

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE PHARMACIE

ANNEE 2011

N°

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT

DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Par

Claire CADE

Présentée et soutenue publiquement le 20 Octobre 2011

Promotion de l'allaitement maternel exclusif au
Bénin et rôle du pharmacien d'officine.

Président : M. Christian MERLE, Professeur de Pharmacie Galénique
Membres du Jury : Mme Delphine CARBONNELLE, Maître de Conférences de
Physiologie
Mme Nathalie CAROFF, Maître de Conférences de Bactériologie
Mme Josiane MORVAN, Pharmacien d'officine.

SOMMAIRE GENERAL

INTRODUCTION	9
1. L'allaitement maternel et sa promotion	10
<i>1.1. L'allaitement maternel</i>	<i>10</i>
<i>1.2. Les recommandations officielles internationales</i>	<i>29</i>
2. Evaluation de la situation au Bénin	36
<i>2.1 Au Bénin</i>	<i>36</i>
<i>2.2. Les principaux problèmes rencontrés par les femmes allaitantes béninoises</i>	<i>52</i>
<i>2.3. Point de vue personnel sur la situation de l'allaitement maternel au Bénin</i>	<i>56</i>
<i>2.4. La place de l'allaitement maternel chez les béninoises infectées par le VIH</i>	<i>63</i>
3. En pharmacie	82
<i>3.1. Le Code International de commercialisation des substituts du lait maternel</i>	<i>82</i>
<i>3.2 Enquête sur le rôle du pharmacien</i>	<i>84</i>
<i>3.3 Comment développer ce rôle ?</i>	<i>89</i>
CONCLUSION	108
LEXIQUE	110
LISTE DES FIGURES	111
LISTE DES TABLEAUX	113
BIBLIOGRAPHIE	116

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	9
1. L'allaitement maternel et sa promotion.....	10
1.1. L'allaitement maternel	10
1.1.1. Anatomie et physiologie de la lactation.....	10
1.1.1.1. Anatomie et histologie de la glande mammaire.....	10
- <i>Anatomie.....</i>	<i>10</i>
- <i>Histologie</i>	<i>11</i>
1.1.1.2. Physiologie de la lactation	14
- <i>La montée de lait et le maintien de la production laiteuse.....</i>	<i>14</i>
- <i>La régulation de la lactation</i>	<i>15</i>
1.1.2. Pour quelles raisons promouvoir l'allaitement maternel dans les pays en voie de développement ?.....	18
1.1.2.1. Les principaux avantages de l'allaitement maternel	18
- <i>Le bénéfice commun mère-enfant : un lien affectif</i>	<i>18</i>
- <i>Les bénéfices pour l'enfant.....</i>	<i>19</i>
- <i>Les bénéfices pour la mère.....</i>	<i>25</i>
1.1.2.2. Les inconvénients du lait artificiel.....	26
- <i>Les effets néfastes de l'introduction de suppléments alimentaires sur l'allaitement</i>	<i>26</i>
- <i>Le lait artificiel est du lait de vache modifié. Ce lait comporte plusieurs inconvénients.....</i>	<i>26</i>
- <i>Les inconvénients de l'utilisation des biberons et tétines</i>	<i>28</i>
1.2. Les recommandations officielles internationales	29
1.2.1. Les premières mesures au début du XXème siècle.....	29
1.2.1.1. La protection de la maternité.	29
1.2.1.2. Les Droits de l'Enfant.....	30

1.2.1.3. Première déclaration sur la promotion de l'allaitement maternel : la déclaration conjointe de l'OMS et l'UNICEF en 1989.	30
1.2.2. L'accélération de la promotion à la fin du XXème siècle.....	31
1.2.2.1. « La déclaration Innocenti ».....	31
1.2.2.2. L'Alliance Mondiale pour l'action en faveur de l'Allaitement Maternel	32
1.2.2.3. L' « Initiative Hôpitaux Amis des Bébé »	32
1.2.2.4. Le Code International de commercialisation des substituts du lait maternel	33
1.2.3. A l'aube du XXIème siècle, confirmation et renforcement des actions...33	
1.2.3.1 L'OMS adopte deux résolutions primordiales pour la promotion de l'allaitement maternel.....	33
1.2.3.2. Le projet du millénaire pour le développement énonce huit objectifs	34
2. Evaluation de la situation au Bénin.....	36
2.1 Au Bénin.....	36
2.1.1. Profil du pays	36
2.1.1.1. Le Bénin, pays de l'Afrique de l'Ouest	36
- <i>L'Afrique de l'Ouest</i>	36
- <i>La place du Bénin dans l'Afrique de l'Ouest</i>	37
2.1.1.2. Indicateurs sociologiques, démographiques, de santé et nutrition	38
- <i>Données sociologiques et démographiques</i>	38
- <i>Le système de santé</i>	39
2.1.1.3. Tendances des taux d'allaitement maternel.....	40
2.1.2 Les principales actions mises en œuvre au Bénin.....	44
2.1.2.1. PROFILES : un plaidoyer au niveau politique	44
2.1.2.2. Le décret portant sur la réglementation des substituts du lait maternel et des aliments pour nourrissons.....	44
2.1.2.3. L' « Initiative Hôpitaux Amis des Bébé » (IHAB)	45
2.1.2.4. Le Paquet Minimum d'Activités en Nutrition (PMA/Nut).....	45

2.1.2.5. La Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel	47
2.1.2.6. « L'allaitement maternel : une école pour la vie »	48
2.1.2.7. La formation des professionnels santé	49
- <i>La formation « Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant » (PCIME).....</i>	<i>49</i>
- <i>Le Conseil en Allaitement : Cours de formation</i>	<i>50</i>
2.1.2.8. Au niveau communautaire : les groupes de soutien aux mères allaitantes... 51	
2.2. Les principaux problèmes rencontrés par les femmes allaitantes béninoises.....	52
2.2.1. L'utilisation traditionnelle de tisanes pour les enfants.....	52
2.2.2. Une diversification trop précoce.....	53
2.2.3. Hypo et agalactorhée.....	53
2.2.4. Les principales pathologies liées au sein	54
2.2.5. L'utilisation des biberons et des laits artificiels.....	55
2.2.6. Des difficultés d'organisation du système de santé au détriment des jeunes mères.....	55
2.2.7. L'absence de soutien des mères allaitantes sur leur lieu de travail.....	56
2.3. Point de vue personnel sur la situation de l'allaitement maternel au Bénin	56
2.3.1. L'allaitement et l'environnement familial : la « pesanteur familiale »....	57
2.3.2. L'allaitement et la vie de couple : l'interdit sexuel pendant l'allaitement	57
2.3.3. L'allaitement et les croyances	57
2.3.4. L'allaitement et la phytothérapie.....	58
2.3.5. L'allaitement et l'alimentation de la mère.....	59
2.3.6. L'allaitement et le sevrage : « le lait d'une femme enceinte est un poison ».....	60
2.3.7. L'allaitement, encadrement et information des mères.....	61

