir jusqu'à 13% les risques de décès chez les nourrissons. Afin de le promouvoir, les auteurs ont misé sur plusieurs interventions parmi lesquelles nous notons : l'« Initiative Hôpital Amis des Bébés », l'adoption d'une politique d'allaitement maternel, le partenariat entre l'Etat et les organisations non gouvernementales (ONG), la conception des stratégies et programmes, leur suivi et leur exécution, le renforcement des structures hospitalières et communautaires, l'élaboration d'une stratégie de communication, la formation et la supervision (Bhandari et al. 2003).

2.2.2 Synthèse de quelques écrits sur la promotion de l'allaitement exclusif en Afrique:

- « Exclusive breastfeeding promotion by peer counselors in sub-Saharan Africa (PROMISE-EBF): a cluster-randomised trial », (Tylleskär, Jackson, Engebretsens, Chopra, & Diallo, 2011).

Dans cet article est présentée une étude portant sur trois pays d'Afrique subsaharienne : Burkina Faso, Ouganda et Afrique du sud. L'étude a analysé l'effet du conseling réalisé par les pairs éducateurs sur l'individu. Elle a montré que la promotion de l'allaitement exclusif pour les six premiers mois de vie de l'enfant peut sauver la vie des enfants et contribuer à l'atteinte de l'Objectif du Millénaire pour le Développement (OMD) relatif à la « réduction de deux tiers de la mortalité des enfants de moins de cinq ans ». Selon ces auteurs, l'entraide est une stratégie efficace pour favoriser la pratique de l'allaitement exclusif. L'étude a mis l'accent sur la nécessité d'avoir des messages harmonisés, car des messages contradictoires sont susceptibles d'affecter la promotion de l'allaitement exclusif. Elle s'est également intéressée au contexte de ces pays en matière de législation sur la commercialisation des substituts de lait maternel. En Afrique du Sud par exemple où le Code n'est pas encore légiféré, ces substituts sont commercialisés sans contrôle. Dans ce pays, le programme national de prévention de la transmission mère-enfant, fourni gratuitement des substituts de lait aux femmes séropositives.

Les auteurs ont également comparé leurs résultats à ceux d'autres études réalisées dans des pays en développement. En ce qui concerne l'effet de l'allaitement sur la diarrhée, en Inde, une étude a montré que l'allaitement exclusif a considérablement diminué la prévalence de la diarrhée. Au Bangladesh, les bébés nourris exclusivement au sein dans les cinq premiers mois de vie ont quatre fois moins de risques de décéder de diarrhée que ceux qui n'ont pas été allaités ou qui ont reçu une alimentation

mixte. Cependant, les auteurs ont précisé que dans les communautés où l'allaitement maternel est prédominant, comme en Guinée Bissau, au Burkina Faso et en Ouganda, le passage à l'allaitement exclusif pourrait ne pas avoir assez de différences quant-à la morbidité ou à la mortalité diarrhéiques. En revanche, bien que le fait de recevoir une alimentation mixte ait été associé au risque de diarrhée, une autre étude réalisée dans plusieurs pays a montré que les bébés allaités exclusivement au sein n'ont pas moins de risques de mourir de diarrhée que ceux qui reçoivent une alimentation mixte (Tylleskär, Jackson, Engebretsens, Chopra, & Diallo, 2011).

- « Nutrition et santé des enfants au Cameroun, Nutrition and child health in Cameroun », Barthélémy Kuate-Defo, (Kuate-Defo et al. 2001).

Kuate-Defo et ses collaborateurs ont dans ce livre, brossé plusieurs aspects liés à l'allaitement maternel. En ce qui nous concerne, nous-nous limiterons aux chapitres qui exposent les aspects socioculturels. Cette étude a donc porté sur certaines provinces du Cameroun. Elle analyse ainsi la dimension socioculturelle des pratiques d'allaitement maternel et de sevrage dans les provinces de l'Adamaoua et du Sud et dans celles du Nord-Ouest et du Sud-Ouest. L'allaitement exclusif pendant six mois est très difficilement applicable chez les Batanga. La tradition consiste à donner de l'eau dès le jour de la naissance et la bouillie légère dès l'âge de deux mois. Ces deux pratiques se justifient par le fait que le lait maternel ne peut rassasier l'enfant, qu'il faut lui donner quelque chose de lourd. Aussi, il est avancé que l'allaitement exclusif au sein provoque des pleurs abondants chez l'enfant et exige une disponibilité constante chez la mère. Par ailleurs, dans plusieurs régions du Cameroun, le colostrum est considéré comme un mauvais lait à cause de ce qu'on le lui attribue et de sa couleur jaunâtre et sombre. La tradition considère que le bon lait est ce qui est de couleur blanche. L'expérience de ce pays dans la promotion de l'allaitement maternel, les différentes interventions mises en place, les résultats atteints et leçons tirées ont également été évoqués par les auteurs (Kuate-Defo et al. 2001).

2.3 Importance de l'allaitement maternel

L'importance de l'allaitement maternel pour la femme et son enfant, la famille et la communauté entière a été suffisamment démontrée. Nous notons ici l'importance du point de vue sanitaire, psychoaffectif et économique.

2.3.1 *Importance sanitaire*

L'importance de l'allaitement maternel est perceptible sur la santé et le développement de l'enfant ainsi que sur la santé et le bien-être de la mère. Pour Lawrence, l'allaitement maternel a beaucoup de bénéfices pour l'enfant qui est né pour être allaité (Lawrence 2007). En effet, les avantages de l'allaitement maternel en ce qui concerne la survie de l'enfant, sa croissance et son développement sont bien connus. Une étude réalisée par Kramer et collaborateurs a révélé que l'allaitement maternel

pouvait faire diminuer de 13 % le nombre de décès d'enfants de moins de cinq ans si les nourrissons étaient exclusivement nourris au sein pendant six mois et continuaient d'être allaités jusqu'à l'âge d'un an (Kramer et al. 2006).

L'allaitement maternel réduit l'incidence de plusieurs maladies ou en diminue la gravité (MSSS 2001). Selon Delisle et collaborateurs, l'allaitement peut avoir un effet protecteur contre l'obésité et les risques associés (Delisle et al. 2005). D'autres études récentes, ont montré que l'allaitement protège contre les otites, les infections gastro-intestinales et respiratoires et joue un rôle dans la réduction de l'obésité, du diabète et de la carie. Le lait maternel contient des acides gras qui contribuent aussi à former les tissus de l'organisme de l'enfant⁸. Si les mères et les familles étaient encouragées à allaiter au sein, de nombreuses vies pourraient être sauvées, car l'allaitement est la meilleure alimentation pour le nourrisson et le jeune enfant et le lait maternel, l'un des moyens les plus efficaces de préserver la santé et d'assurer la survie de l'enfant⁹. Les nutriments provenant du lait sont non seulement indispensables pour la croissance physique de l'enfant, mais aussi, pour le développement de son cerveau. Selon une étude réalisée au Danemark, plus les enfants sont allaités longtemps de façon exclusive, plus leurs capacités motrices et langagières sont développées. (MSSS 2001). Les effets de l'allaitement sur le système immunitaire de l'enfant sont constatables après quelques années. Ce qui dénote de l'effet protecteur de l'allaitement contre certaines infections (Lawrence 2007).

La succion aide également à protéger le nouveau-né contre certaines infections. Une étude menée au Brésil a montré que les enfants de zéro à un an ne recevant pas de lait maternel avaient 17 fois plus de risque d'être hospitalisés pour une pneumopathie que les enfants exclusivement nourris au sein (Dillon and Imbert 2003).

L'allaitement est recommandé pour tous les nourrissons à l'exception de ceux qui souffrent de galactosémie. Les femmes sous chimiothérapie pendant une longue période, ainsi que les mères porteuses du VIH ou atteintes d'une tuberculose active et non traitée, ne doivent allaiter que sur recommandation de leur médecin¹⁰.

Des recherches ont montré que les effets de l'allaitement maternel sur la santé de la mère et sur celle de l'enfant sont souvent liés à la durée et à l'exclusivité. Un allaitement prolongé réduit aussi le risque de cancer du sein, des ovaires, l'anémie et l'ostéoporose chez la femme¹¹. Il peut également être associé à une réduction à long terme des niveaux de cholestérol (Delisle 2008).

⁸ Ministère de la Santé et des Services Sociaux : <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/allaitement.php>, mise à jour, 12 avril 2012

⁹ OMS, Dix faits sur l'allaitement maternel : <http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/fr/index.html>

¹⁰ Ministère de la Santé et des Services Sociaux : <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/allaitement.php>, mise à jour, 12 avril 2012

¹¹ Idem

2.3.2 *Importance psychoaffective*

L'allaitement maternel comporte également une dimension psychosociale (Beaudry, Chiasson, and Lauzière 2006). Ses avantages psychologiques tiennent à la relation mère-enfant établie lors de la mise au sein à une période essentielle du développement de l'enfant (Papin, ND).

Lawrence affirme que l'allaitement renforce la relation mère-enfant et le nouveau-né sait exactement ce qu'il doit faire lorsqu'il trouve l'opportunité d'avoir le sein (Lawrence 2007). En renforçant cet argument, Beaudry et collaborateurs soutiennent que l'allaitement favoriserait le processus d'attachement de même qu'un sentiment de bien-être et une amélioration de l'estime de soi chez plusieurs femmes ou encore un sentiment d'empowerment (Beaudry, Chiasson, and Lauzière 2006). C'est un instrument de changement de la vie du nouveau-né et de sa mère (Lawrence 2007). Une recherche montréalaise récente, indique que l'allaitement maternel entraînerait une réduction du stress chez la mère¹².

2.3.3 *Importance économique*

La famille profite à la fois des bienfaits de l'allaitement pour la mère mais aussi d'autres avantages liés à ses aspects pratiques et économiques, telle que la gratuité du lait maternel. La mère peut nourrir son enfant dès qu'il le demande, n'importe où et n'importe quand, ce qui lui facilite la vie à bien d'égards. Elle n'est pas contrainte de transporter biberons, préparations commerciales, chauffe-biberons etc. (Beaudry, Chiasson, and Lauzière 2006)

Une étude allemande a démontré que même en période de famine, une femme est capable d'allaiter après avoir accouché (Lawrence 2007). L'insuffisance de lait n'est donc pas une raison justifiée chez les femmes qui arrêtent d'allaiter leurs enfants (Amir 2006).

Une étude réalisée en 2005 dans la ville de Québec, a révélé qu'une famille dont l'enfant est allaité pendant 26 semaines (six mois), peut épargner de \$532 à \$744 en moyenne, selon le type de préparation utilisé (Beaudry, Chiasson, and Lauzière 2006). Une étude similaire réalisée aux USA, a prouvé que les enfants allaités exclusivement au lait maternel sont en bonne santé et leurs soins nécessitent peu de dollars : \$300 à \$400 sont ainsi épargnés par an et par enfant (Lawrence 2007). Ce qui permettrait à la famille de faire des économies sur les coûts liés aux soins de santé. (Beaudry, Chiasson, and Lauzière 2006).

En 1998, une étude réalisée au Québec, a fait remarquer que la surutilisation des services de santé pour un enfant non allaité se chiffre à au moins \$160,01 en dehors des frais liés aux consultations médicales, aux hospitalisations et aux médicaments. Les auteurs précisent que ces différentes études n'ont pas intégré les coûts associés à l'achat des substituts du lait, aux conséquences éventuelles du

¹² Ministère de la Santé et des Services Sociaux : <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/allaitement.php>, mise à jour, 12 avril 2012

non-allaitement pour l'enfant, la mère, la famille ; aux autres coûts sociaux et environnementaux (Beaudry, Chiasson, and Lauzière 2006).

L'allaitement permet aussi d'éviter les coûts engendrés à différents niveaux de la société par le non-allaitement et par l'utilisation des préparations commerciales pour l'alimentation des nourrissons (Beaudry, Chiasson, and Lauzière 2006).

Au niveau national, le lait maternel a aussi une valeur économique non négligeable. Dans une étude rapportée en 1997 par l'Unicef, les importations de préparations commerciales pour nourrissons en Iran avaient chuté de 75% après que les taux d'allaitement exclusif eurent passé de 10 à 53% entre 1991 et 1996, permettant ainsi de réaliser des économies de 50 millions de dollars par année (Beaudry, Chiasson, and Lauzière 2006).

2.4 Evolution de la pratique de l'allaitement maternel

La pratique de l'allaitement maternel est l'un des phénomènes sociaux qui a le plus résisté aux différentes évolutions et changements sociétales. Dans l'antiquité, l'allaitement était considéré comme une fonction primordiale par le fait qu'il transmet les traits de caractère et permet les ressemblances de corps et d'esprit (Razurel 2003).

Dominique Le Court retrace la pratique de l'allaitement au sein de l'antiquité au 16^{ème} siècle. Il rapporte que les mères de l'antiquité ont presque toutes allaité. Héra, reine des dieux, épouse de Zeus, nourrit l'univers : son lait répandu trace la voie lactée (Le Court 2004).

« Marie, mère du Christ, qui fut exemptée de toutes les épreuves liées à la reproduction a pourtant donné le sein à son divin enfant. L'allaitement seul échappe à la malédiction qui depuis la chute originelle pèse sur la physiologie féminine. Que Jésus tète sa mère était sans doute une preuve nécessaire de son humanité (Le Court 2004).

Selon l'auteur, à l'époque gréco-romaine, les grandes dames grecques se limitaient à donner le sein, mais tous les autres soins « maternels » relevaient le plus souvent d'une servante ou d'une esclave. (Le Court 2004).

Chez les Romains, c'est une nourrice, presque toujours esclave qui est chargée de l'allaitement. Avec la bourgeoisie, l'allaitement maternel devient le fondement d'une identité sociale. Le corps de la femme voué par nature à la maternité, doit s'y consacrer exclusivement. Cependant, les riches familles bourgeoises fascinées par la noblesse, envoyaient leurs enfants en nourrice à la campagne. Dans certaines régions les paysannes font de l'industrie nourricière leur métier, parfois de mère en fille. Elles donnent non seulement leur lait, mais aussi, leurs soins. D'autres femmes réservent leurs services aux hôpitaux qui recueillent les enfants trouvés ou les orphelins. (Le Court 2004)

Au 16^{ème} s., les médecins font l'éloge de l'allaitement, présenté comme un vif plaisir des sens et du cœur (Le Court 2004). A la fin du 18^{ème} s. poursuit l'auteur, les grandes dames éclairées s'engagent à favoriser l'allaitement maternel parmi les femmes du peuple. Pour ce faire, elles fondent des

associations féminines chargées d'assister les pauvres mais, à condition qu'elles donnent le sein. Les nourrices viennent allaiter « sur lieu », au domicile des parents du nouveau-né qui prennent bien soin d'elles. Les médecins chargés de recruter les nourrices, leur soumettaient à certaines rigueurs dont la propreté (Le Court 2004) ».

Au 20^{ème} s., notamment dans les années 30, l'allaitement maternel s'impose. Il devient une nécessité dont on ne discute pas le bien fondé, renforcé par les statistiques de mortalité qui montraient sa supériorité évidente plus particulièrement dans les milieux pauvres. ("Encyclopaedia Universalis" 1992)

2.5 Engagement mondial en faveur de l'allaitement

Depuis le début des années quatre vingt, l'OMS et l'Unicef entreprennent des initiatives et multiplient des déclarations visant à soutenir, promouvoir et protéger l'allaitement maternel (Sokol, Aguayo, and Clark 2007). Parmi celles-ci, nous citons l'élaboration en :

- 1981, du Code international de commercialisation des substituts de lait maternel ;
- 1989, de la déclaration «Protéger, encourager et soutenir l'allaitement maternel : le Rôle spécial des services de maternité », expliquant les « Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel » ;
- 1990, de la « déclaration Innocenti¹³ » invitant entre autres les gouvernements à mettre en œuvre le Code International de commercialisation des substituts de lait maternel ;
- 1991, dix ans après l'élaboration du Code international sur les substituts de lait maternel, le lancement de l' «Initiative Hôpitaux Amis des Bébé» pour encourager les services de santé à adopter les « Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel » ;
- 2000, de la « Stratégie globale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant », rappelant les effets des pratiques d'alimentation sur la santé, la survie, l'état nutritionnel, la croissance et le développement du nourrisson et du jeune enfant ;
- 2000, des « Lignes directrices concernant l'utilisation des ARV pour la PTME », révisées en 2004, 2006 et 2009 ;
- 2002, du « Cadre d'action prioritaire sur le VIH et l'alimentation infantile » ;
- 2003, des « Principes directeurs pour l'alimentation complémentaire de l'enfant allaité au sein » ;
- 2009, des « Lignes directrices sur l'allaitement des mères infectées par le VIH », fruit des versions révisées des « Lignes directrices concernant l'utilisation des ARV pour la PTME » ;

Dans le cadre de ce travail, nous-nous intéresserons aux recommandations, principes, déclarations et initiatives relatifs à : l'allaitement exclusif, l'allaitement dans le VIH, le « Code international des

¹³ Voir l'« Initiative Hôpitaux Amis des Bébé »

substituts du lait maternel » ; les « Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel » et l'« Initiative Hôpitaux Amis des Bébés ».

2.5.1 Allaitement exclusif

Parmi les recommandations élaborées par l'OMS (Kramer et al., 2006, OMS 2003), dans les « principes directeurs pour l'alimentation complémentaire de l'enfant allaité au sein », nous-nous focaliserons essentiellement sur deux.

La première s'énonce comme suit :

« Pratiquer l'allaitement exclusif de la naissance jusqu'à l'âge de six mois, et introduire les aliments complémentaires à l'âge de six mois (180 jours) tout en continuant d'allaiter au sein ».

Cette recommandation fait suite au rapport d'un groupe d'experts de l'OMS sur la durée optimale de l'allaitement. Ce rapport a montré qu'au niveau d'une population, l'allaitement exclusif pendant six mois n'a pas d'effet négatif sur la croissance du nourrisson. Les besoins en éléments nutritifs des enfants nés à terme, avec un poids normal à la naissance, peuvent être correctement satisfaits par le lait maternel uniquement pendant les six premiers mois de vie de l'enfant. En revanche, pour prévenir la carence en fer chez les nourrissons à risque avant l'âge de six mois, il est conseillé qu'ils reçoivent un supplément de fer à partir de l'âge de deux ou trois mois au lieu d'une alimentation complémentaire. Les experts recommandent en conséquence d'attendre jusqu'à six mois avant d'introduire d'autres aliments, car cette option offre plus d'avantages sanitaires que de risques potentiels. Mieux, après l'âge de six mois, il devient de plus en plus difficile pour les enfants allaités au sein de satisfaire leurs besoins nutritionnels à partir du seul lait maternel (OMS 2000). Par ailleurs, la plupart des nourrissons sont prêts sur le plan du développement à consommer d'autres aliments à environ six mois (OMS 2003).

La deuxième recommandation de l'OMS suggère de « continuer l'allaitement au sein à la demande jusqu'à l'âge de deux ans ou au-delà ». Cette recommandation est soutenue par le fait que l'allaitement au sein continue d'assurer une contribution nutritionnelle importante bien au-delà de la première année de vie. Une nutrition adéquate au cours de la petite enfance est fondamentale pour le développement de l'ensemble du potentiel de l'enfant. L'alimentation complémentaire se situe généralement dans l'intervalle de 6 à 24 mois, bien que l'allaitement puisse continuer au-delà de deux ans. (OMS, 2003).

2.5.2 Allaitement dans le VIH/sida

Nous présentons ci-dessous quelques points saillants des principes et recommandations de l'OMS (OMS et al. 2010), dans le cadre de l'allaitement des enfants nés de mères infectées par le VIH :

- « Informer les femmes enceintes infectées par le VIH, des pratiques d'alimentation du nourrisson ;

- Conseiller aux mères infectées par le VIH d'allaiter exclusivement leurs enfants pendant les six premiers mois de vie de l'enfant, puis introduire les aliments de compléments tout en continuant l'allaitement maternel pendant 24 mois (deux ans) ou plus ;
- L'allaitement au sein doit cesser complètement dès qu'un régime alimentaire équilibré et sûr sans lait maternel peut être fourni ;
- Pour les femmes séropositives qui choisissent d'allaiter exclusivement au sein, l'arrêt précoce de l'allaitement maternel (avant six mois) n'est plus recommandé, à moins que leur situation change et que l'alimentation de substitution devient acceptable, faisable, abordable, durable et sûr ;
- Celles qui décident de cesser l'allaitement à tout moment doivent le faire progressivement sur une période d'un mois ;
- Les mères ou les nourrissons qui ont reçu une prophylaxie ARV doivent continuer la prophylaxie pendant une semaine après que l'allaitement soit complètement arrêté » ;

L'allaitement exclusif peut fournir aux nourrissons nés de mères infectées par le VIH, une plus grande chance de survie (OMS, 2010). Ceci permet d'améliorer la propre santé de la mère et de réduire le risque de transmission mère enfant du VIH à 5 % ou moins (OMS 2009). Car, le risque de transmission par l'allaitement maternel est responsable de 5 à 20% des transmissions du VIH/sida par voie maternelle (Bonvalet 2011).

En ce qui concerne le cas spécifique des femmes séropositives qui allaitent mais qui ne reçoivent pas de traitement ARV, l'OMS (OMS 2009) propose l'une des deux options suivantes :

Première option :

« Si la femme a reçu de l'AZT pendant la grossesse, il est recommandé de donner de la névirapine tous les jours à son enfant depuis la naissance jusqu'à la fin de l'allaitement ».

Deuxième option :

« Si la femme a reçu un schéma associant trois médicaments pendant la grossesse, il est recommandé de lui donner jusqu'à la fin de l'allaitement une prophylaxie par un schéma associant trois médicaments ».

L'OMS a fait ces recommandations suite aux résultats de plusieurs essais cliniques qui ont montré l'efficacité et l'acceptabilité d'une prophylaxie donnée à la mère ou au nourrisson pendant l'allaitement maternel.

Ces recommandations annoncées en 2009, marquent une avancée significative dans la PTME. Elles réconfortent bon nombre de mères qui étaient confrontées à ce dilemme : donner à leurs enfants tous les bénéfices de l'allaitement maternel mais les exposer au risque d'infection par le VIH, ou éviter tout allaitement maternel mais augmenter le risque de décès dû aux diarrhées ou à la malnutrition. (OMS, 2009).

2.5.3 Code international de commercialisation des substituts du lait maternel

En 1974, l'OMS (OMS, 1981) a noté un déclin général de l'allaitement au sein constaté dans de nombreuses parties du monde, du fait de l'action de facteurs socioculturels et de la promotion de produits manufacturés de remplacement du lait maternel. La commercialisation des substituts commerciaux du lait maternel a des conséquences négatives sur l'allaitement maternel et sur la survie des enfants (Sokol, Aguayo, and Clark 2007). Après plusieurs années d'échanges et de concertations sur le sujet, l'Assemblée mondiale de la santé a élaboré en 1981, le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Les Etats et organisations ont en effet reconnu qu'«encourager et protéger l'allaitement au sein tient une place importante parmi les mesures sanitaires, nutritionnelles et autres mesures sociales nécessaires pour favoriser la croissance et le développement sains du nourrisson et du jeune enfant ; et que l'allaitement au sein constitue un aspect important des soins de santé primaires ».

Le Code international sur la commercialisation des substituts du lait maternel s'applique à la commercialisation des laits de substitution et autres produits commercialisés ou représentés comme étant un substitut du lait maternel, ainsi qu'aux biberons et aux tétines (Sokol, Aguayo, and Clark 2007). Son but est de :

« Contribuer à procurer aux nourrissons une nutrition sûre et adéquate en protégeant et en encourageant l'allaitement au sein et en assurant une utilisation correcte des substituts du lait maternel, quand ceux-ci sont nécessaires, sur la base d'une information adéquate et au moyen d'une commercialisation et d'une distribution appropriées » (OMS, 1981).

Le Code international sur la commercialisation des substituts du lait maternel comporte un résumé en 10 points, dont voici quelques uns :

« Pour le grand public, aucune publicité ou autre forme de promotion destinée au public ; aucun n'échantillon de produits aux mères ;

Pour le système de santé, aucune promotion dans les services de santé, aucun cadeau au personnel sanitaire ;

Pour l'étiquetage, aucune image d'enfants ou d'autres mots ou images idéalisant l'alimentation de remplacement ; il doit clairement établir la supériorité de l'allaitement ;

Pour les gouvernements, adoption d'une législation nationale de réglementation ou d'autres mesures appropriées ;

Pour les fabricants et distributeurs des produits indiqués, surveiller les pratiques de commercialisation, indépendamment de toutes les autres mesures prises pour mettre en œuvre le code ;

Pour les organisations non gouvernementales et autres parties concernées, attirer l'attention du gouvernement, des fabricants ou des distributeurs sur les activités qui sont incompatibles avec les principes et le but du Code international et des résolutions pertinentes ultérieurement adoptées par l'Assemblée mondiale de la santé (Sokol, Aguayo, and Clark 2007).

2.5.4 Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel

Les « Dix Conditions pour le succès de l'allaitement maternel » ont été élaborées par l'OMS et l'Unicef en 1989 dans la déclaration « Protéger, encourager et soutenir l'allaitement maternel : le rôle spécial des services de maternité ». Elles constituent la pierre angulaire de l'« Initiative Hôpitaux Amis des Bébés » et résument les pratiques utilisées en maternité pour encourager l'allaitement (OMS 1999). Ces conditions s'énoncent comme suit :

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

1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants ;
2. Donner à tous les personnels soignants les techniques nécessaires pour mettre en œuvre cette politique ;
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique ;
4. Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance ;
5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson ;
6. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel sauf indication médicale ;
7. Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour ;
8. Encourager l'allaitement maternel à la demande de l'enfant.
9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.
10. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique » (OMS 1999)..

L'augmentation des taux d'allaitement exclusif est inhérent au respect et à l'application de la totalité des « Dix conditions pour le succès de l'allaitement » (OMS 1999).

2.5.5 Initiative «Hôpitaux Amis des Bébés »

L'Initiative «Hôpitaux Amis des Bébés » est une stratégie mondiale mise en place en 1991 par l'OMS et l'Unicef. Elle est bâtie sur les « Dix conditions pour le succès de l'allaitement » et vise à promouvoir la mise en place du second objectif d'intervention de la déclaration « Innocenti » et du troisième objectif applicable aux établissements de santé (OMS 1999).

La Déclaration «Innocenti» a été adoptée lors de la quarante cinquième Assemblée mondiale de la sante, en mai 1992. Elle s'énonce comme suit :

« Faire en sorte que chaque établissement assurant des prestations de maternité respecte pleinement les « Dix Conditions pour le succès de l’Allaitement maternel » énoncées dans la déclaration conjointe de l’OMS et de l’UNICEF intitulée « Protection, encouragement et soutien de l’allaitement maternel : le rôle spécial des services liés à la maternité ».

Le troisième objectif, applicable aux établissements de santé est formulé comme suit:

« Prendre des mesures pour mettre en œuvre intégralement les principes et l’objectif de tous les articles du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et les résolutions pertinentes adoptées ultérieurement par l’Assemblée mondiale de la santé» (OMS 1999) .

L’Initiative «Hôpitaux Amis des Bébé» (IHAB) vise à créer des milieux où l’allaitement est la norme, afin de donner à chaque enfant le meilleur départ possible dans la vie en protégeant, en soutenant et en encourageant l’allaitement au sein¹⁴. Dans plusieurs pays, l’implantation de l’Initiative a favorisé l’augmentation du taux d’allaitement et de la durée de l’allaitement, de même que l’amélioration de la qualité des soins et de la santé des nouveau-nés (Semenic, and Groleau, 2012).

Le titre « Ami des Bébé » est attribué aux établissements qui passent avec succès une évaluation externe approuvée par un comité accrédité. La certification « Ami des Bébé » est d’une durée de cinq ans. Le processus d’évaluation de l’initiative au niveau d’un établissement inclut des critères bien précis qui se fondent sur :

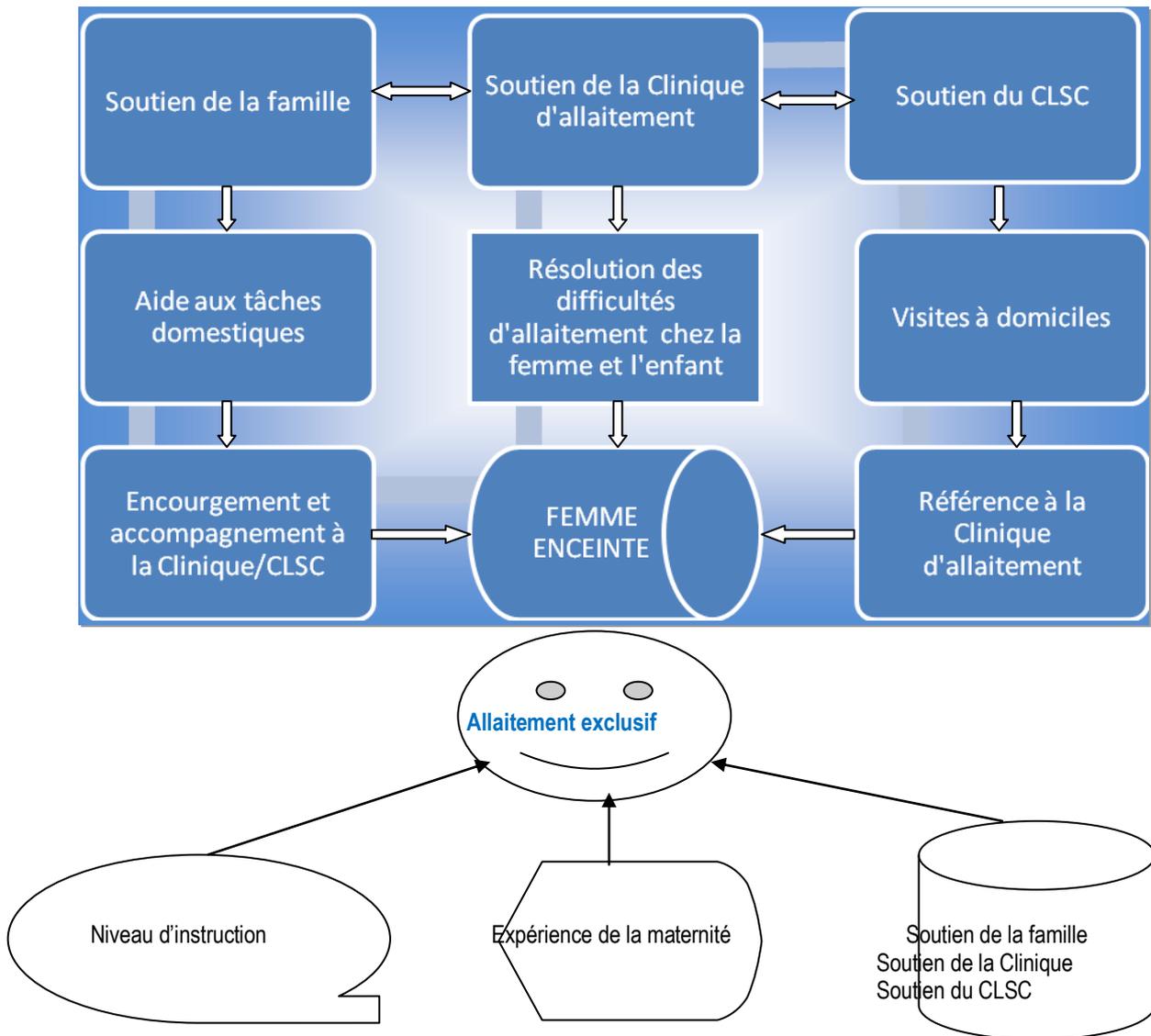
- L’application des « Dix conditions pour le succès de l’allaitement maternel » ;
- Le respect du « Code international de commercialisation des substituts du lait maternel » ;
- L’atteinte d’un taux d’allaitement fixé par le programme ;
- La réussite au processus d’évaluation externe¹⁵.

2.6 Schéma conceptuel de l’étude

¹⁴ OMS, UNICEF (1992)

¹⁵ Ministère de la Santé et des Services Sociaux : <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/initiative-amis-des-bebes.php>

Figure I Schéma conceptuel des déterminants de l'allaitement



3 Méthode

Dans ce troisième chapitre, nous détaillerons l'essentiel du travail de terrain entrepris lors du stage de mise en situation professionnelle. Nous expliquerons d'abord, le processus de collecte et d'analyse des données, ensuite, nous ferons une description des opérations de la Clinique d'allaitement Goldfarb. Les activités réalisées pendant le stage à la Clinique et hors de la Clinique vont clôturer le présent chapitre.