2.4. La place de l'allaitement maternel chez les béninoises infectées par le VIH.....	63
2.4.1 La pandémie de VIH au Bénin	63
2.4.1.1. Les chiffres.....	63
2.4.1.2 La transmission par l'allaitement maternel	64
- <i>Les mécanismes.....</i>	<i>65</i>
- <i>Le moment.....</i>	<i>65</i>
- <i>Les facteurs influençant la transmission par l'allaitement au sein.....</i>	<i>66</i>
2.4.1.3 Les grandes recommandations actuelles.....	68
- <i>La prévention primaire.....</i>	<i>68</i>
- <i>Les nouvelles recommandations de l'OMS sur l'alimentation des enfants nés de mères séropositives.....</i>	<i>68</i>
2.4.2. La Prévention de la Transmission Mère-enfant (PTME) : concept, application et difficultés rencontrées.	70
2.4.2.1. Le concept	70
- <i>Les protocoles de traitement et résultats</i>	<i>71</i>
- <i>Les activités dans les sites de Prévention de la Transmission Mère-Enfant.....</i>	<i>72</i>
2.4.2.2. Des conseils primordiaux sur l'alimentation.....	73
- <i>Etape 1 : les risques de transmission du VIH de la mère à l'enfant</i>	<i>74</i>
- <i>Etape 2 : avantages et inconvénients des différents modes d'alimentation de l'enfant</i>	<i>74</i>
- <i>Etape 3 : la situation de la mère</i>	<i>75</i>
- <i>Etape 4 : le choix de l'option d'alimentation appropriée.....</i>	<i>75</i>
- <i>Etape 5 : la pratique de l'option choisie.....</i>	<i>76</i>
- <i>Etape 6 : le suivi et le soutien</i>	<i>77</i>
2.4.2.3. Les difficultés rencontrées en réalité : le partage des résultats, la pression familiale et sociale.....	77
- <i>Le partage des résultats est une obligation légale.</i>	<i>78</i>

-La réaction du partenaire et de l'entourage	78
-Les conséquences du non partage	79
3. En pharmacie	82
3.1. Le Code International de commercialisation des substituts du lait maternel	82
3.1.1. La situation au Bénin.....	82
3.1.2. Impact sur les pratiques et sur les pharmacies.....	83
3.2 Enquête sur le rôle du pharmacien	84
3.2.1 Auprès des mères allaitantes : place du pharmacien dans le parcours de soins	84
3.2.2 Dans les pharmacies : enquêtes auprès des vendeurs et des pharmaciens d'officine	85
3.2.2.1. Le niveau de formation	85
3.2.2.2. Les situations rencontrées au comptoir et les conseils associés	85
3.2.2.3. Les difficultés.....	86
3.2.2.4. Le rôle d'éducation et de santé publique	87
3.2.3. Auprès des médecins.....	87
3.2.3.1. « Les conseils sont intéressés ».....	87
3.2.3.2. « Le manque de formation des vendeurs peut s'avérer dangereux ».....	88
3.2.3.3. Le développement de la pharmacie et la lutte contre les médicaments contrefaits	88
3.2.3.4. Une nouvelle génération de pharmaciens plus engagés	88
3.3 Comment développer ce rôle ?.....	89
3.3.1 Corriger les points faibles	89
3.3.1.1. Le manque de formation.....	89
3.3.1.2. L'aspect commercial et l'image de conseils intéressés.....	90
3.3.1.3. Le manque d'implication dans les programmes de santé publique	90
3.3.2 Accentuer les points forts	90

3.3.2.1. L'accessibilité d'un professionnel de santé.....	90
3.3.2.2. Des conseils pertinents pour se démarquer des vendeurs de médicaments sur les marchés.....	91
3.3.3 Cahier de formation pour les vendeurs en pharmacie et « rappel » au pharmacien	91
CONCLUSION.....	108
LEXIQUE.....	110
LISTE DES FIGURES.....	111
LISTE DES TABLEAUX	113
BIBLIOGRAPHIE	116

INTRODUCTION

L'allaitement maternel exclusif est recommandé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pendant les six premiers mois de vie de l'enfant. Cette recommandation porte tout son sens dans un pays en développement comme le Bénin où malgré les taux élevés d'allaitement maternel, la pratique de façon exclusive est plus rare et pourrait sauver des vies. Malheureusement, cette pratique est particulièrement entravée par de nombreuses croyances. Les agents de santé sont nettement sensibilisés à cette recommandation mais dans l'ensemble des actions, le pharmacien reste en retrait alors que son implantation au niveau communautaire et sa proximité des villageois représente une place privilégiée dans la promotion et l'accompagnement des mères pour la pratique de l'allaitement maternel exclusif (AME).

C'est au travers d'un séjour de trois mois au Bénin lors de l'été 2010 que j'ai pu développer cette problématique : « Où en est la promotion de l'allaitement maternel exclusif au Bénin et comment développer le rôle du pharmacien ? ». Il est tout d'abord primordial de rappeler l'anatomie et la physiologie de la lactation ainsi que l'intérêt de l'allaitement maternel exclusif dans les pays en voie de développement. Grâce à mon stage au Centre Hospitalier Départemental (CHD) du Zou et Collines à Abomey et à nos actions de prévention dans les dispensaires environnant à travers l'Association Nantes Santé Bénin, j'ai pu observer les pratiques, interroger de nombreuses personnes et proposer quelques actions. Un questionnaire (annexe 1) réalisé avant mon départ m'a donné l'opportunité de rencontrer de nombreuses mères allaitantes et d'être confrontée à différentes situations. C'est en grande partie grâce à ces expériences que je peux développer la deuxième partie de cette thèse : un état des lieux de cette pratique au Bénin en abordant à la fois sa promotion, les difficultés rencontrées ainsi que le cas particulier de la femme allaitante séropositive. Grâce au Dr BOSSOU, chef de service du secteur de pédiatrie au CHD du Zou et Collines et à nos déplacements dans plusieurs dispensaires, j'ai pu interroger de nombreux agents de santé et autres personnes impliquées dans la promotion de l'allaitement maternel exclusif (annexe 2). Je me suis déplacée dans la majorité des pharmacies d'Abomey et de Bohicon afin de discuter avec les pharmaciens et les vendeurs. Ces rencontres m'ont permis d'apporter dans une troisième et dernière partie une analyse et des hypothèses quant au rôle que pourrait développer le pharmacien béninois pour la promotion de l'allaitement maternel exclusif.

C'est au fil de mon séjour et à travers ces nombreuses rencontres que mon plan s'est structuré et j'ai pu constater que même si l'allaitement maternel paraît être une évidence et un geste naturel pour ces femmes (un des taux d'allaitement maternel les plus élevés au monde), cela n'exclue pas qu'elles aient aussi besoin d'un soutien et d'un accompagnement dans cette pratique qui reste indispensable pour le bon développement des jeunes enfants béninois.