3.1 Population d'étude

La présente étude a porté sur des femmes allaitantes suivies à la Clinique d'allaitement Goldfarb de l'Hôpital Général Juif de Montréal. Elles ont été sélectionnées sur la base des principaux critères suivants:

- Critères d'inclusion: femme allaitant un enfant âgé de zéro à six mois, utilisant un allaitement exclusif au sein ou une alimentation mixte (l'allaitement au sein et l'alimentation au biberon) ; femme allaitant pour la première ou pour la nième fois;
- Critères de non inclusion: femme allaitant un enfant âgé de plus de six mois, même si elle était suivie par la Clinique d'allaitement Goldfarb de l'Hôpital Général Juif de Montréal ;

A l'issue de ces critères, nous avons sélectionné 90 femmes allaitantes sur lesquelles l'observation a porté pendant le déroulement de leur consultation à la Clinique. Parmi celles-ci, nous avons eu des entretiens individuels avec 22 femmes. Pour enrichir et compléter nos informations, nous avons également réalisé des entretiens semi-dirigés avec 12 professionnels de la santé : huit consultants de la Clinique, trois infirmières de trois CLSC et la responsable du dossier allaitement de la Direction de Santé Publique de Montréal.

3.2 Type d'étude

L'étude retenue pour la présente recherche était de type exploratoire, descriptif et analytique. Le choix de ce type d'étude se justifiait par le fait que le but de la présente recherche était d'explorer, décrire et analyser le soutien apporté à la femme allaitante aux trois niveaux de la société : la famille, la Clinique d'allaitement et le CLSC. Dans la même dynamique, il nous a été donné d'explorer -lors des consultations à la Clinique- le processus d'interaction entre d'une part, la femme allaitante et son consultant, et d'autre part, la trilogie entre la femme, son bébé et ses consultants. Cette trilogie connaissait une extension lorsque la femme allaitante était accompagnée soit de son conjoint ou d'un autre membre de sa famille. L'observation de cette plateforme d'échanges interactifs associée aux différents entretiens, nous a permis de récolter des informations qui ont été par la suite soumises à l'analyse.

3.3 Outils et techniques de collecte de données

La « fiche d'observation du déroulement des consultations » et la « grille d'entrevue » ont été les principaux outils qui ont servi à collecter les données sur le sujet de l'étude, les femmes allaitantes. Nous avons utilisé l'observation participative et l'entretien semi-dirigé comme techniques de collecte de données. Les outils de collecte avaient été élaborés sur la base des informations obtenues dans la littérature, les entretiens informels avec le personnel de la Clinique et les deux premières semaines d'immersion dans l'observation du déroulement des consultations. Par la suite, ils ont été soumis pour validation, aux suggestions du personnel de la Clinique et à celles d'autres collègues de TRANSNUT (Transition nutritionnelle), étudiants de niveau Ph.D et Maîtrise en Nutrition de l'Université de Montréal.

La « fiche d'observation du déroulement des consultations » comprenait plusieurs aspects portant à la fois sur la femme allaitante et son nourrisson.

Dans le cadre de ce mémoire, nous avons priorisé les informations touchant directement la femme allaitante, bien que pour répondre à certaines questions, nous-nous intéresserons au bébé.

Nous avons donc pu observer et noter les données sur la femme allaitante portant sur :

- Les caractéristiques sociodémographiques ;
- La durée exclusive de l'allaitement ;
- Les différents types de soutiens apportés par les membres de la famille ;
- La nature du soutien apporté par le personnel de la Clinique d'allaitement Goldfarb de l'Hôpital Général Juif de Montréal ;
- Les formes de soutien dont elle bénéficie de la part des infirmières des CLSC (Centres Locaux de Services Communautaires);
- Les recommandations faites par le consultant au terme de chaque visite ;
- Les attitudes et autres actes observés lors de la consultation (confer annexe 10.2).

En ce qui concerne la grille d'entrevue des professionnels de la santé, l'essentiel des questions concernaient : les motifs les plus fréquents de consultation, les motivations de la femme à allaiter, les obstacles à l'allaitement exclusif ainsi que le rôle que doit jouer la famille, la Clinique, le CLSC et le gouvernement dans le soutien, la promotion et la protection de l'allaitement exclusif (confer annexe 10.3.1 et 10.3.2).

3.4 Collecte des données

Les données relatives à l'étude ont été collectées à la Clinique d'allaitement de l'Hôpital Juif, aux CLSC Pierrefonds, Jeanne Mance et Dorval-Lachine et à la Direction de Santé Publique de Montréal. A la Clinique d'allaitement, nous avons réalisé les observations sur 90 femmes allaitantes et les entretiens individuels avec 22 d'entre elles. C'est également à la Clinique que nous avons mené les entretiens semi-dirigés avec huit consultants de la Clinique (quatre médecins, trois infirmières et la réceptionniste). Au niveau de trois CLSC, nous-nous sommes entretenus avec trois infirmières qui s'occupaient des

groupes d'entraide à l'allaitement. La responsable du dossier allaitement a été interviewée à la Direction de Santé Publique de Montréal. Les femmes allaitantes à l'étude parlaient le français ou l'anglais.

Compte tenu des exigences d'éthique, notre responsable de stage, consultante senior en lactation, avait déjà œuvré pour que l'administration du Centre de Médecine Familiale Herlz de l'Hôpital Juif nous délivre une autorisation de stage. Du côté des patientes, l'infirmière ou le médecin qui recevait la femme allaitante, lui expliquait l'objectif de notre stage qui visait à s'enquérir de l'expérience de la Clinique en matière de soutien à l'allaitement maternel. Le consentement verbal éclairé de la femme -et dans certains cas de son conjoint- était ainsi de mise. Dans nos documents de collecte de données, l'anonymat était requis. Malgré toutes ces garanties, deux femmes accompagnées de leur conjoint, n'avaient pas souhaité que le stagiaire que nous étions, assiste à leur consultation. L'étude a donc porté sur un échantillon-non représentatif- de 90 femmes qui répondaient aux critères d'inclusion et qui étaient consentantes.

Nous avons effectué des prises de notes lors des entrevues et renseigné nous-mêmes la fiche d'observation à partir de l'interaction entre le consultant¹⁶ (infirmière ou médecin) et la cliente (femme allaitante). Les réponses données par la femme allaitante suite aux questions du consultant, le diagnostic posé par le consultant ainsi que tout autre acte ou fait jugé pertinent, étaient notés dans la fiche. S'il en restait des parties non renseignées, la patiente était revue à sa prochaine visite. Nous nous sommes également servis des fiches de collecte de données de la Clinique pour des informations complémentaires sur les patientes. La durée de l'observation, donc de la consultation, variait généralement entre 30mn (pour les cas de suivi de la frénotomie) et 1h, voire 1h30mn pour les cas où les consultants procédaient à la frénotomie. Le stage a duré deux mois et demi, allant du 20 mai au 18 juillet 2012. La période proprement dite de collecte de données s'est étalée du 2 juin au 18 juillet 2012. Nous avons passé une semaine d'immersion dans les locaux de TRANSNUT, dans l'enceinte de l'Université de Montréal et deux semaines d'observation à la Clique d'allaitement Goldfarb. Moments consacrés à la conception des outils de collecte de données et de revue de la littérature sur l'allaitement.

3.5 Recherche documentaire

La recherche documentaire a été effectuée à l'aide des bases de données Pub Med, Medline et du moteur de recherche Google scholar pour accéder à des articles de revue, ouvrages, thèses, mémoires, rapports de l'OMS, de l'Unicef et d'autres organisations. Les différents mots clés utilisés sont : *Breastfeeding* pour allaitement maternel ; *support* pour soutien ; *socio-cultural practices* pour pratiques socioculturelles ; *breast* pour seins. Les mémoires produits par des étudiants de l'Université Senghor nous ont servis de référence pour des questions de forme et d'inspiration. Les dictionnaires disponibles à la bibliothèque de l'Université Senghor nous ont permis de mieux fixer les concepts de notre sujet.

¹⁶ Ce terme est utilisé dans ce mémoire au masculin. Mais il désigne à la fois les médecins, infirmières des deux sexes.

3.6 Analyse des données

L'analyse de contenu a été choisie comme méthode d'analyse qualitative des faits observés et des entretiens réalisés. Ce choix se justifiait par le fait que nous tenons à être objectif dans notre démarche de recherche. L'analyse s'était déroulée en trois étapes. La première, la pré-analyse a permis d'organiser les idées et de les regrouper par thème. La catégorisation a consisté à classer dans une grille les éléments ayant des caractères communs sous un titre générique¹⁷ (Wanlin 2007). Pour ce faire, chaque entrevue a été analysée d'abord verticalement -pour elle-même- ensuite, horizontalement -en la comparant avec les autres entrevues- (Bayard 2008). Enfin, l'interprétation des résultats qui a consisté à prendre appui sur les éléments mis au jour par la catégorisation pour fonder une lecture à la fois originale et objective du phénomène étudié¹⁸ (Wanlin 2007).

Par ailleurs, d'autres données ont été analysées à travers le logiciel SPISS version 19. Ceci nous a permis d'établir le rapport entre certaines variables. Le type d'analyse utilisée est l'analyse statistique descriptive (effectifs et tableaux croisés).

3.7 Variables de l'étude

Les trois types de variables que nous avons retenus sont :

Les variables indépendantes : le soutien de la famille, le soutien de la Clinique, le soutien du CLSC ;

Les Variables dépendantes : l'allaitement exclusif ; l'alimentation au biberon ;

Les variables intermédiaires : le niveau d'instruction de la femme allaitante, l'expérience de la maternité de la femme allaitante.

3.8 Limites de l'étude

Les limites s'expliqueraient par le fait que cette étude visait uniquement les femmes allaitantes suivies à la Clinique d'allaitement de l'Hôpital Général Juif de Montréal. Ce qui faisait de notre échantillon un sous-groupe relativement homogène. Les opinions exprimées ici ne pourraient donc être généralisées à l'ensemble des femmes allaitantes de la ville de Montréal en ce sens qu'il s'agissait d'une étude exploratoire. En revanche, l'étude a le mérite d'appréhender de façon générale, les déterminants influençant l'allaitement exclusif au sein pendant les six premiers mois de vie de l'enfant. Cela, aussi bien au niveau de la femme allaitante, mais aussi, au niveau de sa famille et des professionnels de la santé (Clinique, CLSC).

De ce fait, les attitudes et pratiques observées chez notre public cible pourraient avoir des convergences mais aussi des divergences avec celles des femmes enceintes et des mères de nourrissons ayant décidé de ne point allaiter, comme nous le verrons dans la discussion des résultats.

¹⁷ Bardin (1977), cité par Wallin, 2007

¹⁸ Robert & Bouillaguet (1997), cité par Wallin, 2007

3.9 Description des opérations de la Clinique d'allaitement Goldfarb

La Clinique d'allaitement Goldfarb au sein de laquelle nous avons réalisé notre stage, a pour mission de « gérer et traiter les problèmes d'allaitement complexes chez les mères et les enfants ; éduquer et former des étudiants et professionnels de la santé y compris les médecins, infirmiers, consultants en lactation, sages-femmes...; développer des documents à l'intention des patients sur différents sujets, tels que la mastite, le frein de langue¹⁹».

Les consultantes en lactation diplômées par l'IBCLC collaborent avec des médecins de famille formés en lactation dans la gestion de cas complexes référés par les professionnels de la santé. La Clinique comprend un personnel de 11 membres dont cinq médecins permanents, cinq consultantes certifiées de l'IBCLC parmi lesquelles figurent trois infirmières (dont une Consultante senior en lactation), et une réceptionniste. La Clinique est dirigée par deux co-directrices médecins et une responsable de l'allaitement, Infirmière et Consultante senior en lactation²⁰.

La Clinique a commencé à obtenir du gouvernement de Québec ses premiers financements quatre ans après son ouverture. Mais le montant alloué est fixe tandis que le nombre de clientes croît chaque année. De 500 consultations à la première année (2002), la Clinique est passée à 5894 consultations en 2011- 2012. C'est en 2007 que la Clinique a été agréée comme Clinique tertiaire.

3.9.1 Référence de la cliente

La cliente²¹ est référée à la Clinique d'allaitement Goldfarb à partir d'un CLSC (Centre Local de Services Communautaires), d'un hôpital ou d'une autre Clinique. Le médecin ou l'infirmière qui l'a réfère renseigne la « fiche de consultation à la Clinique d'allaitement Goldfarb ». Il y mentionne le motif de référence et envoie la fiche par télécopie à la Clinique d'allaitement. L'ensemble des fiches sont récupérées par la réceptionniste qui les met à la disposition de la responsable de l'allaitement. Celle-ci les étudie, les annote par ordre de priorité (d'urgence), sélectionne certaines clientes pour le groupe de support des jeudis et les remet à la réceptionniste qui fixe les rendez-vous en tenant compte de la répartition des médecins selon l'agenda. La réceptionniste joint les clientes au téléphone pour leur communiquer leur rendez-vous. Elle procède également à un rappel 24 avant le jour J. Une cliente qui a pris rendez-vous met deux à trois semaines (parfois moins), avant d'être reçue pour sa consultation à cause de l'affluence²².

¹⁹ Voir définition dans le glossaire

²⁰ Synthèse entretien avec la responsable de l'allaitement de la Clinique, Consultante Senior en lactation

²¹ Femme allaitante en consultation avec son bébé

²² Synthèse entretien avec la réceptionniste

3.9.2 *Circuit de la cliente à la Clinique*

Arrivée à la Clinique, la cliente présente sa carte d'hôpital à la réceptionniste. Celle-ci en fait une copie, constitue son dossier et lui remet la « fiche de collecte de données de la Clinique d'allaitement HFPC²³ » que la cliente commence à remplir dans la salle d'attente. Cette fiche s'intéresse aux informations relatives à l'histoire médicale de la mère, l'histoire des grossesses antérieures et des expériences d'allaitement, la grossesse et l'accouchement récent, l'expérience d'allaitement, le soutien de l'allaitement et les informations sur le bébé²⁴.

La réceptionniste ouvre un dossier pour la cliente et le premier consultant²⁵ disponible invite la cliente à entrer dans la salle de consultation.

3.9.3 *Déroulement de la consultation*

Le consultant reçoit la cliente dans la salle, se présente à elle et prend connaissance des informations mentionnées sur la « fiche de collecte de données de la Clinique d'allaitement HFPC ».

La première étape du processus de consultation consiste à établir le diagnostic aussi bien chez la mère que chez son enfant.

Au cours du diagnostic chez la mère, le consultant l'interroge sur les difficultés qu'elle éprouve pour allaiter. Le consultant, dans son examen, constate généralement qu'il s'agit des crevasses ou douleurs au mamelon ou au sein, de la production d'une quantité (apparemment) insuffisante de lait.

Lors du diagnostic chez le nourrisson, le consultant interroge la maman sur les difficultés que le bébé éprouve pour téter. Le plus souvent, il ressort que le bébé ne tient pas correctement le sein dans sa bouche, a un faible poids et un frein de langue court. Le consultant pèse le bébé et note l'évolution de son poids -selon les normes OMS- dans le carnet de vaccination.

A la deuxième étape de la consultation, le consultant apporte des solutions aux problèmes diagnostiqués. Pour ce faire, il échange avec ses pairs sur le diagnostic établi ainsi que la solution qu'il préconise.

La solution consiste entre autres à prodiguer des conseils pratiques adaptés aux difficultés de la cliente et à couper le frein de langue du nourrisson (frénotomie) pour lui permettre de mieux téter²⁶. La Clinique réalise environ 20 consultations par jour. Le paiement des consultations par les clientes sans assurance maladie se fait au terme de chaque consultation. Mais celles qui sont assurées présentent simplement la carte d'hôpital qui leur donne accès à des soins et médicaments.

²³ Herzl Family Practice Center (Centre de Médecine Familial Herzl)

²⁴ Synthèse entretien avec la réceptionniste

²⁵ Consultant en lactation diplômé IBCLC: Médecin, infirmière, personnel consultant d'une autre profession exerçant à la Clinique

²⁶ Voir le détail dans 4.3.2 (soutien apporté à la Clinique)

3.9.4 Activités réalisées dans le cadre du stage

Nos activités de stage se sont déroulées principalement à la Clinique d'allaitement. Mais, pour mieux comprendre le sujet, notre encadreur de stage nous a fait participer à des séances de travail dans les CLSC, à la Direction de Santé Publique de Montréal et à des ateliers sur l'allaitement. Nous avons également bénéficié de l'encadrement académique du Directeur de TRANSNUT.

a. Au niveau de la Clinique :

- Observation du déroulement des consultations des femmes allaitantes et de leur nourrisson :
 - ✓ Diagnostic des difficultés ou problèmes liés à l'allaitement :
 - Chez la mère : crevasses, douleurs aux seins ou aux mamelons, engorgement, insuffisance de lait, manque de soutien,
 - Chez le nourrisson : existence d'un frein de langue court ou ankyloglossie, faible poids, refus du sein,
 - ✓ Intervention du consultant (en fonction du diagnostic établi):
 - Pesée du bébé, report du poids du bébé dans son carnet de vaccination et indication aux parents de l'évolution de la courbe de croissance de l'enfant selon les normes OMS ;
 - Remplissage de la fiche de collecte de données ;
 - Installation confortable de la maman, le « peau à peau » ;
 - Démonstration à la mère des différentes positions de mise au sein du bébé, de l'expression manuelle ou électrique du lait, du placement de la tétérèlle au mamelon :
 - Prescription du domperidone ou suggestion d'autres produits favorisant l'augmentation de la quantité de lait produite,
 - Explication sur la nécessité de procéder à la frénotomie, ses avantages et risques, signature du formulaire de consentement par les parents,
 - Démonstration des exercices à pratiquer à domicile pour éviter le recollage du frein de langue, coupe du frein de langue, remise au sein du bébé, vérification du frein de langue coupé ;
 - Programmation de deux visites de suivis,
 - Remise d'une documentation aux parents en fonction de leurs besoins et en version française ou anglaise: frénotomie, domperidone, plantes médicinales pour augmenter la production lactée, vasospasme, muguet du mamelon et du sein, mastite, ampoule de lait, gain de poids, faible production de lait, préparation des substituts de lait à domicile, introduction d'une alimentation complémentaire, liste des ressources de soutien communautaire en allaitement.

b. Au niveau des Centres Locaux de Services Communautaires (CLSC) :

Nous avons eu trois séances de travail dans trois Centres Locaux de Services Communautaires (CLSC) : CLSC Pierrefonds, Jeanne-Mance et Dorval-Lachine. Ces CLSC sont des structures de première ligne, intégrées depuis juillet 2004, aux Centres de Santé et Services Sociaux (CSSS). Nos séances de travail ont consisté à des entretiens avec une des infirmières chargées des groupes de soutien à l'allaitement maternel. Au CLSC Pierrefonds, l'infirmière avec laquelle nous avons eu des

entretiens était une des responsables de Nourri-Source, une des associations de soutien à l'allaitement. Ces différentes séances nous ont permis de comprendre l'organisation du soutien communautaire dans la promotion de l'allaitement maternel.

c. Au niveau de la Direction de Santé Publique de Montréal :

Nous avons participé à deux séances de travail au niveau de la DSPM. La première était relative à la séance de concertation du Comité Régional en Allaitement Maternel de Montréal (CRAM), présidée par la responsable régionale du dossier allaitement maternel de la Direction de Santé Publique de l'Agence de Santé et des Services Sociaux de Montréal. Les sujets qui suivent ont été abordés : exercices pratiques de simulation sur l'utilisation de la technique d'entretien motivationnel en vue d'accompagner les femmes enceintes dans leur décision d'allaiter, projets régionaux sur l'allaitement (allaiter en public, résistance des mères à allaiter, résistance des professionnels à promouvoir l'allaitement), préparatifs de la semaine mondiale de l'allaitement maternel célébrée en différé au Canada en octobre, projets 2013 (soutien à l'allaitement exclusif, respect du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, barrières à l'allaitement en public). La deuxième séance de travail a été un entretien individuel avec la responsable du dossier allaitement. Cette séance nous a permis de mieux appréhender le rôle d'une Direction de santé publique dans la promotion de l'allaitement maternel.

d. Ateliers

Au cours de notre stage, nous avons également participé à des ateliers qui ont contribué à renforcer nos connaissances :

- Séance de sensibilisation des femmes enceintes et de leur conjoint sur les inconvénients du non-allaitement et l'importance de l'allaitement maternel pour l'enfant, la mère et la famille, organisée au Centre de Médecine Familiale Herzl de l'Hôpital Général Juif de Montréal et animée par notre superviseur de stage ;
 - Atelier de démonstration des différentes techniques et postures d'allaitement, à l'intention des étudiants en sciences infirmières de l'Université McGill, organisé à la Faculté des Sciences infirmières de l'Université Mc Gill et animé par notre superviseur de stage;
 - Atelier de restitution de l'évaluation des Lignes directrices en allaitement maternel, organisé à l'Hôpital de Montréal pour Enfant.
- Processus accomplis : grâce à ce stage, nous avons pu atteindre les résultats suivants :
- Conduite d'une consultation en allaitement maternel ;
 - Counseling et soutien d'une femme allaitante en difficultés;
 - Conception et gestion d'un projet de promotion de l'allaitement maternel ;
 - Capacités renforcées sur la promotion de l'allaitement maternel ;

4 Résultats et Discussion

Le soutien apporté à la femme allaitante à différents niveaux de la société favorise-t-il l'allaitement exclusif pour les six premiers mois de vie de l'enfant ? Au regard de cette question, nous formulons l'hypothèse selon laquelle, plus la femme est soutenue par la famille, la Clinique d'allaitement et le CLSC, plus elle est motivée à initier l'allaitement et à le poursuivre exclusivement. Autrement dit, plus les femmes allaitantes bénéficient du soutien à différents niveaux de la société, plus on constate une prévalence de l'allaitement exclusif jusqu'à l'âge de six mois.

Pour répondre à cette question et confirmer ou infirmer l'hypothèse, la discussion des résultats clés de l'étude se déroulera en cinq étapes. Tout d'abord, l'accent sera mis sur les déterminants influençant l'initiation et la poursuite de l'allaitement (4.1) et sur ceux influençant l'arrêt et l'abandon de l'allaitement (4.2) chez les femmes à l'étude. Par la suite, nous montrerons comment le soutien apporté par la famille, la Clinique d'allaitement et le CLSC motive une femme à allaiter exclusivement au sein (4.3). Dans le point 4.4, nous mettrons l'accent sur les initiatives entreprises par le gouvernement de Québec visant à y favoriser la promotion de l'allaitement exclusif. Enfin, nous nous focaliserons sur les leçons apprises, adaptables au contexte socioculturel de la Guinée en vue d'y favoriser le soutien, la protection et la promotion à l'allaitement exclusif des enfants de moins de six mois (4.5).

4.1 Déterminants influençant l'initiation et la poursuite de l'allaitement

L'allaitement maternel est influencé positivement et négativement par un certain nombre de déterminants. Les déterminants qui influencent positivement l'allaitement favorisent sa poursuite, tandis que ceux qui l'influencent négativement entraînent son arrêt.

Dans le cadre de la poursuite de l'allaitement, l'observation sur la durée actuelle de l'allaitement exclusif, a montré que, la quasi-totalité des femmes allaitantes à l'étude (90%), souhaitaient allaiter exclusivement leurs nourrissons pendant six mois (*tableau 1*). Parmi ces femmes, 59,2% souhaitaient le poursuivre de façon non exclusive pendant 12 mois, et 40,7% au-delà de 12 mois.

Tableau 1: Durée actuelle de l'allaitement exclusif et non exclusif

<i>Allaitement exclusif</i>	Effectif (N)	Pourcentage (P)
Inférieure à 6 mois	7	7,7
6 mois	81	90,0
7 mois	2	2,2
Total	90	99,9
<i>Allaitement non exclusif</i>		
De 6 à 12 mois	48	59,2
De 1 à 2 ans ou plus	33	40,7
Total	81	99,9

La durée d'allaitement prolongé mentionnée dans cette étude est proche de celle trouvée dans une étude réalisée en Afrique. Chez les Dourou et Batanga du Cameroun, l'allaitement maternel commence

vers le deuxième jour suivant l'accouchement et dure entre 14 et 24 mois. Par contre, l'allaitement exclusif pendant six mois est très difficilement applicable chez ces deux peuples. Cela s'explique par le fait que dès la naissance, on donne de l'eau chauffée au bébé Dourou et de l'eau sucrée à celui Batanga. A l'âge de deux mois, ils reçoivent tous de la bouillie légère (Kuate-Defo et al. 2001).

Dans la présente étude, les raisons liées à la décision des femmes d'allaiter exclusivement étaient la connaissance des mères sur les bienfaits de l'allaitement au sein, le soutien dont elles bénéficiaient de la part des consultants de la Clinique d'allaitement, de leur conjoint, des infirmières du CLSC ainsi que d'autres membres de leur famille (*tableau 2*).

Tableau 2: Raisons de la poursuite de l'allaitement actuel

Raisons de la poursuite	Mentions	% (N= 90)
Connaissance des bienfaits de l'allaitement	90	100
Soutien apporté par la Clinique d'allaitement	89	98,8
Soutien apporté par le conjoint	87	96,6
Soutien apporté par le CLSC	81	90,0
Soutien apporté par les autres membres de la famille	32	35,5

4.1.1 Connaissance des bienfaits de l'allaitement au sein

Les connaissances des mères de nourrissons vis-à-vis des bienfaits de l'allaitement au sein portaient sur les avantages du lait maternel. Ces femmes ont perçu les bienfaits de l'allaitement au sein non seulement pour leur bébé, mais aussi pour elles-mêmes et pour leur famille.

Lors des entretiens individuels à la Clinique d'allaitement, des femmes ont résumé les bienfaits du « lait de maman » en soutenant que c'est ce qui est « meilleur pour mon bébé ». Pour elles-mêmes, le bienfait qu'elles en tiraient étaient surtout d'ordre psychologique et se manifestaient par un « besoin d'attachement ».

4.1.1.1. « Meilleur pour mon bébé »

A la question, « pourquoi allaitez-vous », elles ont répondu :

« *J'allaiter pour donner le meilleur à mon bébé.* » (Mère d'un garçon de deux mois)

« *J'allaiter parce que le lait maternel est meilleur.* » (Mère d'une fille de deux mois)

« *J'allaiter parce que la différence entre le lait maternel et la formule²⁷ est incroyable.* » (Mère d'un garçon de deux mois)

« *J'allaiter parce que j'ai été allaitée par ma mère* » (Mère d'une fille d'un mois)

« *Allaiter est tout naturel, j'aime allaiter et j'ai allaité tous mes enfants malgré que je n'ai pas été allaitée par ma mère.* » (Mère d'un garçon de deux mois)

²⁷ Substitut du lait maternel

Les entretiens que nous avons eus avec les consultants de la Clinique et les infirmières des CLSC confirment les opinions exprimées par des femmes allaitantes :

« *Le lait maternel est le meilleur vaccin qui protège l'enfant. Il est naturel* » (Consultante Clinique Goldfarb)

« Les femmes allaitent parce qu'elles ont la conviction que le lait humain est fait pour un bébé humain » (Infirmière CLSC Dorval-Lachine)

« *J'ai allaité en tant qu'infirmière car l'allaitement est tout naturel. Autrefois, il n'y avait pas de promotion d'allaitement maternel, mais, je me suis dit qu'il faut allaiter, tenter l'expérience. Et, après 10 jours, ça a marché. A l'époque, on encourageait la femme à allaiter pendant quatre mois. J'ai allaité exclusivement, ma première fille pendant quatre mois et la deuxième, pendant six mois* » (Infirmière CLSC Dorval-Lachine).

Lawrence a dans une étude, révélé que l'allaitement maternel est le meilleur cadeau qu'une mère puisse donner à son enfant. S'il y a une maladie ou une infection, ce cadeau peut, peut-être, sauver la vie. S'il y a la pauvreté, ça sera peut être l'unique cadeau (Lawrence 2007). Un professeur de l'Université de Washington DC explique sa motivation à allaiter son bébé :

« *L'allaitement est une garantie d'approvisionnement alimentaire pour mon bébé lorsque je suis en déplacement, c'est une nourriture gratuite, et le moyen le plus simple d'assurer à mon bébé de manger à sa faim²⁸* »

Elle rejoint ainsi Beaudry qui soutient que l'allaitement maternel revêt un aspect pratique n'obligeant pas la femme à transporter biberons, préparations commerciales, chauffe-biberons (Beaudry, Chiasson, and Lauzière 2006). Cependant, la décision des femmes à allaiter ne doit pas se traduire par la perte de leur sécurité économique ou les droits et privilèges dont elles bénéficient (Labbok, Smith, and Taylor 2008).

4.1.1.2. L'attachement

Sur le plan psychologique, l'allaitement maternel est un moment privilégié d'interaction entre la mère et l'enfant. Il semble faciliter et renforcer l'attachement (MSSS 2001). L'attachement de l'enfant à sa mère et réciproquement, est aussi l'une des raisons de la motivation à l'allaitement qui était ressorti des entretiens informels.

« *Je vois une différence entre mes enfants. Celle qui tète est plus attachante. Nous sommes en symbiose elle et moi* ». (Mère d'une fille de trois mois).

« *Avec l'allaitement de mon troisième enfant, je n'ai pas d'attention sur les autres enfants.* » (Mère d'une fille de deux mois)

« *Je tiens à allaiter l'enfant portée par ma compagne* », (femme lesbienne vivant en couple) ;

Ces propos sont confirmés par une infirmière du CLSC Jeanne Mance lors des entretiens.

²⁸ <http://fr.pourelles.yahoo.com/un-professeur-d-universite-blâmé>

«L'attachement et d'autres bienfaits de l'allaitement sont des raisons qui motivent certaines femmes à allaiter ».

Dans la culture urbaine de l'Afrique contemporaine, comme ailleurs, l'allaitement représente la relation entre la mère et l'enfant, si particulière du fait de sa double valence biologique et sociale, entre deux êtres dont l'un porte une part de l'autre. De plus, l'allaitement maternel serait indispensable au développement de l'amour filial : une relation de tendresse entre l'enfant et sa mère ne pourrait être instaurée par l'utilisation du lait artificiel (Desclaux 2002). Dans une étude portant sur l'allaitement des femmes enceintes québécoises, les femmes interrogées considéraient l'allaitement comme une relation de « fusion », de « symbiose », d'« union » et de « communion » (Bayard 2008). Chez certaines femmes, l'attachement expliquerait l'allaitement prolongé. Une étude a révélé que plus les femmes et les enfants se répondaient mutuellement par une vocalisation positive, plus la durée de l'allaitement était longue (Lacombe, Bell, and Hatem 2008).

« Je suis prête à allaiter ma fille même jusqu'à trois ou quatre ans. » (Mère d'une fille d'un mois)

« Je souhaite allaiter jusqu'à deux ans et au delà. Jusqu'à ce que mon enfant abandonne elle-même le sein. » (Mère d'une fille de deux mois)

La relation de « communion » instaurée par l'allaitement déterminerait également la mise au sein précoce. Une enquête menée auprès de 204 mères, a rapporté qu'entre le deuxième et le septième jour suivant la naissance, les enfants installés auprès de leur mère étaient plus fréquemment et prenaient quotidiennement plus de poids que ceux placés en pouponnière (Turck and Féger 2010)

En comparant certaines pratiques entre les tribus africaines et le peuple Inuit du Canada, Razuel a constaté que, dans ces deux endroits au climat totalement opposé, l'enfant était porté nu contre sa mère les premières semaines de vie et prenait le sein quand il en éprouvait le besoin (Razuel 2003).

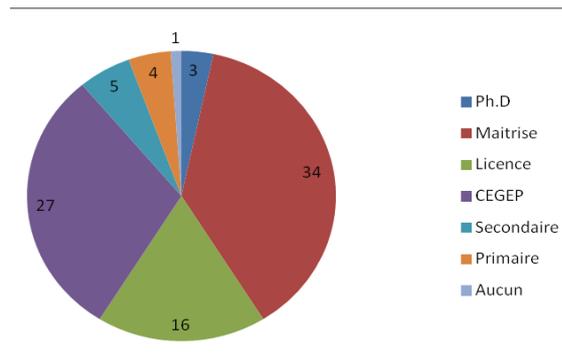
Lors de nos entretiens, nous avons également constaté que les consultantes en lactation de la Clinique, recommandaient souvent à la femme allaitante de faire le « peau à peau » avec son bébé. Pour ce faire, la femme ôtait sa chemise et mettait le bébé contre sa poitrine. Instinctivement, l'enfant s'orientait vers le sein de son choix et se mettait à téter.