1. L'allaitement maternel et sa promotion

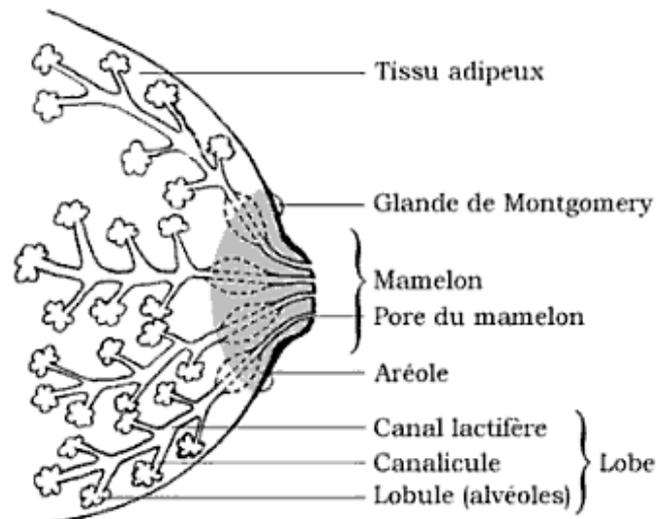
1.1. L'allaitement maternel

1.1.1. Anatomie et physiologie de la lactation

1.1.1.1. Anatomie et histologie de la glande mammaire

-Anatomie

Le sein est un organe génital féminin pair et symétrique. Il contient la glande mammaire, glande sudoripare apocrine très modifiée. Les glandes mammaires sont présentes dans les deux sexes, mais elles ne sont pas fonctionnelles chez l'homme. Elles se composent de plusieurs parties distinctes. La figure ci-dessous (**Figure 1**) illustre les principales composantes telles qu'elles sont développées après la puberté.



Les lignes pointillées illustrent la pulsation du canal lactifère lors du réflexe d'éjection.

Figure 1 : Principales composantes de la glande mammaire (1)

D'un point de vue anatomique (**tableau 1**), le mamelon est la partie centrale et surélevée de l'aréole.

Il est flexible et malléable. Avec l'aréole, il épouse la forme de la bouche du bébé. Il contient plusieurs pores par lesquels le lait devient accessible à ce dernier. Le mamelon contient également des fibres musculaires lisses. Il est hautement innervé et devient érectile à la

suite d'une stimulation. Il peut être de longueur et de forme variables. Grâce à son élasticité, il peut s'étirer dans la bouche de l'enfant de deux à trois fois sa longueur. Cet étirement permet que la face antérieure du mamelon soit proche de la jonction entre le palais dur et le palais mou de l'enfant. Placé différemment, des frictions pourraient se former et des gerçures se développer **(1)**.

Le mamelon est centré par un disque cutané pigmenté large de 3 à 5 cm de diamètre appelé aréole. Elle sert de repère visuel à l'enfant pour la prise du sein. Au cours de la tétée, l'enfant en prend la plus grande partie possible dans sa bouche. Elle se charge en élastine pendant la grossesse pour s'adapter aux sollicitations du bébé **(2)**. Sur cette aréole se trouve des glandes sudoripares, quelques glandes sébacées, des follicules pileux et des tubercules (glandes de Montgomery ou tubercules de Morgagni). Ces tubercules, au nombre variable, sécrètent une substance lubrifiante et antiseptique. Les différentes sécrétions du sein lactant sont un signal olfactif pour l'enfant, dont l'odorat est particulièrement développé. Le nouveau-né peut retrouver une continuité olfactive entre le liquide amniotique et le colostrum.

Mamelon	Aréole	Glande mammaire (partie sécrétoire)	Glande mammaire (autre)
<i>Environ 15 pores</i> <i>Sensible à la stimulation</i> <i>Erectile</i> <i>Peau très sensible à la friction</i>	<i>Plus foncée</i> <i>Repère visuel pour le bébé</i> <i>Tubercules de Montgomery (4-28)</i> <i>Présence de follicules pileux et de glandes sudoripares</i>	<i>15-25 lobes</i> <i>20-40 lobules par lobe</i> <i>10-100 alvéoles par lobule</i>	<i>Tissu adipeux</i> <i>Ligaments</i> <i>Nerfs (surtout le 4^{ème} intercostal)</i> <i>Hautement vascularisée</i>

Tableau 1: Principales caractéristiques des différentes parties du sein (1)

-Histologie

Le sein est essentiellement constitué d'un tissu conjonctif, adipeux (les graisses) et de ligaments de Cooper.

Du tissu adipeux et conjonctif enveloppent et protègent les alvéoles, les canalicules et les canaux lactifères. Le tissu graisseux n'a pas de rôle comme tel dans la fabrication du lait, mais il est essentiel au développement des canaux lactifères. Il permet et supporte l'élongation de ces conduits pendant la mammogénèse. C'est principalement la quantité de tissu adipeux qui détermine la grosseur des seins. Puisque ce tissu ne contribue pas à la

fabrication ni au transport du lait, la grosseur des seins n'est pas un indicateur de la capacité d'une femme à allaiter **(1)**.

Le tissu glandulaire, responsable de la production exocrine de lait, ne représente qu'une faible proportion du volume mammaire. Celui de chaque sein est composé de 15 à 25 lobes de taille variable et séparés par des cloisons conjonctives. Chaque lobe est formé de plusieurs lobules (20 à 40 lobules par lobe) constitués d'unités sécrétoires appelées alvéoles ou acini **(tableau 1)**. Les acini **(figure 2)** sont constitués d'un épithélium de cellules sécrétoires ou lactocytes au nombre de 10 à 100 par lobule. Le lait contenu dans les alvéoles est drainé dans les canaux galactophores de faible calibre par la contraction de cellules myoépithéliales entourant chaque acinus.

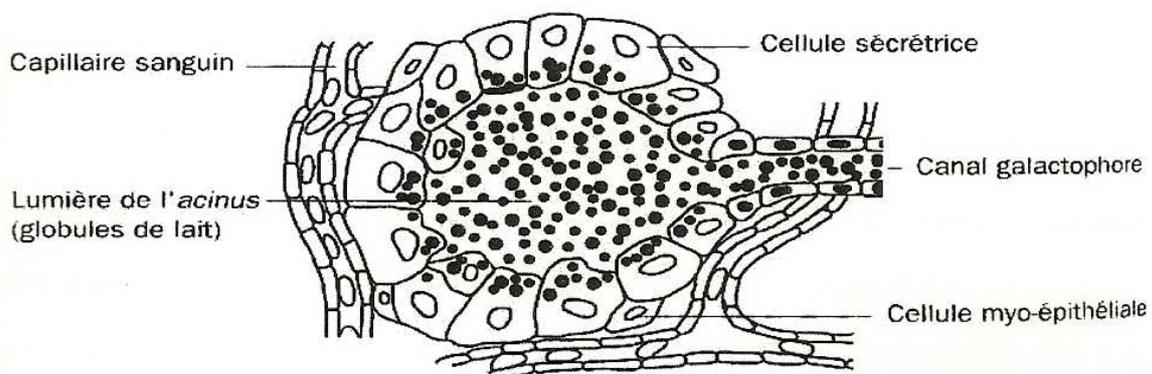


Figure 2: Structure d'un acinus de la glande mammaire **(3)**

Les canaux galactophores (canaux lactifères) de chaque lobule vont converger les uns vers les autres pour former des canaux plus larges. Les canaux s'entrelacent dans les trajets, et se rejoignent pour former entre 4 à 9 canaux principaux, qui s'abouchent à la peau par un pore au niveau du mamelon.