Par ailleurs, en analysant en profondeur les discours des femmes interrogées sur la connaissance des bienfaits de l'allaitement au sein, il est ressorti que cette connaissance était favorisée par leur niveau d'instruction et leur expérience de la maternité, c'est-à-dire, le fait d'avoir été confrontée à une situation d'allaitement.

- *Le niveau d'instruction*

En ce qui concerne le niveau d'instruction, nos résultats ont en effet montré que 37,8 % des femmes avaient un niveau d'étude Maitrise, 17,8% un niveau d'étude Licence et 30% un niveau d'étude CEGEP (Collège d'Enseignement Général et Professionnel) (*figure II*).

Figure II: Niveau d'instruction des femmes allaitantes



- *L'expérience de la maternité*

Comme le montre le *tableau 3*, il était ressorti de nos observations que les femmes qui avaient conçu pour la deuxième, la troisième ou la quatrième fois étaient plus disposées à allaiter exclusivement pendant six mois que les primipares. Ainsi, chez des femmes qui avaient conçu deux enfants, 92,1% avaient décidé d'allaiter exclusivement pendant six mois. Par contre, chez celles qui étaient mères d'un enfant, seules 85% étaient décidées à allaiter exclusivement pendant six mois. Ce qui voudrait dire que plus la femme était confrontée à une situation d'allaitement, plus elle était préparée à allaiter. Dit en d'autres termes, chez les multipares, une première expérience positive favorise positivement les allaitements subséquents, alors qu'une expérience négative peut être délétère pour les allaitements subséquents. La préparation à l'allaitement commence dès l'étape de la grossesse et est assurée par le CLSC et la Clinique. Cet aspect est développé dans le soutien apporté à la femme allaitante par la Clinique et le CLSC (confer 4.3.2 et 4.3.3).

« Moi j'allaites habituellement mes enfants jusqu'à ce qu'ils abandonnent eux-mêmes le sein »,
(Mère de quatre enfants)

Tableau 3: Rapport entre le nombre d'enfants conçus par femme et la durée de l'allaitement exclusif

Nombre d'enfants conçus par femme	Durée de l'allaitement exclusif (mois)						Total
	4		5		6		
	N	%	N	%	N	%	
1-2	3	03,7	6	07,5	69	87,3	79
3-4	0	0	0	0	11	100	
Total							90

Au Québec, l'étude sur l'évaluation des lignes directrices sur l'allaitement a rapporté que les activités de promotion auxquelles les mères avaient été exposées avaient joué un rôle clé dans leur décision d'allaiter. Plusieurs de ces mères, poursuit l'étude, ont par ailleurs mentionné avoir allaité plus longtemps que prévu, car leur expérience de l'allaitement s'était bien passée et elles avaient résolu les difficultés ou les problèmes techniques, domestiques et émotifs rencontrés, grâce à l'aide de professionnels de la santé, de leur conjoint ou de leur famille (Semenic, and Groleau, 2012).

4.1.2 Le soutien de la famille et des professionnels de la santé

Les professionnels de la santé (consultants de la Clinique d'allaitement, infirmières des CLSC) et la famille (conjoint, mère, père), jouent un rôle de premier plan dans l'allaitement. Leur soutien influence largement la décision de la femme à initier l'allaitement et à le poursuivre en cas de difficultés. Dans le point 4.3 sont détaillés le soutien apporté à la femme allaitante par la famille, la Clinique et le CLSC.

4.2 Déterminants influençant l'arrêt et l'abandon de l'allaitement

L'arrêt et l'abandon de l'allaitement pourraient intervenir suite à un certain nombre de déterminants. Ces obstacles se situent essentiellement au niveau de la mère et de la société.

Au niveau de la mère du nourrisson, les obstacles à l'allaitement sont d'ordre médical mais aussi d'ordre érotique. L'observation faite a fait ressortir comme principales difficultés médicales les douleurs aux seins (citées 47 fois) et l'insuffisance de lait, telle que perçue (citée 39 fois). Chez les nourrissons, il s'agissait essentiellement de l'existence d'un frein de langue court (cité 46 fois) et d'un faible poids (cité 8 fois) (*tableau 4*). Ces problèmes représentaient d'ailleurs les motifs de consultation les plus fréquents chez les mères. En conséquence, s'ils ne sont pas résolus à temps et de manière efficace, ils peuvent sérieusement entraver la décision de la femme à allaiter exclusivement au sein. Toute chose qui pourrait l'amener à abandonner l'allaitement au sein au profit de l'alimentation au biberon avec des substituts de lait maternel.

Tableau 4: Raisons d'arrêt et d'abandon de l'allaitement

<i>Raisons</i>	Mentions	% (N= 90)
<i>Chez la maman</i>		
Retour au travail	67	74,4
Douleurs aux mamelons	47	52,2
Insuffisance de lait	39	43,3
<i>Chez le nourrisson</i>		
Frein de langue court	46	51,1
Faible poids	08	8,8

Les mentions ci-dessus sont illustrées par les propos suivants extraits des entretiens individuels avec les femmes allaitantes :

« J'ai utilisé la formule parce que je ne produisais pas suffisamment de lait. Maintenant, j'allaiter exclusivement » (Mère d'une fille de deux mois)

« Je ne cessais de pleurer lorsque je donnais la formule à mon enfant parce que j'avais des blessures aux mamelons qui m'empêchaient de l'allaiter », (mère d'un garçon de deux mois)

« Certaines femmes n'allaitent pas à cause des douleurs aux seins. L'allaitement nécessite de la motivation, de l'endurance et de la persévérance. » (Mère d'une fille de deux mois)

« Je souhaite allaiter mais il y a tellement de problèmes que je ne sais plus ce qu'il faut faire. Je ne sais pas si la frénotomie peut m'aider à mieux allaiter » (Mère d'un garçon d'un mois)

Dans une étude portant sur la gestion des difficultés liées à l'allaitement chez des femmes australiennes, il a été établi que beaucoup de femmes arrêtaient d'allaiter leur enfant à cause de l'insuffisance de lait. Ce qui, selon Amir, est une raison injustifiée (Amir 2006). La crainte des femmes de n'avoir pas suffisamment de lait est universelle. Il s'agit le plus souvent d'une perception d'insuffisance de la production lactée qui pourrait être associée à la perception qu'elles ne sont pas capables d'allaiter.

« C'est plus une question de choix personnel car certaines femmes ne se sentent pas capables d'allaiter » (Une consultante de la Clinique)

Par ailleurs, une fois que les difficultés étaient résolues, les mères se sentaient fières et heureuses de pouvoir enfin donner le sein à leur bébé.

*Je suis contente de voir mon enfant téter comme ça. C'est la première fois depuis sa naissance.
(Mère d'une fille d'un mois)*

« C'est uniquement le lait de Mamy ; j'ai travaillé dur pour ça », (Mère d'un garçon de quatre mois).

Les obstacles d'ordre érotique empêchant d'autres mères de nourrir leurs enfants à allaiter s'expliqueraient par leur perception sexuée vis-à-vis du sein. Ces femmes veulent « demeurer belles » et « conserver la beauté de leurs seins ».

*« Certaines femmes n'allaitent pas parce qu'elles veulent conserver la beauté de leurs seins.»
(Mère d'une fille d'un mois) ;*

*« Certaines femmes n'allaitent pas parce qu'elles veulent maintenir leur liberté face au bébé. »
(Infirmière de la Clinique).*

« Les mères d'aujourd'hui considèrent que l'allaitement enlève à la femme sa beauté. La plupart d'entre elles n'ont pas été allaitées par leur mère. » (Un médecin de la Clinique).

Ces propos illustrent les affirmations de Razurel. Selon cette auteure, les seins se trouvent à la fois dans une fonction nourricière et érotique. Nourricière, parce qu'ils évoquent la relation première avec la mère: «la glande mammaire (ma mère)». Érotique, en ce sens qu'ils font référence à la vie sexuelle et symbolisent la féminité. Le sein se présente ainsi comme un lieu de transit dans le parcours de l'individu et, l'allaitement, le lieu charnel et affectif (Razurel, 2003) L'étude sur les femmes enceintes québécoises avait également montré que l'attrait sexuel des seins et le désir d'être une « amante » (...) est une préoccupation. Car, certaines femmes ne s'imaginent pas partager leurs seins avec leur enfant et leur conjoint en même temps (Bayard, 2008).

Les obstacles provenant de la société étaient essentiellement dus au « manque de modèle de femmes allaitantes », au « regard de la société », à l'« influence du marketing ».

« Les obstacles à l'allaitement sont dus au manque de modèle de femmes allaitantes, des professionnels de la santé non à jour quant à l'information sur l'allaitement exclusif » (Une consultante de la Clinique)

« L'entourage des femmes, les mauvaises croyances qui considèrent que le lait n'est pas riche en nutriments, que donner la formule est plus facile et simple qu'allaiter. Or, les femmes qui allaitent correctement ont leurs enfants plus gros et en bonne santé » (Un médecin de la Clinique).

« Obstacles culturels et obstacles dus à certains personnels de santé qui ne soutiennent pas l'allaitement » (Un médecin de la Clinique).

« L'influence de la technologie qui valorise le lait artificiel, la mystification de l'allaitement maternel, le manque de référence, le regard de la société. L'image d'une femme mère n'est pas promue ». (Un médecin de la Clinique).

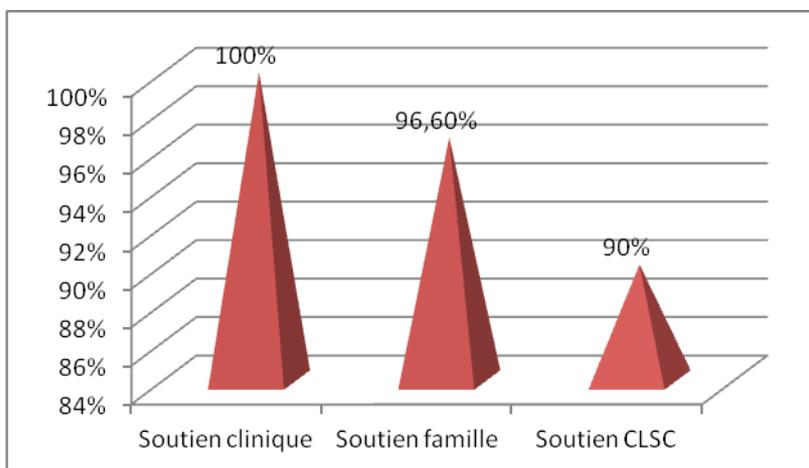
« Au sein de la société, les obstacles à l'allaitement viennent notamment de l'influence des pratiques du marketing des sociétés de lait artificiel, promotion des préparations commerciales dans des hôpitaux et magasins ». (Responsable dossier allaitement, DSPM)

Pour aider les mères à allaiter dans un contexte où elles ont peu de modèles de mères allaitantes autour d'elles et, où la pression sociale est parfois négative, Semenic et Groleau (2012), recommandent de renforcer le soutien postnatal. En renforçant ces arguments, Razurel soutient que les femmes ont peu de modèles de femmes allaitantes parce qu'elles vivent dans une société qui exerce une influence négative sur l'allaitement. Selon elle, il est difficile de dissocier l'allaitement de la culture et de la société au sein de laquelle vit la femme allaitante (Razurel 2003).

4.3 Soutien apporté à la femme allaitante par la famille, la Clinique d'allaitement et le CLSC

La présente étude a démontré qu'il existe un lien entre la décision de la femme d'allaiter et le soutien dont elle bénéficie de la part de sa famille, de la Clinique d'allaitement et du CLSC (figure III). Les observations faites ont établi que toutes les femmes avaient fait mention du soutien de la Clinique d'allaitement. Dans 96,6% et 90% des cas, les mères des nourrissons avaient mentionné respectivement, le soutien de la famille et du CLSC.

Figure III: Types de soutiens apportés à la femme allaitante



4.3.1 Soutien apporté par la famille

La famille étant l'unité de base de toute société, son soutien dans le cadre de l'allaitement au sein est de première importance. Les femmes avec qui nous avons échangé avaient surtout évoqué le soutien dont elles bénéficiaient de la part de leur conjoint et de leur mère. D'autres aussi avaient bénéficié du soutien de leur père.

« L'allaitement pour moi, c'est quelque chose de familial. C'est la pression, l'encouragement de ma famille qui me pousse à allaiter. Ma mère m'encourage parce qu'elle a été encouragée par ma grand-mère. Je suis souvent accompagnée à la Clinique par ma mère et mon père. » (Mère d'une fille de deux mois) ;

« Ma mère m'aide énormément et me montre mon rôle de femme. Elle est venue habiter chez nous depuis que j'étais enceinte. C'est comme ça dans notre culture [Bolivienne]. Mon époux aussi dès qu'il rentre à la maison, il s'occupe de notre fille qu'il aime d'ailleurs beaucoup plus que moi. » (Mère d'une fille de deux mois).

L'allaitement n'est pas, comme le sens commun a tendance à le percevoir, une affaire concernant exclusivement la mère et l'enfant. Le père intervient dans les choix, surtout s'il doit participer au point de vue financier (Alice Desclaux). Moreau a, dans une étude portant sur 12 primipares francophones de la région d'Ottawa, montré que pour plusieurs femmes, la décision d'allaiter ne constitue pas un « véritable » choix ou une décision complètement « délibérée ». Car même si la majorité des femmes sont d'avis que « donner le sein est meilleur », elles sentent néanmoins une pression sociale pour allaiter (Moreau ND).

Je me suis demandé pourquoi j'allaiter mon bébé ? Je crois qu'il y a la pression de la famille » (Mère d'une fille de trois mois).

Les femmes sont donc contraintes de choisir l'allaitement pour se conformer aux attentes sociétales. Cette auteure rejette les pressions, injonctions et normes imposées aux femmes –pour les obliger à allaiter- et qui les culpabilisent- lorsqu'elles n'y parviennent pas-. Elle suggère de donner aux mères des informations objectives tout en leur laissant la liberté de choisir ou non d'allaiter (Moreau ND).

Cependant, le soutien du conjoint ou d'autres membres de la famille, peut ne pas être effectif dans d'autres cas.

« Je manque du soutien de mon époux avec qui je ne me sens pas en sécurité. Il me menace d'abandon. Je suis tombée enceinte de mon deuxième enfant c'est la raison qui m'a amenée à cesser d'allaiter mon premier enfant. J'ai eu l'idée de me suicider à deux reprises mais je ne l'ai pas fait à cause de mes enfants qui sont tout petits ». (Mère d'une fille de quatre mois)

« Ma sœur m'a dit : l'allaitement, ce n'est pas pour tout le monde », (mère d'une fille de trois mois).

Razurel a observé dans son étude que le soutien familial qui pouvait entourer, soutenir, apprendre n'existe que très rarement (Razurel, 2003).

Une autre étude a démontré que l'allaitement réussi dans un contexte familial augmenterait l'assistance du conjoint et sa participation aux travaux domestiques²⁹(MSSS 2001).

Chez les femmes à l'étude, le soutien apporté à la femme allaitante par les membres de sa famille, se concrétise à travers l'exercice des tâches suivantes : tenir, laver, calmer le bébé et changer ses couches ; aider à exprimer, à faire boire le lait ou à donner des médicaments au bébé ; encourager la femme à continuer d'allaiter malgré les douleurs aux seins et l'accompagner à la Clinique ou au CLSC. « L'allaitement maternel, fonction féminine réputée naturelle, relation spécifique entre la femme et l'enfant, se révèle donc aussi comme un remarquable analyseur des liens sociaux : rapports de sexe entre le père et la mère, rapports de classe entre la mère et la nourrice, rapports de savoirs entre la mère et le médecin » (Knibiehler 2012).

4.3.2 Soutien apporté par la Clinique d'allaitement Goldfarb

La Clinique d'allaitement Goldfarb est un centre de référence interdisciplinaire pour les mères et les bébés qui éprouvent des difficultés d'allaitement. Elle offre aux familles des femmes qui allaitent des services en lactation basés sur l'excellence des soins et les recherches actuelles, forme les professionnels à la gestion de l'allaitement et contribue au domaine de la recherche sur l'allaitement, le tout dans un cadre interdisciplinaire (<http://jgh.ca/fr/home?mid=ctf00>).