Ce sont les lactocytes qui sont responsables de la sécrétion du lait. Ils le sécrètent en continu dans le lumen des alvéoles où il est emmagasiné jusqu'à ce que les cellules myoépithéliales entourant l'alvéole se contractent sous l'effet de l'ocytocine et expulsent le lait dans les conduits lactifères vers l'extérieur du sein. C'est ce qu'on appelle le réflexe d'éjection du lait **(1)**.

Le sein est un organe hautement vascularisé. Pendant la grossesse et l'allaitement, la circulation sanguine dans le sein s'accroît considérablement. Le sang artériel y amène tous les nutriments essentiels à la fabrication du lait. Un système veineux, parallèle au système artériel assure l'évacuation des déchets sanguins du sein **(Figure 3)**.

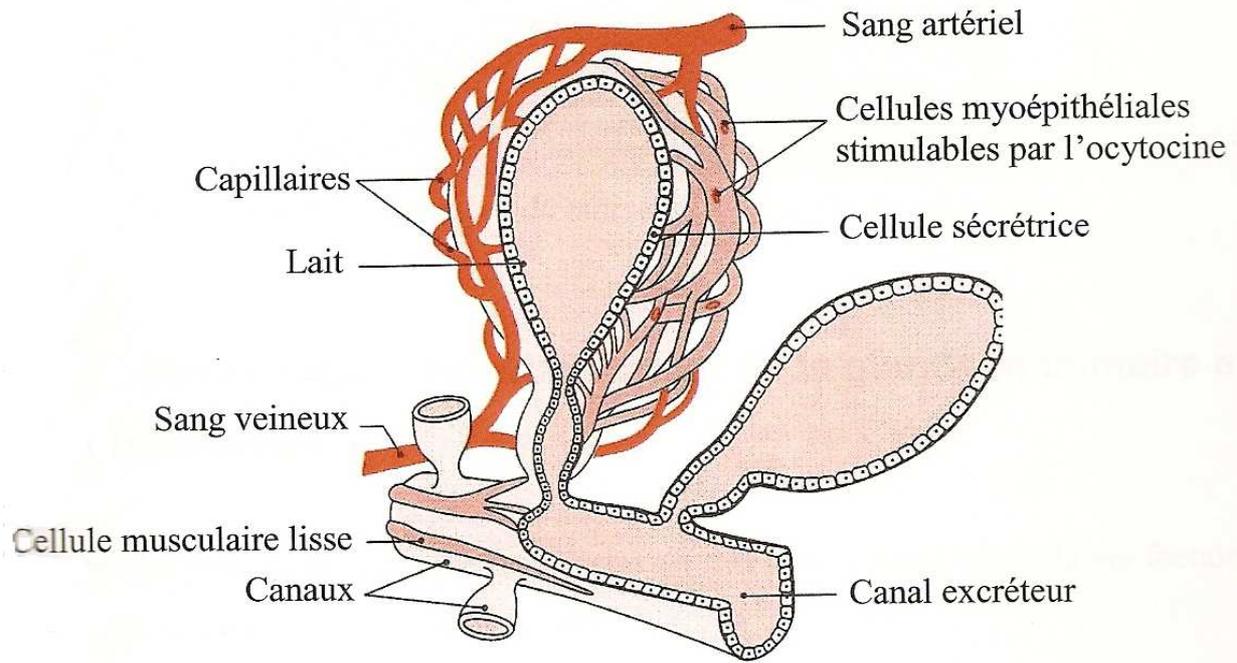


Figure 3 : Vascularisation d'une alvéole mammaire (4)

La lymphe contribue aussi à l'élimination des déchets. Pendant la lactation, les cellules plasmiques, responsables de la sécrétion d'immunoglobulines dans le lait se rapprochent de l'espace interstitiel. La majorité des vaisseaux lymphatiques suit les canaux lactifères et converge vers le mamelon ; ils se rejoignent sous l'aréole dans le plexus sous-aréolaire.

On observe une augmentation plus prononcée de l'apport sanguin pendant la montée laiteuse. L'engorgement qui l'accompagne souvent n'est donc pas causé uniquement par l'augmentation de la production lactée. La pression du lait, jumelée à l'augmentation de l'apport sanguin, peut entraîner un ralentissement du retour lymphatique et causer de l'œdème (1).

Le mamelon et l'aréole sont innervés par les quatrième, cinquième et sixième nerfs intercostaux, mais c'est le quatrième qui est responsable de la plus grande part de sensation. Lorsque le bébé tète, la succion stimule les terminaisons nerveuses, et un message est envoyé au cerveau (1).

Le sein est donc à l'origine de la synthèse, du stockage et de l'éjection du lait. Plusieurs aspects pratiques de l'allaitement sont éminemment tributaires de son anatomie, entre autre la prise du sein et les mécanismes de succion du bébé. Ces notions aident ainsi à comprendre la physiologie de l'allaitement.

1.1.1.2. Physiologie de la lactation

La lactation est l'ensemble des phénomènes qui permettent la sécrétion du lait par la glande mammaire.

-La montée de lait et le maintien de la production laiteuse

Le processus de fabrication du lait est appelé **lactogénèse** et comprend quatre étapes :

La lactogénèse 1 **(5)** correspond à l'apparition de la capacité à synthétiser les composants spécifiques du lait et permet la fabrication du colostrum. Elle se met en route au milieu de la grossesse et se poursuit jusqu'à environ deux jours après l'accouchement.

Les cellules de la glande mammaire atteignent un degré suffisant de différenciation pour produire des petites quantités de composants particuliers du lait comme le lactose. Malgré la capacité sécrétrice de la glande, la production de lait (en quantité importante) est inhibée par les taux élevés de progestérone ce qui explique que le sein ne sécrète peu ou pas de liquide pendant la grossesse.

La lactogénèse 2 **(6)** démarre après l'expulsion du placenta provoquant la chute de la progestérone et des œstrogènes et libérant l'action de la prolactine.

Ces changements rapides marquent la transition de la grossesse vers la lactation proprement dite : une augmentation progressive mais rapide de la quantité de lait, couplée à des modifications importantes et programmées de l'épithélium mammaire et de la composition du lait. Pendant environ les trente heures qui suivent l'accouchement, la sécrétion est appelée colostrum. L'augmentation importante du volume de lait qui se produit dans les 36 à 72 heures après l'accouchement est rapidement suivie de la montée laiteuse.

A cette période, la mère ressent une augmentation de volume des seins, associée à une sensibilité au touché et une augmentation de la température. Une sécrétion lactée abondante et un flux d'éjection apparaissent, c'est la montée laiteuse. Elle reste indépendante de la succion de l'enfant même si la fréquence des tétées et l'efficacité de la succion pendant cette période favorise l'activation des récepteurs à la prolactine sur les lactocytes et préparent ainsi le sein à une production de lait optimale. Pour ces raisons, il faut s'assurer que le bébé puisse être mis au sein le plus tôt possible dans les heures qui suivent la naissance et être allaité à la demande par la suite. Il faut aussi veiller à ce que la prise du sein permette au bébé de prélever une quantité optimale de lait.

La composition du lait se modifie passant d'une production du colostrum jaune orangé à un lait de transition (augmentation de la teneur en lactose, en lipides, en minéraux, en eau) puis un lait mature (blanc).

Puis le processus de sécrétion du lait se met en place, c'est la lactation installée. Elle se maintient tant que l'enfant vide efficacement et régulièrement le sein.