A cet égard, les observations faites nous ont permis de toucher du doigt les principales difficultés auxquelles étaient confrontées les femmes allaitantes ainsi que les solutions apportées par les consultants³⁰ de la Clinique.

Ainsi, pour une femme qui a des douleurs aux seins (mastites³¹) ou des crevasses aux mamelons (muguet du mamelon³²), les médecins, au terme d'un diagnostic, lui prescrivait généralement, l'ibuprofène, le Tylenol ou le Fluconazole, selon les cas. Le Domperidone était recommandé aux femmes allaitantes qui produisaient peu de lait. Pour un enfant qui a un frein de langue court, l'équipe de la Clinique demandait le consentement éclairé et écrit de la mère ou du père pour procéder à la frénotomie³³ sur le nourrisson. Cette décision était difficile à prendre chez la quasi-totalité des femmes suivies. Non seulement à cause des douleurs de l'acte sur le nourrisson, mais aussi, à cause de ses avantages. La coupe de ce fil fin sous la langue du nourrisson lui permettait désormais de mieux tenir le sein et de téter correctement. L'équipe de la Clinique prenait soin d'appliquer la procédure en expliquant aux parents tout l'intérêt lié à cet acte mais aussi les inconvénients. Une documentation était remise aux parents et il leur était recommandé d'effectuer des exercices réguliers à domicile pour éviter le recollage du frein de langue. La frénotomie était pratiquée chez 97% des nourrissons. Etant un

²⁹ Van Esterik, 1994 (in Ligne directrice, 2001)

³⁰ Médecins, infirmières et autres consultantes en lactation diplômés de IBCL

³¹ Inflammation du sein qui peut entraîner une infection

³² Muguet du mamelon ou infection à Candida

³³ Coupure du frein de langue (fil fin sous la langue du bébé) (Voir aussi dans le Glossaire)

moment douloureux pour les mères, celles-ci étaient encouragées et consolées par les infirmières consultantes.

Si toutes ces solutions étaient exploitées et que l'enfant ne tétait toujours pas correctement ou que les problèmes persistaient chez la nourrice -qui dans ces cas se culpabilisait- les consultants encourageaient la femme à poursuivre l'allaitement. Ainsi, pour assurer une meilleure prise du sein par le bébé en vue de favoriser une meilleure tétée, différentes techniques et méthodes étaient combinées. La nourrice était installée dans un sofa (divan), relaxée et torse nu (peau à peau). Le bébé était mis au sein sous différentes positions afin de remarquer celle à laquelle il téterait le mieux. Ces différentes positions sont : la madone, la madone inversée, la position football, la position football modifiée, la position couchée. Par ailleurs, si la nourrice avait suffisamment de lait mais ressentait d'atroces douleurs aux mamelons à cause des crevasses, les consultants lui plaçaient une tétérèlle³⁴ sur le mamelon. Par contre dans des cas où elle produisait peu de lait, on lui montrait comment exprimer manuellement le lait ou comment le tirer à l'aide d'un tire-lait électrique³⁵. Les consultants de la Clinique encourageaient la femme allaitante à intégrer un groupe d'entraide au niveau de son CLSC au cas où elle n'en faisait pas partie.

« Notre stratégie consiste à intégrer la femme dans sa communauté au niveau du CLSC à travers un groupe d'entraide à l'allaitement. Nous avons commencé à expérimenter cette année des groupes de triage au niveau de la Clinique ». (Responsable de l'allaitement à la Clinique)

Les familles soutenues par la Clinique ne manquent pas de témoignages de reconnaissance vis-à-vis de l'équipe :

« Vous êtes une superbe Clinique ! Vous avez réglé mon problème en deux semaines », (Père d'un garçon de deux mois)

« Mon fils a maintenant quatre mois et les gens sont impressionnés par sa taille, sa stature. Vous êtes indispensables à tant de mères. » (Mère d'un garçon de quatre mois)

« Je regrette pour quoi je n'ai pas été référée ici à temps » (Mère d'une fille de deux mois)

« Grâce à vous, ma fille est encore allaitée aujourd'hui [sept mois] et j'ai l'intention de poursuivre encore plusieurs mois. Quand nous sommes venus vous rencontrer la première fois [troisième semaine], elle pesait 2,5 kg et n'avait pas repris son poids. Aujourd'hui, elle pèse 7,5 kg et se situe autour du 60^{ème} percentile sur la courbe de croissance. Vous m'aviez aidé à offrir à ma fille ce qu'il y a de meilleur » (Mère d'une fille de sept mois).

« Carole, ton incroyable énergie, ta bonne humeur, ta douceur, tes judicieux conseils et ta disponibilité m'ont permis de tenir le coup et de surmonter les difficultés rencontrées. Mon fils a maintenant trois mois. Lorsqu'il tète et qu'il me regarde de ses yeux moqueurs, lâchant mon sein pour me décrocher son plus beau sourire, je suis fière et heureuse d'avoir persisté. Sans ton aide, je n'y serai jamais arrivé » (Mère d'un garçon de trois mois).

³⁴ Voir définition dans le glossaire

³⁵Idem

4.3.3 Soutien apporté par le CLSC

Dans leur mission de soutenir l'allaitement au sein, les Centres Locaux de Services Communautaires (CLSC), offrent à la femme un paquet de services. Ce soutien commence dès la grossesse et se poursuit après l'accouchement aussi longtemps que la femme allaitante le souhaitera. Ces services englobent les visites à domicile, l'animation des groupes de soutien (pour femmes enceintes et femmes allaitantes), les cours prénataux à l'intention des femmes enceintes et de leur conjoint, la gestion des difficultés individuelles liées à l'allaitement. Le CLSC reçoit systématiquement les avis de naissance – de sa zone- à travers la Direction de Santé Publique de Montréal (DSPM). Cette direction reçoit des fiches de transcription des naissances fournies par la maison de naissance ou l'hôpital au sein duquel l'enfant est né.

Selon les infirmières des CLSC, les visites à domicile sont programmées deux à trois fois par semaine. Dans 80% des cas, elles sont effectuées chez des parents ayant un enfant pour la première fois. Une priorité est accordée aux mamans qui ont d'énormes difficultés et qui ont tendance à abandonner l'allaitement, mais aussi à celles qui ont des bébés somnolents ou de petits poids. L'infirmière et la marraine se rendent au domicile des parents 24h après leur sortie de la maternité. Au cours de cette visite, un soutien est apporté à la femme et elle est invitée au groupe d'entraide. Ces groupes visent à encourager mutuellement les femmes à allaiter, mais aussi à s'entraider. Des femmes enceintes sont invitées à voir comment les femmes allaitantes donnent le lait à leur bébé. Les groupes d'entraide abordent de diverses thématiques dont, la fréquence et la durée de l'allaitement, les signes de faim et de satiété du bébé, les positions de mise au sein et le massage du bébé, les conditions de succès et risques du non allaitement, l'anatomie et la physiologie du sein etc. Même si la femme allaitante n'a pas de difficultés à allaiter, elle est invitée à participer aux groupes d'auto support. Les cours prénataux aident le couple à mieux percevoir les implications des différentes étapes de la grossesse à l'accouchement et permettent à la femme d'être mieux disposée à allaiter. Ces cours commencent à la 20^{ème} semaine de la grossesse (cinquième mois). Suite à la gestion des cas individuels, les infirmières évaluent le besoin de référer la femme allaitante à la Clinique d'allaitement Goldfarb de l'Hôpital Général Juif. Ces différentes activités sont réalisées par les infirmières et les mairaines d'allaitement. Les mairaines d'allaitement sont des femmes volontaires qui ont une expérience en allaitement et qui souhaitent aider d'autres femmes désirant allaiter³⁶.

Les CLSC ont permis à plusieurs femmes de surmonter leurs difficultés d'allaitement. Parmi celles-ci, bon nombre n'avaient pas réussi à allaiter leur premier enfant. Ils représentent un véritable support surtout pour des femmes qui manquent de soutien familial. Dans leurs activités, ils collaborent avec des organismes communautaires comme Nourri-Source.

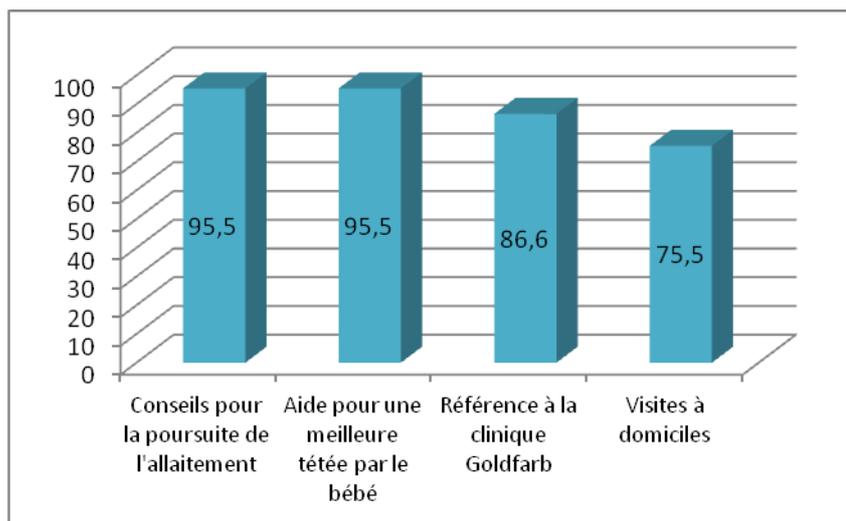
Dans un article portant sur le soutien communautaire à l'allaitement, Brown et collaborateurs avaient démontré que, l'allaitement maternel pendant au moins six mois était lié au fait pour la femme, de

³⁶ Synthèse des entretiens réalisés auprès des infirmières des CLSC Pierre Fond, Jeanne Mance et Dorvale Lachine.

participer à un groupe de soutien, d'être dans une ambiance où l'allaitement est une pratique normale et d'être encouragée à allaiter (Brown, Raynor, and Lee 2009).

Les observations réalisées à la Clinique ont montré que, dans 75,5 % des cas, les femmes avaient été visitées à domicile suite à leur accouchement. Aussi, 95,5% des femmes avaient reçu des conseils visant à les encourager à allaiter ou avaient obtenu de l'aide favorisant une meilleure tétée par le bébé. Les infirmières ont référé à la Clinique d'allaitement de l'Hôpital Juif, 86,6% de femmes (figure IV).

Figure IV: Type de soutien apporté par les consultants du CLSC



A la lumière de ce qui est expliqué ci-haut, l'hypothèse de l'étude se confirme. Car, elle supposait que plus la femme est soutenue par la famille, la Clinique d'allaitement et le CLSC, plus elle est motivée à initier l'allaitement et à le poursuivre exclusivement. Dit en d'autres termes, plus les femmes allaitantes bénéficient du soutien à différents niveaux de la société, plus on constate une prévalence de l'allaitement exclusif jusqu'à l'âge de six mois. Ces différents développements ont donc démontré qu'effectivement, le soutien apporté à la femme aux trois niveaux de la société influence positivement l'allaitement dans la mesure où la femme est motivée –depuis l'étape de la grossesse- à initier l'allaitement et à le poursuivre exclusivement parce que les difficultés qu'elle rencontre sont résolues soit par sa famille, la Clinique d'allaitement ou le CLSC.

4.4 Initiatives entreprises par le gouvernement de Québec

En vue de soutenir, promouvoir et protéger l'allaitement au sein, le gouvernement de Québec a entrepris des initiatives nationales tout en adhérant aux directives internationales.

4.4.1 Niveau national

En 2001, le gouvernement de Québec a publié les Lignes directrices en matière d'allaitement maternel. Ce document a pour but d'assurer l'excellence dans l'information transmise à la population et d'optimiser le soutien donné aux parents et aux enfants concernant l'allaitement maternel. Dit en d'autres termes, ce document vise à ce que toutes les mères aient la possibilité d'allaiter leur enfant. Ce

qui suppose qu'elles soient informées en vue de prendre une décision éclairée. Ces Lignes directrices mettent l'accent sur un certain nombre d'initiatives et d'interventions entreprises par le gouvernement afin de favoriser la protection, la promotion et le soutien à l'allaitement maternel (MSSS 2001).

Dans le cadre de ce travail, nous mettrons l'accent sur les initiatives et interventions qui ont eu un effet positif sur le taux et la durée de l'allaitement maternel. Notamment, les programmes de formation des professionnels de la santé, les programmes éducatifs destinés aux femmes enceintes et mères allaitantes, l'amélioration du soutien postnatal à domicile, la réadaptation de certaines pratiques hospitalières, la mise en place dans chaque région des comités interdisciplinaires sur l'allaitement au niveau des hôpitaux, maisons de naissance, CLSC et des groupes d'entraide à l'allaitement. Ces interventions ont permis d'atteindre l'objectif de 80 % d'allaitement à la sortie de l'établissement dans les maisons de naissance et quelques hôpitaux (MSSS 2001).

Dans le but d'accompagner les couples à mieux consacrer leur temps au bébé, le gouvernement a voté des lois permettant à la femme et à son conjoint de bénéficier d'un congé. Ainsi, la femme a droit à 52 semaines de congé (un an) rémunérés à 55%. Mais, elle a aussi la possibilité de reprendre le service au sixième mois suivant l'accouchement. Dans ce cas, elle sera rémunérée à 70%. Quant -à- l'homme, il a droit à trois semaines de congés rémunérés à 70%, et cinq semaines à 55 %³⁷.

4.4.2 Niveau international

Mises à part ces initiatives nationales, le gouvernement de Québec a également adopté et mis en œuvre des initiatives internationales. C'est le cas du Code international de commercialisation des substituts de lait maternel et de l'Initiative « Hôpitaux Amis des Bébé » (IHAB).

✓ Le Code international des substituts de lait maternel a été élaboré par l'Assemblée mondiale de la Santé en 1981. La décision de l'adopter se justifiait par un contexte caractérisé par la promotion des substituts du lait maternel et du déclin de l'allaitement dans le monde. D'où la nécessité de prendre des mesures relatives à la publicité destinée aux aliments pour bébés. Le but du Code est de contribuer à procurer aux nourrissons une nutrition sécuritaire, saine et adéquate en protégeant et en encourageant l'allaitement au sein (voir aussi 2.5.3, Code international de commercialisation des substituts du lait maternel) (MSSS 2001).

✓ L'Initiative « Hôpital Ami des Bébé » (IHAB) est une stratégie mondiale lancée en 1991 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance (UNICEF) (voir aussi 2.5.5, Initiative « Hôpital Ami des Bébé »). Elle faisait suite à une déclaration conjointe, en 1989, sur l'allaitement et les services de maternité, dans laquelle s'inscrivaient les « Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel ». Elle vise à créer des milieux où l'allaitement est la norme, afin de donner à chaque enfant le meilleur départ possible dans la vie en protégeant, en soutenant et en

³⁷ <http://www.cnt.gouv.qc.ca/conges-et-absences/evenements-familiaux/conge-parental/index.html>

encourageant l'allaitement au sein³⁸. Plusieurs études ont en effet démontré les effets positifs de ce programme sur la durée et l'exclusivité de l'allaitement maternel ainsi que sur la santé des bébés³⁹.

Au Canada, l'Initiative « Hôpital Ami des Bébé » (IHAB) est devenue l'Initiative des « Amis des Bébé » (IAB), pour montrer que le programme encourage la mise en place de pratiques favorables à l'allaitement non seulement dans les services de maternité, mais aussi dans les autres milieux fréquentés par les mères, les pères et les familles, notamment, les Centres Locaux de Services Communautaires (CLSC) qui jouent un rôle dans l'encouragement et le soutien à l'allaitement dans la communauté. De ce fait, l'IAB fait partie des mesures prévues dans le Programme national de santé publique 2003-2012 (mise à jour en 2008) et dans la Politique de périnatalité 2008-2018. Le premier hôpital « ami des bébés » au Canada, est l'hôpital Brome-Missisquoi-Perkins de Cowansville (dans la province de Québec). En mars 2013, 40 établissements québécois étaient certifiés « Amis des bébés ». Dans un établissement « Ami des bébés », toutes les mamans et leurs bébés profitent de l'Initiative, que l'enfant soit allaité ou non. La femme enceinte ou la nouvelle maman reçoit l'information nécessaire pour prendre une décision éclairée quant à la manière de nourrir son bébé. Après la naissance, les professionnels de la santé déjà formés en la matière, œuvrent pour laisser l'enfant avec sa mère 24 heures sur 24 et pour favoriser le contact peau à peau⁴⁰.