Enfin apparaît la période d'involution ou de sevrage **(6)**.

Dans le cadre d'un sevrage naturel et progressif, l'ajout d'aliments comble graduellement une partie plus en plus grande des besoins de l'enfant. Ce dernier tète alors de moins en moins, retirant une plus petite quantité de lait du sein. Ce faisant, la glande mammaire réagit en diminuant la production lactée jusqu'à sa cession lorsqu'il n'y a plus aucune stimulation. L'involution de la glande mammaire inclut aussi l'apoptose des cellules lactifères, puis la dégradation et le remodelage des tissus du sein pour les ramener à l'état prégravide. La période d'involution de la glande serait d'environ quarante jours après la dernière tétée. Au cours de cette période, il est relativement facile de rétablir une lactation complète si le bébé tète fréquemment. Progressivement les structures sécrétoires disparaissent, remplacées par du tissu conjonctivo-adipeux. Néanmoins, la glande mammaire ne retrouvera pas son état initial. Le tissu glandulaire reste plus abondant et plus différencié qu'avant. De nombreux acini persistent sous la forme de bourgeons d'attente et le réseau canalaire demeure.

-La régulation de la lactation

Le lait est fabriqué continuellement par les cellules de l'épithélium mammaire. Il est sécrété et stocké dans les alvéoles jusqu'à ce que son extraction soit initiée. Le contrôle de la synthèse, de la sécrétion et de l'éjection du lait est complexe et multifactoriel. Il implique deux niveaux de régulation, le premier central, endocrine, l'autre local, autocrine **(7)**.

-Le contrôle endocrinien

Lors de la lactogénèse 1 et 2, l'insuline, les hormones thyroïdiennes, le cortisol, la prolactine et l'ocytocine sont impliqués mais le contrôle endocrinien s'exerce essentiellement par l'intermédiaire de la prolactine pour la sécrétion, et de l'ocytocine pour l'éjection du lait.

La prolactine est sécrétée par l'hypophyse antérieure ainsi que par de nombreux tissus dont la glande mammaire. C'est une hormone essentielle dans l'établissement et le maintien de la lactation car elle participe à la synthèse du lait. Cependant, cette fonction est inhibée pendant la grossesse en raison des taux élevés d'autres hormones, particulièrement celui de la progestérone **(8)**.

Chez la mère qui n'allait pas, le taux de prolactine retourne naturellement à son niveau basal dans les deux semaines qui suivent l'accouchement. Chez celle qui allaite, bien qu'il décline au cours des mois, ce taux demeure plus élevé que la normale pendant toute la période de la lactation même si l'allaitement se prolonge plusieurs années. C'est d'ailleurs la prolactine qui est responsable de l'aménorrhée et de la suppression de l'ovulation pendant les premiers mois d'allaitement maternel exclusif. Sa sécrétion **(figure 4)** est régulée au niveau de l'hypothalamus par la sécrétion de dopamine. Lorsque le bébé tète, la succion stimule les terminaisons nerveuses du complexe mamelon-aréole qui envoie un message à l'hypothalamus. Ce dernier cesse alors la sécrétion de dopamine, permettant ainsi la sécrétion de prolactine par l'adénohypophyse. La prolactine déclenche à son tour l'action des cellules sécrétrices de lait **(8)**. La succion déclenche des pics de prolactine pouvant durer jusqu'à 75 min après le début de la tétée et qui se surimposent au taux sérique de base très

élevé à l'accouchement. Cependant la prolactine n'a qu'un rôle permissif sur la synthèse, elle ne régule pas le volume de lait produit lequel dépend essentiellement de facteurs locaux **(7)**.

L'ocytocine est produite dans les noyaux hypothalamiques puis stockée dans l'hypophyse postérieure. Elle est sécrétée **(figure 4)** au moment de la tétée en réponse aux stimulations tactiles de l'aréole. Une stimulation adéquate du sein est un composant essentiel du maintien de la lactation. D'autres stimuli comme entendre ou penser au bébé sont susceptibles d'induire cette sécrétion. A l'opposé, un stress physique ou psychologique important peut inhiber la production d'ocytocine et donc le réflexe d'éjection du lait. C'est pourquoi il est si important que la mère ait confiance dans sa capacité à allaiter et que son entourage la soutienne moralement et physiquement pendant cette période. Le taux d'ocytocine dans le sang s'élève dans la minute qui suit le début de la stimulation et entraîne alors l'éjection du lait maternel en se fixant sur des cellules myoépithéliales dont il provoque la contraction. Par ce mécanisme d'éjection, le lait présent dans les alvéoles est propulsé hors du sein. La sécrétion d'ocytocine est pulsatile ce qui signifie que lors d'une même tétée il peut y avoir plusieurs réflexes d'éjection. Un réflexe d'éjection efficace est essentiel pour le succès de la lactation, il permet la vidange du sein, nécessaire à la production du lait en continu. La sécrétion d'ocytocine retourne à son niveau basal dans les six minutes qui suivent la fin de la stimulation **(8)**.

En plus de l'écoulement du lait, d'autres symptômes chez la mère peuvent signaler la sécrétion d'ocytocine comme la sensation de soif, les bouffées de chaleur et les contractions utérines.

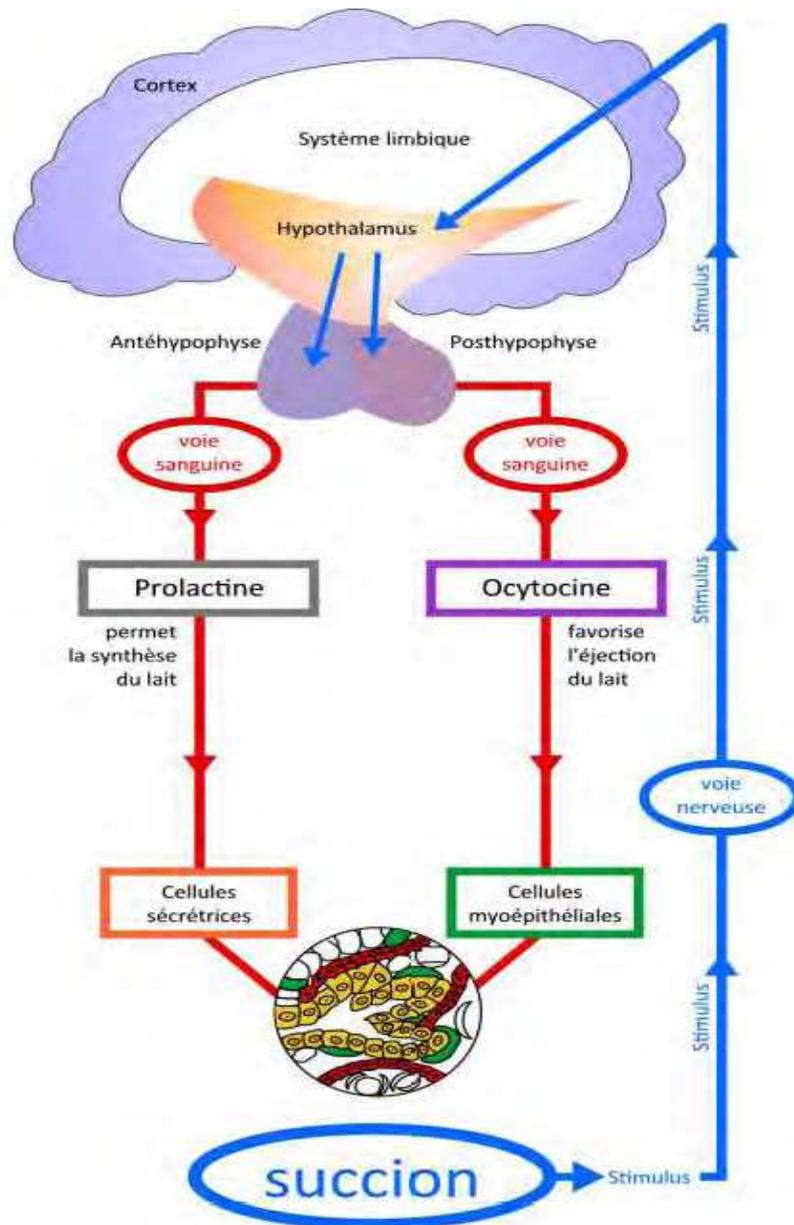


Figure 4 : Contrôle neuro-endocrinien de la lactation (9)

-Le contrôle autocrine

Il s'ajoute au contrôle endocrinien du volume de sécrétion du lait maternel, une régulation locale qui exerce un rétrocontrôle négatif inhibant la synthèse lactée (lactogénèse 2) appelée « feedback inhibitor of lactation (FIL) » tant qu'il reste un important volume de lait résiduel dans les seins. Le FIL est un peptide (glycoprotéine de faible poids moléculaire) produit par les lactocytes en même temps que les autres constituants du lait. En s'accumulant avec le lait alvéolaire, il freine la synthèse du lait, autrement dit, régule la synthèse et la sécrétion du lait en fonction du volume. Son mécanisme d'action précis reste cependant mal connu. Le contrôle autocrine régule le volume de lait produit dans le but de répondre aux besoins de l'enfant, tout en évitant des dépenses énergétiques inutiles pour la mère (7).

Les descriptions de la glande mammaire ainsi que de la physiologie de la lactation nous amène à penser qu'allaiter son enfant est un acte naturel et que tout est réuni pour qu'il se déroule de façon optimal mais il ne faut pas mettre de côté les contraintes que cela amène. Les douleurs mammaires lors de la mise en route de l'allaitement, les crevasses et fissures qui font appréhender à la mère chaque nouvelle tétée, un allaitement jour et nuit toutes les deux à trois heures au début, la pression et la culpabilité ressenties lors d'un échec... sont autant de barrières à passer pour la mère qui sort de neuf mois de grossesse et de plusieurs heures d'accouchement. En tant que professionnel de santé, il faut donc promouvoir l'allaitement maternel et aider au mieux la mère à passer ces difficultés tout en restant compréhensif auprès des femmes qui y renoncent.

1.1.2. Pour quelles raisons promouvoir l'allaitement maternel dans les pays en voie de développement ?

Les spécialistes de nutrition sont d'accord avec l'OMS pour reconnaître que le lait maternel est l'alimentation idéale pour les six premiers mois de vie du nourrisson.

1.1.2.1. Les principaux avantages de l'allaitement maternel

Autour de nous, beaucoup de femmes ont des idées bien tranchées sur l'allaitement maternel : pour certaines, l'allaitement est une évidence et pour d'autres c'est une pratique inconcevable. Ces différents points de vue amènent à des débats autour de l'allaitement maternel. Notre qualité de vie nous permet, quelque soit notre choix (allaitement au sein ou artificiel), d'offrir à nos enfants tous les nutriments nécessaires pour son développement. Dans les pays en voie de développement comme le Bénin, la question est aussi d'actualité mais la qualité de vie de la majorité des béninois fait vite pencher la balance. Ce lait maternel présente de nombreux avantages. Ils sont liés tout d'abord à l'allaitement au sein et d'autre part aux propriétés très particulières du lait maternel.

-Le bénéfice commun mère-enfant : un lien affectif

L'allaitement est un moment d'échange privilégié entre la mère et son enfant qui renforce les liens affectifs. De nombreux psychologues insistent sur l'importance de l'allaitement sur le comportement psychoaffectif du nourrisson mais la démonstration scientifique est difficile (10).

-Les bénéfiques pour l'enfant

Il apporte la meilleure alimentation possible à l'enfant. Le lait maternel lui est adapté à la fois de façon qualitative (composition idéale) et quantitative (composition variable dans le temps et en fonction de l'évolution des besoins de l'enfant).

Le lait maternel est une alimentation idéale (11). Il est parfaitement adapté aux besoins du nourrisson. Il comprend (**figure 5**) :

-87% d'eau assurant l'hydratation du nourrisson. L'eau est liée à d'autres molécules, évitant la fuite urinaire. Si l'enfant tète à la demande, aucun apport d'eau supplémentaire n'est nécessaire même si il fait chaud.

-Les 13% restant sont constitués :

-de glucides (67 à 75g/l) sous forme de lactose (important pour le cerveau et le transit intestinal), d'autres oligosaccharides non digestibles favorisant une flore intestinale spécifique de bifidobactéries...

-de lipides (30 à 50g/l) très variés, dont des acides gras à longues chaînes essentiels, le DHA, l'acide arachidonique... qui contribuent au bon développement des structures cérébrales du nourrisson. Les acides gras à courtes chaînes (acides palmitiques et oléiques) très digestes sont en teneur élevée. Ils ont un coefficient d'assimilation de 85% contre 60% pour le lait de vache.

-d'une faible proportion (8 à 10 g/L) de protéines dont la concentration varie en fonction de la maturité du lait.

-2/3 de protéines solubles faciles à assimiler pour s'adapter aux capacités hépatique et rénale du nourrisson comme la bêta-lactalbumine (rôle dans la synthèse de myéline), la lactoferrine, des transporteurs de vitamines et d'hormones, des enzymes, des immunoglobulines et beaucoup d'autres protéines apportant une protection immunitaire ou stimulant l'immunité de l'enfant.

-1/3 de caséine entraînant une digestion rapide (floculat fin) tout en procurant une sensation de satiété à l'enfant.

-de l'azote non-protéique constituant plus de 200 composants (dont la taurine, les nucléotides, des glycoprotéines...), certains étant essentiels pour les tissus à croissance rapide du nourrisson.

-des sels minéraux sont en faible quantité (adaptés aux besoins et aux capacités rénales du nourrisson) et mieux absorbés (que ceux du lait de vache) par le tractus intestinal du nourrisson.

-des vitamines dont le taux est lié au statut vitaminique de la mère. Le lait maternel permet en temps normal de couvrir les besoins du nourrisson en vitamines hydrosolubles (Vitamine B et C) mais pour certaines vitamines liposolubles (vitamines D et K), les besoins ne sont pas couverts. En France, préconise une supplémentation pendant l'allaitement en prophylaxie de la maladie hémorragique du nouveau-né

mais dans les pays en voie de développement cette supplémentation n'est pas systématique.