4.5 Bonnes pratiques pour la Guinée

Partant de l'expérience canadienne et de celle de certains pays en développement en matière de soutien, de promotion et de protection de l'allaitement maternel, un certain nombre d'initiatives pourraient être expérimentées en Guinée. Ces initiatives adaptées à la réalité socioculturelle, politique et économique du pays, pourraient significativement contribuer à augmenter le taux de prévalence de l'allaitement maternel en Guinée tout en contribuant à une réduction significative du taux de mortalité infantile chez les enfants de moins de cinq ans. Nous distinguons les initiatives à mettre en œuvre dans le cadre de l'innovation ou de la revalorisation et les interventions –déjà existantes- à renforcer.

4.5.1 Innovation ou revalorisation

▪ *Marraines d'allaitement*

Les marraines d'allaitement sont des femmes qui ont-elles-mêmes allaité leur bébé. L'allaitement maternel étant une pratique généralisée dans les communautés guinéennes, les marraines d'allaitement peuvent jouer un rôle capital. Il s'agira de les organiser en groupes d'entraide, les former en lactation afin qu'elles puissent à leur tour, aider les jeunes femmes à faire téter leur bébé. Ce travail pourrait être fait par les ONG intervenant dans le cadre de la promotion de l'allaitement maternel.

³⁸ OMS, UNICEF (1992)

³⁹ Ministère de la Santé et des Services Sociaux : <http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/santepub/initiative-amis-des-bebes.php>

⁴⁰ Idem

- Promotion du lait maternel

La promotion de l'allaitement maternel auprès de la population peut être réalisée à travers différentes actions de communication et de sensibilisation. Les plus pertinentes dans le contexte guinéen sont la campagne médiatique et la campagne de proximité ou le « porte à porte ». La campagne médiatique peut être réalisée à travers les radios rurales et privées, la presse écrite et en ligne et la télévision. Au cours de cette campagne médiatique peuvent être diffusés des reportages, interviews et magazines audio-visuels réalisés avec des personnalités publiques ou influentes, telles que la Première Dame de la République, les femmes exerçant dans l'administration publique, les partis politiques, les artistes etc. La campagne de proximité consiste à aller vers différentes cibles de la population à des endroits précis : places publiques, habitations. Cette campagne peut être mise à profit pour encourager des dons de lait maternel et les collecter pour les banques de lait maternel.

- *Banques de lait maternel*

A la lumière des banques de sang conservées dans les Centres Nationaux de Transfusion Sanguine (CNTS), les banques de lait pourraient dans l'avenir, être expérimentées si les conditions de prélèvement et de conservation sont requises⁴¹. En partant du fait que certaines femmes allaitantes ont du lait en abondance et d'autres, bien qu'ayant la volonté d'allaiter n'en produisent pas, les banques de lait pourraient être utiles. Le lait maternel de banque permettrait également aux enfants prématurés, aux enfants malades ou à ceux dont l'état de santé de la mère ne lui permet pas d'allaiter, de boire le lait humain. Des mères qui ne peuvent ni allaiter leur bébé, ni recourir au co-allaitement, pourront tirer bénéfices des services des banques de lait. Ces banques enregistrent de nos jours des résultats encourageants dans certains pays d'Afrique où elles contribuent à la réduction de la mortalité infantile. Au Cap Vert, la banque de lait de la maternité de Praia créée en 2011 a permis en un an, à 200 femmes de donner 98 litres de lait à 152 enfants. En Afrique du Sud, les banques de lait sont approvisionnées à travers l'organisation des campagnes de don de lait maternel sur toute l'étendue du territoire national. La donation de lait maternel est un procédé simple et sûr qui a permis de sauver de nombreux bébés à travers le monde⁴². L'implantation de ces banques de lait en Guinée nécessite un soutien adéquat de l'OMS et de l'Unicef.

- *Expression du lait maternel*

L'expression du lait consiste à tirer le lait du sein, soit manuellement ou à l'aide d'un appareil, et à le mettre dans le biberon. Cette méthode permettrait à l'enfant de boire le lait maternel à l'absence de sa mère.

- *Co-allaitement*

Le co-allaitement consiste à solliciter les services d'une nourrice -la sœur, la mère de la femme allaitante par exemple- pour allaiter le bébé lorsque la mère de celui-ci a des difficultés d'allaitement : nouvelle accouchée, douleurs aux seins, insuffisance de lait, maladie. Les mères employées ou

⁴¹ Un traitement de pasteurisation par exemple, selon la responsable du dossier allaitement de la DNSPM

⁴² Article de presse en ligne : [http : www.rfi.fr](http://www.rfi.fr)

étudiantes peuvent également avoir recours au co-allaitement pendant qu'elles sont au travail ou à l'école. Cependant, le recours au co-allaitement suppose que le statut de la nourrice soit connu en matière de VIH/sida et d'autres infections susceptibles d'être transmises par le lait maternel.

4.5.2 Interventions à renforcer

- *Niveau de l'Etat (politique et législatif)*
- ✓ Elaborer une politique nationale de l'allaitement en vue de faire du soutien, de la promotion et de la protection de l'allaitement maternel une priorité de santé publique ;
- ✓ Adopter une loi prolongeant la période de congés de maternité de la femme allaitante et ratifier la convention III sur la protection de la maternité (AFPAMNI and IBFAN 2012). Ceci permettrait de mieux protéger les femmes allaitantes employées des secteurs publics et privés. En Guinée, la période de congé actuelle est de 14 semaines (environ trois mois et demi), dont six semaines avant l'accouchement et huit semaines après (deux mois). Ce qui est l'une des raisons amenant certaines femmes employées à donner très tôt les substituts de lait au nourrisson. Or, selon l'article 187, alinéa 1 du Code guinéen de la santé publique, « Tout nouveau-né doit bénéficier de l'allaitement maternel exclusif de la naissance à six mois au moins » (Assemblée nationale 1997), ce qui s'inscrit dans le cadre des recommandations de l'OMS et de l'Unicef tel que nous l'avons développé dans le point 2.5.1.
- ✓ Promouvoir les recommandations de l'OMS relatives au Code international des substituts de laits maternels. En effet, depuis 1997, la Guinée a élaboré une loi nationale sur l'implémentation du Code international de commercialisation des substituts de lait maternel. Cependant, 16 ans après, ladite loi n'est toujours pas adoptée (AFPAMNI and IBFAN 2012). Qui plus est, cette loi ne met pas en application toutes les dispositions du Code international. Or, l'article 187, alinéas 3 et 4 du Code de la Santé publique de la République de Guinée mentionne :

«...Il est fait obligation de respecter scrupuleusement les dispositions du Code international sur la commercialisation des substituts du lait maternel approuvé par l'Assemblée Mondiale de la Santé en 1981.

Il est formellement interdit de faire la publicité des substituts du lait maternel à travers les médias et d'utiliser les affiches promotionnelles sur toute l'étendue du territoire national... » (Assemblée nationale 1997).

En conséquence, la révision, l'adoption et l'application de la loi nationale sur l'implémentation du Code international de commercialisation des substituts de lait maternel permettrait de veiller au respect des normes de commercialisation du lait artificiel, d'interdire la publicité du lait artificiel sur toutes ses formes et sur toute l'étendue du territoire national, spécialement dans les structures de santé, de contrôler leur mise sur le marché et de limiter la vente aux pharmacies et sur présentation d'une ordonnance médicale (Sokol, Aguayo, and Clark 2007).

✓ Promouvoir les recommandations de l'OMS relatives à l'Initiative « Hôpital Ami des Bébé » (IAB) et œuvrer à accroître le nombre d'hôpitaux et de centres de santé « Amis des Bébé ». La Guinée comptait en 2012, 12 hôpitaux, cliniques et dispensaires certifiés « Hôpitaux Amis des Bébé » sur un total de 38 établissements. A ce jour, aucun hôpital privé n'a été évalué dans le cadre de l'IHAB et depuis 2008, aucune structure n'a été certifiée « Amis des Bébé ». Cela pourrait s'expliquer par la suspension du financement de l'Unicef de 2008 à 2011⁴³. Une sanction qui serait liée à la mauvaise gestion des ressources allouées (AFPAMNI & IBFAN, 2012). L'ennui c'est qu'une fois « Amis des Bébé », les établissements ne maintiennent plus les bonnes pratiques. Or, bon nombre d'études ont démontré l'impact de l'IHAB sur la santé des enfants. En Biélorussie par exemple, une étude réalisée sur la base de quelques composantes de l'IHAB, a établi un lien direct entre une intervention de promotion de l'allaitement maternel et la santé infantile. Elle a conclu que le modèle de l'IHAB a réussi à augmenter la durée et l'exclusivité de l'allaitement maternel dans la première année de vie des enfants (Kramer et al. 2006).

▪ *Niveau du système de santé*

✓ Mettre en place un comité multisectoriel de promotion de l'allaitement exclusif regroupant des professionnels de la santé des secteurs publics et privés, les compagnies de commercialisation des substituts de lait maternel et les partenaires œuvrant dans ce domaine, dont l'OMS et l'Unicef ;

✓ Former les professionnels de la santé en lactation. Les programmes de formation des différents corps de professionnels de la santé depuis les écoles professionnelles de la santé et facultés de Médecine accordent peu d'intérêt à la lactation. Or, lorsque les professionnels de la santé sont formés, informés et impliqués dans les pratiques d'allaitement maternel, ils peuvent devenir des acteurs puissants et influents au niveau de l'Etat pour la mise en œuvre du Code et l'adoption de la loi nationale y relative. Aussi, ils peuvent mieux informer et soutenir les femmes allaitantes. Inversement, les professionnels de la santé qui manquent de formation et d'information sur l'allaitement maternel, constituent un véritable obstacle à sa promotion. Les « Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel » nécessitent que les professionnels de la santé soient formés sur les conseils relatifs aux avantages et à la pratique de l'allaitement maternel (Sokol, Aguayo, and Clark 2007).

▪ *Niveau communautaire :*

✓ Renforcer la culture de l'allaitement à travers des programmes de sensibilisation destinés aux femmes enceintes, mères de nourrissons, familles, employeurs, promoteurs de substituts de lait maternel, autorités.

✓ Œuvrer à rendre fonctionnelles les structures communautaires « Amies des Bébé » ainsi que les groupes de soutien à l'allaitement.

⁴³ L'UNICEF a repris le financement en 2012.

- ✓ Encourager les familles à soutenir davantage les femmes allaitantes. Le soutien du conjoint et des parents est capital pour encourager une femme à allaiter exclusivement. Les parents de la jeune maman doivent lui montrer qu'ils sont respectueux eux-mêmes de l'allaitement (AFPAMNI and IBFAN 2012).

5 Conclusion

A travers cette étude, nous avons tenté d'analyser le soutien apporté à la femme allaitante par la famille, une Clinique spécialisée d'allaitement et le Centre Local de Services Communautaire (CLSC), en vue d'en tirer les enseignements pour la promotion de l'allaitement exclusif en Guinée, Afrique de l'Ouest. La décision de la femme d'allaiter exclusivement serait largement influencée d'une part, par son niveau d'instruction et son expérience de la maternité ; d'autre part, par le soutien dont elle bénéficie de la part des personnes de sa famille, des consultants de la Clinique d'allaitement et des infirmières des Centres Locaux de Services Communautaires (CLSC).

L'immense majorité des femmes allaitantes avaient bénéficié du soutien des personnes de leur famille, notamment, le conjoint, la mère ou le père. Ce soutien consistait à les encourager à allaiter, les accompagner au CLSC ou à la Clinique d'allaitement et à les assister dans l'exercice des tâches domestiques telles que tenir, laver, calmer le bébé et changer ses couches ; aider à exprimer, à faire boire le lait ou à donner des médicaments au bébé ; encourager la femme à continuer d'allaiter malgré les douleurs aux seins et l'accompagner à la Clinique ou au CLSC.

Grâce au soutien apporté par les consultants de la Clinique d'allaitement, les difficultés d'allaitement des femmes ont été résolues. Il s'agissait des douleurs aux seins, de l'insuffisance de lait et de l'existence d'un frein de langue court chez le nourrisson.

L'appui des infirmières et des marraines d'allaitement des CLSC à travers les visites à domicile, les groupes d'entraide que les femmes avaient intégré depuis qu'elles étaient enceintes, avaient largement contribué à les préparer à l'allaitement.

De cette expérience, le contexte socioculturel de la Guinée se prêterait aux innovations et pratiques relatives aux marraines et groupes d'entraide à l'allaitement, à l'expression du lait, au co-allaitement et aux « banques de lait ». Des interventions déjà existantes devraient être renforcées telles que le soutien des personnes de la femme, de la communauté et des professionnels de la santé et l'amélioration du cadre juridique et législatif. La réalisation de toutes ces innovations et interventions nécessite un cadre législatif favorable à l'allaitement exclusif. Ce qui suppose une réelle volonté politique de l'Etat guinéen.

6 Références bibliographiques

- AFPAMNI, and IBFAN. 2012. *Rapport alternatif sur la situation de l'allaitement maternel en Guinée*. 62e Session Convention Relative aux Droits de l'enfant en janvier 2013. IBFAN.
- Amir, L. H. 2006. "Breastfeeding: Managing supply difficulties." *Australian Family Physician* 35 (9): 686–689.
- ASPC. 2009. "10 bonnes raisons d'allaiter votre bébé. L'allaitement est la meilleure solution pour vous et votre bébé". Agence de la santé publique du Canada.
- Assemblée nationale, République de Guinée. 1997. *Code de la santé publique*.
- Bayard, Chantal. 2008. "Les représentations sociales de l'allaitement maternel chez des femmes enceintes québécoises qui désirent allaiter". Mémoire, Montréal: Université de Montréal.
- Beaudry, Micheline, Sylvie Chiasson, and Julie Lauzière. 2006. *Biologie de l'allaitement: Le sein, Le lait, Le geste*. PUQ.
- Bhandari, Nita, Rajiv Bahl, Sarmila Mazumdar, Jose Martinez, Robert E Black, and Maharaj K Bhan. 2003. "Effect of community-based promotion of exclusive breastfeeding on diarrhoeal illness and growth: a cluster randomised controlled trial." *Lancet* 361 (203).
- Bonvalet, Perrine. 2011. "30. Allaitement et VIH en Afrique subsaharienne: la difficile mise en oeuvre d'une politique de santé viable, in Dominique Kerouaden, Santé internationale." *Presses de Sciences Po "Hors collection"*: 399–406.
- Brown, amy, Peter Raynor, and Michelle Lee. 2009. "Young mothers who choose to breastfeed: the importance of being part of a supportive breast-feeding community." *School of Human Sciences, Swansea University*: 53–59.
- Brugère-Trélat, Vincent. 1987. "Hachette." *Dictionnaire du français*.
- Le Court, Dominique. 2004. "Dictionnaire de la pensée médicale." 6ème Avenue Reille, Paris: Puf.
- Delisle, Hélène. 2008. "Poverty, the double burden of malnutrition in mothers, and the intergenerational impact," *New York Academy of Sciences*. (1136): 172–184. doi:10.1196/annals.1425.026.
- Delisle, Hélène, Parviz Ghadirian, Bryna Shatenstein, and Irene Strychar. 2005. "Evidence and implications for research and action– a summary." *Blackwell. Maternal and Child Nutrition*: 216–222.
- Desclaux, Alice. 2002. "Refuser d'allaiter pour protéger son enfant. La marginalité des mères séropositives en Afrique." *Classiques des sciences sociales*: 1–23.
- Dillon, J. C., and P. Imbert. 2003. "L'allaitement maternel dans les pays en développement. Évolution et recommandations actuelles." *Med Trop* 63: 400–406.
- Doré, Nicole, and Le Hénaff Danielle. 2012. «*Mieux vivre avec notre enfant de la grossesse à deux ans guide pratique pour les mères et les pères* ». Québec: Institut National de Santé Publique du Québec.
- "Encyclopaedia Universalis." 1992.
- Hôpital Général Juif. "Breastfeeding." <http://www.jgh.ca/fr/Breastfeedingfr>.
- Knibiehler, Yvonne. 2012. "L'allaitement et la société, Recherches féministes. 2003, p. 11-33." Accessed October 7. <http://www.erudit.org/revue/RF/2003/v16/n2/007766ar.html>.
- Kramer, Michael S, Beverley Chalmers, Hodnett Ellen D., Zinaida Sevkovskaya, Irina Dzikovich,, and Shapiro Stanley. 2006. "Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT) A Randomized Trial in the Republic of Belarus." 285 (4 413.).
- Kuate-Defo, Barthélémy, Luc Mebenga Tamba, Eléonore Seumo, Martina Baye, Joane Leslie, Julie DaVanzo, Lazare Kaptue, and Robert Leke. 2001. *Nutrition et santé des enfants au Cameroun, Nutrition and child health in Cameroun*. Price-Patterson Ltd. Québec: Canadien Publishers.
- Labbok, Miriam H, Paige Hall Smith, and Emily C Taylor. 2008. "Breastfeeding and Feminism: A focus on reproductive health, rights and justice?" (August).doi:10.1186/1746-4358-3-8 ?