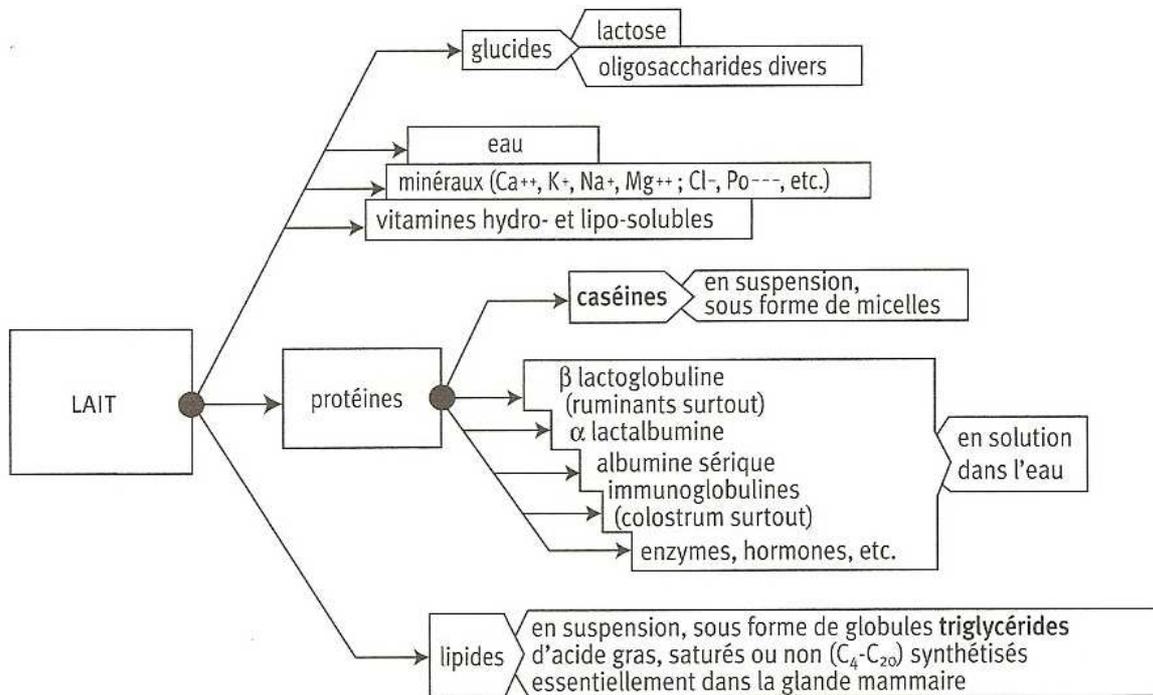


Figure 5 : Les composants du lait de femme (12)

La composition varie au cours du temps (figure 6) pour répondre aux besoins évolutifs du nourrisson. Le colostrum, produit par les seins au cours des premiers jours qui suivent l'accouchement, correspond exactement à l'alimentation dont le nouveau-né a besoin les premiers jours de sa vie aussi bien en quantité qu'en qualité. Ce liquide, produit en faible quantité (environ 50 ml par jour), de couleur jaune et de consistance épaisse, est souvent éliminé à tort car :

- Il contient des éléments de défense qui sont des anticorps (quantité importante d'immunoglobulines A sécrétoires) et des globules blancs en quantité supérieure au lait mature. Il apporte au bébé sa première immunisation.
- il est riche en facteurs de croissance qui stimulent le développement de l'intestin immature du nouveau-né.
- il est laxatif. Il aide à l'évacuation du méconium.
- il est très nourrissant. Il contient deux à cinq fois plus de protéines que le lait définitif. Cette teneur en protéines favorise la rétention d'eau, protégeant l'enfant de la déshydratation.

Le lait des premières semaines est appelé lait de transition. Il est plus fluide, enrichi en graisses et en sucres par rapport au colostrum. Les sucres favorisent la croissance du cerveau et le taux de graisses augmente pour apporter une plus grande source d'énergie.

Le lait mature est sécrété après la troisième semaine. C'est un liquide clair, bleuté, à la saveur sucrée. Il est de moins en moins riche en protéines (jusqu'à 8 à 10g/L) et au contraire plus riche en lipides et en glucides. Il couvre l'ensemble des besoins du nourrisson jusqu'à l'âge de six mois.

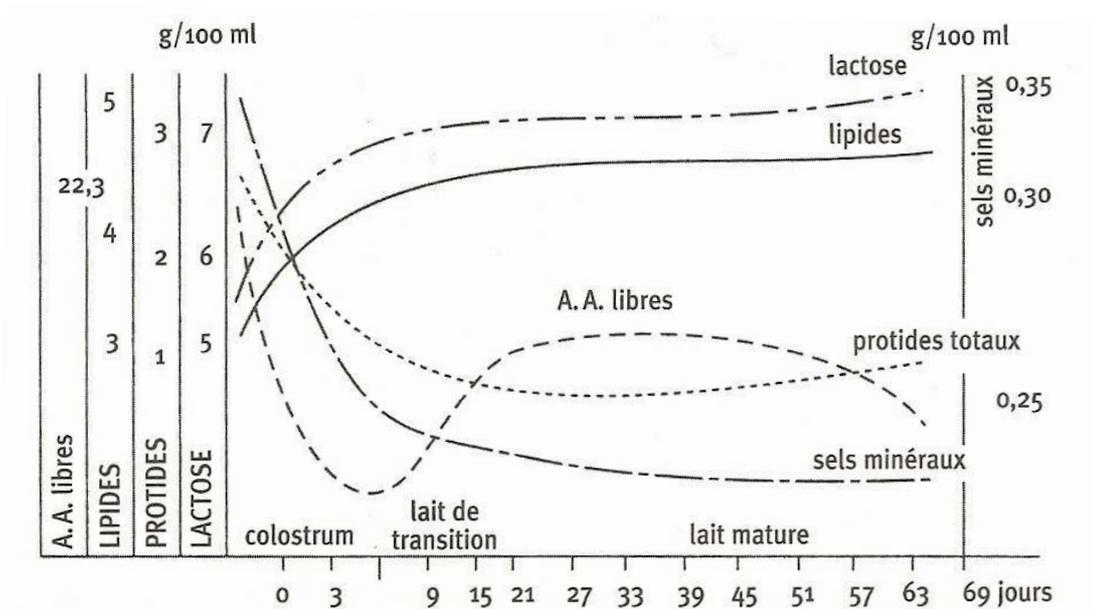


Figure 6 : Variations des constituants au cours de la maturation du lait de femme (exprimé pour 100 ml) (12)

De plus, le lait évolue constamment selon les besoins de l'enfant.

Sa composition varie au cours de la journée (teneur en lipides plus élevée le matin que le soir) et au cours des tétées. La concentration en lipides est multipliée par quatre entre le début et la fin de la tétée. Au début l'enfant reçoit surtout de l'eau pour calmer sa soif et des glucides (énergie immédiate) puis le lait s'enrichit en lipides (énergie retard) qui contribuent à la sensation de satiété du nourrisson ainsi qu'en protéines (13).

Mais l'avantage principal du lait maternel pour l'enfant reste indiscutablement la protection contre les infections.

Il protège le bébé contre les infections.