- Lacombe, Marie, Landa Bell, and Marie Hatem. 2008. "L'établissement de la relation mère-enfant : Une voie optimale pour la poursuite de l'allaitement maternel." vol 5, N°2. *L'infirmière Clinicienne*, (site : <http://wer.uqar.qc.ca/revue-inf>).
- Lavoie, Amélie, and Valeriu Dumitru. 2011. "L'allaitement maternel: une pratique moins répandue au Québec qu'ailleurs au Canada, Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes." *Institut de la Statistique du Québec* (28). Zoom santé (October).
- Lawrence, R. A. 2007. "The eradication of poverty one child at a time through breastfeeding: a contribution to the global theme issue on poverty and human development, october 22, 2007." *Breastfeeding Médecine* 2 (4): 193–194.
- Ministère du Plan, Institut National de la Statistique (INS), Ministère d'Etat à la Santé et à l'Hygiène Publique, MEASURE DHS, ICF international, and ORC Macro. 2012. *Enquête Démographique et de Santé (EDS) à indicateurs multiples (EDS MICS IV)*. Calverton, Maryland, USA.
- Ministère du Plan, and MEASURE DHS, ORC Macro. 2005. *Enquête Démographique et de Santé*. Mariland, USA: République de Guinée.
- Moreau, Denise. ND. "L'expérience de devenir mère: entre les attentes et la réalité"
- MSSS. 2001. *Allaitement maternel au Québec: lignes directrices*. Québec: Gouvernement du Québec.
- OMS. 1981. *Code international de commercialisation des substituts de lait maternel*. Genève: Organisation Mondiale de la Santé.
- . 1999. *Données scientifiques relatives aux Dix conditions pour le soutien de l'allaitement*.
- . 2000. *La relactation: connaissances acquises et recommandations relatives à cette pratique*. Genève.
- . 2003. *Principes directeurs pour l'alimentation complémentaire de l'enfant allaité au sein*. Genève: OMS.
- . 2009. *Messages importants. Nouvelles recommandations de l'OMS: prévenir la transmission mère-enfant*. Genève: OMS.
- OMS, UNAIDS, UNFPA, and UNICEF. 2010. *Guide on HIV and infant feeding, Principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence*. Genève: OMS, UNAIDS, UNFPA, UNICEF.
- Papin, Maurice. ND. "Le Grand Dictionnaire Encyclopédique Médical,". Médecine-Science, Publiciterre. "Allaitement Maternel: 100% Naturel." <http://www.publiciterre.org/allaitement.html>.
- Razurel, Chantal. 2003. "Les Représentations de l'allaitement dans La relation patiente/sage femme" (72) (March). <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/72/121.pdf>.
- RRSSS. 2002. *L'allaitement n'importe où, n'importe quand. Plan d'action régional en allaitement maternel: 2002-2007*. Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de la Mauricie et du Centre-Du-Québec.
- Semenic, Sonia, and Danielle Groleau. 2012. *Evaluation de la mise en œuvre des Lignes Directrices en allaitement maternel au Québec*. Rapport de recherche.
- Sokol, E., VM Aguayo, and D Clark. 2007. *Protéger l'allaitement maternel en Afrique de l'Ouest et du Centre. 25 années d'application du Code International sur la Commercialisation des Substituts du Lait Maternel*. UNICEF, Bureau Régional pour l'Afrique de l'Ouest et du Centre.
- Turck, D., and G. G. Féger. 2010. "Les bénéfices santé de l'allaitement." *La santé de l'Homme* (408): 21–23.
- UNICEF. 2011. *La situation des enfants dans le monde: 2011 l'adolescence, l'âge de tous les possibles*. Genève.
- Wanlin, P. 2007. "L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens: Une Comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels." *Recherches Qualitatives*.

7 Liste des illustrations

Figure I Schéma conceptuel des déterminants de l'allaitement.....	22
Figure II: Niveau d'instruction des femmes allaitantes	35
Figure III: Types de soutiens apportés à la femme allaitante	38
Figure IV: Types de soutiens apportés par les consultants du CLSC	43
Outils 1: Caractéristiques sociodémographiques des femmes allaitantes.....	xi
Outils 2: Fiches d'observation du déroulement des consultations des femmes allaitantes à la Clinique d'allaitement Goldfarb	xii
Outils 3: Grille d'entrevue des consultants de la Clinique d'allaitement Goldfarb	xiii
Outils 4: Grille d'entrevue des infirmières des Centres Locaux de Services Communautaires (CLSC)	xiii

8 Liste des tableaux

Tableau 1: Durée actuelle de l'allaitement exclusif et non exclusif	31
Tableau 2: Raisons de la poursuite de l'allaitement actuel	32
Tableau 3: Rapport entre le nombre d'enfants conçus par femme et la durée de l'allaitement exclusif	35
Tableau 4: Raisons d'arrêt et d'abandon de l'allaitement	36
Tableau 5: Taux d'allaitement dans quelques régions du monde	xiv
Tableau 6: Comparaison du lait maternel aux substituts de lait maternel	xv

9 Glossaire

9.1 La protection de l'allaitement

La protection de l'allaitement consiste à protéger les pratiques favorables qui existent actuellement contre toute interférence externe ; par exemple, tout moyen qui instaure ou améliore les mesures sociales facilitant l'allaitement maternel contribue à sa protection.

9.2 Le soutien à l'allaitement

Le soutien à l'allaitement vise à fournir aux mères qui allaitent les aptitudes de même que les ressources personnelles et communautaires nécessaires au succès de leur allaitement. Toute mesure qui vise à aider les mères et les familles à atteindre leurs objectifs en matière d'allaitement contribue au soutien de l'allaitement maternel.

9.3 La promotion de l'allaitement

La promotion de l'allaitement ou l'encouragement à allaiter vise à prédisposer favorablement la population à l'allaitement ; toute mesure qui fait en sorte que les femmes et leur famille connaissent l'allaitement et ses bénéfices et que les mères soient motivées à allaiter contribue à la promotion de l'allaitement maternel.

9.4 Le frein de langue court

Un frein de langue court ou ankyloglossie, est une condition anatomique dans laquelle la peau (filet) sous la langue s'étend plus loin que la normale vers le bout de la langue. Il peut causer des problèmes d'allaitement : douleurs au mamelon, mauvaise prise du sein, gain de poids lent. Pour le couper, on procède à la frénotomie, qui est un traitement sûr et efficace⁴⁴.

9.5 La tétérelle

La tétérelle est un petit instrument que l'on place sur le bout du sein pour tirer le lait et faciliter l'allaitement.

9.6 Le tire-lait

C'est un appareil à usage manuel ou électrique permettant l'expression du lait. Il est conseillé aux femmes allaitantes d'exprimer leur lait au tire-lait ou à l'aide des mains après chaque tété pour augmenter la production de lait en stimulant plus les seins⁴⁵.

9.7 Le colostrum

Lait maternel correspondant aux premiers jours de la lactation avant la montée de lait. Parfois appelé « premier lait⁴⁶ » (www.marrainedelait.com). Il offre une protection précoce vitale et aide à prévenir la croissance de bactéries nuisibles en couvrant les parois du système digestif du bébé (ASPC 2009).

9.8 Le peau à peau

Le contact peau à peau consiste à placer le nouveau-né nu sur le thorax dénudé de sa mère ou de son père. Il est ensuite recouvert d'une couverture. Idéalement, le premier contact peau à peau se fait dans les minutes qui suivent la naissance. C'est une pratique bénéfique non seulement pour les parents, mais aussi pour l'enfant. Les parents peuvent le réaliser plusieurs fois par jour à domicile⁴⁷.

⁴⁴ Clinique d'allaitement Goldfarb, document à l'intention des patients

⁴⁵ Clinique Goldfarb, document à l'intention des patients

⁴⁶ Site www.marrainedelait.com

⁴⁷ Cours prénataux CLSC Faubourgs

10 Annexes

Outils 1: Caractéristiques sociodémographiques des femmes allaitantes

	Effectifs (N)	Pourcentage (%)
Age		
[22, 29]	23	25,6
[30, 44]	67	74,4
Total	90	100,0
Nombre d'enfants conçus		
1	35	38,9
2	41	45,6
3	11	12,2
4	3	3,3
Total	90	100,0
Nombre d'enfants allaités		
0	1	1,1
1	40	44,4
2	38	42,2
3	9	10,0
4	2	2,2
Total	90	100,0
Niveau d'instruction		
Ph.D	3	3,3
Maitrise	34	37,8
Licence	16	17,8
CEGEP	27	30,0
Secondaire	5	5,6
Primaire	4	4,4
Non scolarisé	1	1,1
Total	90	100,0
Profession		
Santé	19	21,1
Education	13	14,4
Ingénierie	7	7,8
Commerce	23	25,6
Sans profession	9	10,0
Autre	19	21,1
Total	90	100,0
Langue		
Français	57	63,3
Anglais	19	21,1
Arabe	9	10,0
Espagnol	5	5,6
Total	90	100,0
Origine		
Canada	52	57,8
Afrique	20	22,2
Autres	18	20,0
Total	90	100,0

Outils 2: Fiches d'observation du déroulement des consultations des femmes allaitantes à la Clinique d'allaitement Goldfarb

Date /.../.../2012/ N°.....Dossier..... Heures : de.....à.....

1. Profil de la femme allaitante et expérience d'allaitement
Age :..... Profession :..... Niveau d'instruction :.....
Conjoint : Profession :..... Niveau d'instruction :.....
Référé(e) de :..... Première langue :.....
Résidence : Ville :..... Province :.....
Originaire de :..... Accompagnant (présente ou précédente visite) :.....

Nombre d'enfants Allaité (s) au sein Durée.....
Raisons:.....
.....
.....

Durée prévue d'allaitement (enfant actuel).....
Raisons
.....
.....

2. Difficultés à allaiter
.....
.....

3. Profil du nourrisson
Sexe du nourrisson:..... Age Poids à la naissance
Poids à la visite précédente Poids actuel Gain pondéral journalier moyen :.....

4. Alimentation du nourrisson
▪ A la naissance :
Colostrum ?..... Autre ?.....
Raisons :.....
.....

▪ Actuellement :
Lait maternel exclusivement ?..... Au sein ?..... Au biberon ?..... Autre ?.....
Lait maternel et formule ?..... Au sein ?..... Au biberon ?..... Autre ?.....
Lait maternel et l'eau?..... Au biberon ?..... Autre ?.....
Lait maternel et autre aliment ?..... Au biberon ?..... Autre ?.....
Formule exclusivement?..... Au biberon ?..... Autre ?.....
Formule et autre aliment?..... Au biberon ?..... Autre ?.....

Fréquence :..... Durée :..... Quantité :..... Type Nom.....
Raisons :.....
.....
.....

5. Soutien social à la femme allaitante (famille/Clinique/Groupe d'aide)
.....
.....
.....

6. Conseils/Recommandations de la consultante/Médecin
.....
.....

7. Observations
.....
.....
.....
.....

Outils 3: Grille d'entrevue des consultants de la Clinique d'allaitement Goldfarb

Date

Profession de l'interviewée.....

Nombre d'année de travail au sein de la Clinique ...

1. Quels sont les motifs les plus fréquents de consultation/référence des femmes allaitantes ?
 - Chez la femme allaitante
 - Chez le nourrisson
2. Quelles sont les raisons de la motivation des femmes à allaiter ?
3. Pourquoi, à votre avis, les femmes peuvent-elles être réticentes à allaiter ?
4. Pouvez-vous nous citer quelques obstacles à l'allaitement dans la société Québécoise ?
5. Avez-vous des difficultés ou contraintes liées à l'exercice du métier de Consultant (e) en lactation ?
6. Pouvez-vous nous donner un exemple de réussite de la Clinique d'allaitement de l'HGJ (cas d'une cliente)
7. Quelles sont les spécificité/succès de la Clinique d'allaitement de l'HGJ ?
8. A votre avis, quelles actions les structures suivantes doivent-elles entreprendre pour promouvoir davantage l'allaitement maternel exclusif ?
 - Gouvernement
 - Hôpital
 - Associations
 - Famille

Outils 4: Grille d'entrevue des infirmières des Centres Locaux de Services Communautaires (CLSC)

Date

Nom du CLSC

Profession de l'interviewée.....

Nombre d'année de travail au sein du CLSC ...

1. Quels sont les motifs les plus fréquents de consultation des femmes allaitantes
 - *Chez la femme allaitante*
 - *Chez le nourrisson*
2. A votre avis, quelles sont les raisons de la motivation des femmes à allaiter ?
3. A votre avis, quels sont les obstacles à l'allaitement maternel exclusif au sein de la société québécoise ?
4. Quelles activités de soutien votre groupe organise t-il à l'intention des femmes allaitantes ?
5. L'allaitement exclusif de 0 à 6 mois est-il une réalité ici à Montréal ?
6. Que pensez-vous de la commercialisation du lait artificiel ici à Montréal ?
7. Pour promouvoir davantage l'allaitement maternel au Québec, quelles actions les structures suivantes doivent-elles mener ou renforcer ?
 - *Le gouvernement*
 - *Les hôpitaux*
 - *Les CLSC*

Tableau 5: Taux d'allaitement dans quelques régions du monde

Régions	Initiation précoce à l'allaitement maternel (%)	% d'enfants nourris au sein	
		Allaitement exclusif chez les moins de 6 mois	Allaitement non exclusif, prolongés chez les 20 à 23 mois
Afrique	49	34	49
Afrique subsaharienne	49	33	51
Afrique de l'Ouest et du Centre	39	23	43
Afrique de l'Est et Australe	61	44	64
Moyen orient et Afrique du Nord	47	32	35
Asie	41	38	68
Amérique latine et caraïbes	49	43	32
Pays industrialisés	-	-	-
Pays en développement	44	36	56
Pays les moins avancés	50	42	68
Total mondial	44	36	56

Source : OMS, 2011, rapport sur la situation des enfants dans le monde : l'adolescence, l'âge de tous les possibles (p.95)

Tableau 6: Comparaison du lait maternel aux substituts de lait maternel

Ingrédients	Fonction	Naturellement présent dans le lait maternel	Présent dans les substituts de lait maternel
Eau	Hydrate l'enfant	Oui	Oui
Protéines	Procurent de l'énergie et des matériaux de construction et régulent les fonctions de l'organisme	Oui	Oui
Glucides	Principale source d'énergie pour toutes les cellules	Oui	Oui
Gras	Emmagasinent de l'énergie pour une utilisation future	Oui	Oui
Minéraux	Aident les cellules et les os à croître	Oui	Oui
Vitamines	Aident les cellules et les os à croître	Oui	Oui
Enzymes actifs :			
Amylases	Aident à digérer les aliments	Oui	Non
Lipases			
Lysozymes			
Hormones :			
Cortisol	Régularisent le métabolisme et favorisent la maturation des systèmes digestif et immunitaire	Oui	Non
Insuline			
Thyroxine			
Prostaglandines			
Facteurs de croissance :			
Facteurs de croissance humains	Favorisent la croissance et le développement des intestins	Oui	Non
EGF et autres			
Facteurs antibactériens :			
SIgA, IgM, IgD	Fournissent une protection contre les infections (E. coli, S. pneumoniae, V. cholerae, etc.)	Oui	Non
Bifidobactérium			
Lactoférine			
Oligosaccharides			
Lysozymes			
Caséine			
Cellules vivantes du lait humain (macrophages, lymphocytes T et B)			
Facteurs antiviraux :			
SIgA, IgM, IgG	Protègent contre les virus	Oui	Non
Cellules vivantes du lait humain (macrophages, lymphocytes T et B)			
Facteurs antiparasitaires	Protègent contre les parasites	Oui	Non
IgA			