La fréquence des infections bactériennes et virales et ainsi la morbidité et la mortalité par infection sont plus faibles chez les enfants nourris au sein que chez ceux recevant un substitut du lait maternel. Cette protection est marquée par une moindre fréquence des infections ORL, broncho-pulmonaires, méningites à *Haemophilus influenzae*, diarrhées à *Rotavirus* et de façon plus générale des infections néo-natales (14).

A court terme, le bébé est protégé des infections. Le colostrum est le premier « vaccin » reçu par le nourrisson. La présence d'éléments cellulaires, d'immunoglobulines et d'autres éléments immunomodulateurs joue un rôle primordial dans la résistance aux infections.

Le lait maternel, liquide physiologique stérile, contient des facteurs anti-infectieux qui protègent le bébé jusqu'à l'âge de deux ou trois ans **(15)** :

- des cellules vivantes : lymphocytes et macrophages traversent les cellules glandulaires du sein pour se retrouver dans le lait. Les lymphocytes (10-20%) ont la capacité de fabriquer des immunoglobulines A (IgA). Les macrophages (80-90%) phagocytent levures et bactéries et les tuent. Ils synthétisent par ailleurs des facteurs biologiques de défense comme des fractions du complément (C3, C4, C5), le lysozyme, la lactotransferrine.

- des anticorps composés d'immunoglobulines (et plus précisément les IgA sécrétoires), protègent le bébé contre les infections jusqu'à ce que son organisme soit capable de fabriquer ses propres anticorps. Leur concentration très élevée dans le colostrum (20mg/ml) diminue rapidement à 1 mg/ml au quatrième ou cinquième jour d'allaitement pour se situer ensuite autour de 0.3mg/ml. Ils ne sont pas ou peu absorbés par le nouveau-né à terme, leur mécanisme d'action repose sur une protection locale en tapissant la muqueuse digestive de l'enfant, la rendant « imperméable » aux germes pathogènes et modulant dans son intestin une flore microbienne équilibrée et bien contrôlée.

- le facteur bifidus est nécessaire à la croissance d'une bactérie, le *lactobacillus bifidus* résidant dans l'intestin du bébé. Cette bactérie empêche la multiplication des germes pathogènes dans l'intestin et, par conséquent, protège le bébé contre la diarrhée.

- de nombreux facteurs antibactériens non spécifiques peuvent arrêter ou détruire les bactéries et les virus, et moduler un équilibre bactérien harmonieux :

 - le lysozyme détruit les bactéries et facilite l'action des immunoglobulines et de la lactotransferrine,

 - la lactotransferrine, en fixant le fer, inhibe la multiplication des bactéries (action bactériostatique) ayant besoin de fer pour leur croissance,

 - l'interféron,

 - les interleukines,

 - certaines fractions du complément détruisent les bactéries par cytolyse, déclenchent et renforcent l'inflammation ainsi que l'apport massif de polynucléaires phagocytant.

Il protège ainsi le nouveau-né contre les pathologies infectieuses, spécialement les infections gastro-intestinales à type de diarrhée, qui contribuent grandement à la morbidité et à la mortalité infantiles dans les pays en voie de développement **(16)**. Mais, de façon constante, toutes les études réalisées, y compris dans les pays à niveau socioéconomique élevé, montrent à la fois une diminution de l'incidence des diarrhées aiguës et, quand elles

surviennent, une diminution de leur gravité, qu'elles soient bactériennes ou virales, particulièrement à *Rotavirus* **(17)**.

D'autres études montrent qu'un allaitement maternel exclusif prolongé pendant au moins quatre mois réduit d'un tiers le nombre d'hospitalisations pour affections respiratoires par rapport aux bébés nourris avec une préparation artificielle. Une étude prospective révèle que jusqu'à l'âge de douze mois, le nombre de consultations et d'hospitalisations pour des infections des voies aériennes supérieures, bronchites asthmatiformes et bronchiolites ou lors d'épidémies d'infections pulmonaires à Virus Respiratoire Syncytial (VRS), est moindre chez l'enfant allaité trois mois ou plus. Cet effet est moins net si l'allaitement n'est pas exclusif (prises complémentaires d'eau, d'autres boissons ou d'un lait artificiel), ce qui indique que l'allaitement partiel modifie rapidement la capacité de prévention du lait de femme **(18)**.

Quand un bébé est infecté, qu'il s'agisse d'une diarrhée, d'une infection pulmonaire ou ORL, il est nécessaire de poursuivre l'allaitement qui le fera guérir plus rapidement. Si en revanche, la mère stoppe l'allaitement, le bébé mettra plus de temps à guérir car il sera privé à la fois des facteurs anti-infectieux de sa mère et d'une nutrition correcte au risque de devenir dénutri.

S'ajoute à cela une protection contre certaines maladies chroniques comme les allergies, le diabète, l'obésité ou encore les maladies cardio-vasculaires. Ces avantages se mettent en évidence sur le long terme et prennent en compte de nombreux autres facteurs. Cela complique les études qui restent souvent contradictoires.

Allergies (19) et (20).

Les hypothèses sur le mécanisme de protection des allergies par le lait maternel sont variées :

- le lait humain pourrait induire et améliorer la maturation naturelle de la barrière de la muqueuse intestinale, ainsi que le système immunitaire sécrétoire.
- le lait humain pourrait réduire passivement l'exposition aux antigènes alimentaires en inhibant leur absorption, la protection locale des muqueuses immatures étant assurée par les IgA sécrétoires et les autres immunoglobulines.
- des facteurs anti-immunoglobulines E ont été retrouvés dans le colostrum.

Mais le rôle de l'allaitement dans la prévention des allergies reste controversé. Des études montrent qu'un allaitement pendant au moins quatre mois peut prévenir des dermatites atopiques futures et des sifflements respiratoires dans la petite enfance chez des familles à haut risque **(21) (22)**. Alors que d'autres études soulignent qu'à long terme l'impact de l'allaitement maternel dans la prévention des allergies n'est pas établi aujourd'hui **(23)** ou encore conclut à l'absence d'effet préventif de l'allaitement maternel. Certaines vont même jusqu'à décrire un effet délétère sur la prévention de l'allergie. De plus, quand d'autres

études montrent un effet préventif, il ne concerne que l'asthme non atopique, ou certains phénotypes de maladies allergiques **(20)**.

Diabète de type 1.

Pour la population générale, l'augmentation du risque de diabète associée à l'absence d'allaitement ou à la brièveté de l'allaitement maternel paraît faible, et ne justifie pas de recommandation systématique. L'effet protecteur de l'allaitement maternel dans la prévention du diabète de type 1 reste l'objet de débat dans la mesure où cette hypothèse découle d'arguments épidémiologiques et de l'étude de modèles animaux plus ou moins éloignés du diabète de type 1 humain. On reste dans l'incertitude quant aux mécanismes éventuellement impliqués dans cet effet protecteur. De plus, s'il existe, il a d'autant plus de chances de s'exercer sur des enfants ayant un très fort risque génétique de diabète, par leur appartenance à un groupe HLA à haut risque.

Obésité.

De nombreuses études ont démontré l'effet protecteur de l'allaitement contre l'obésité pendant l'enfance. Cet effet bénéfique est d'autant plus évident que l'allaitement est prolongé. Cependant il reste transitoire et faible par rapport aux facteurs génétiques et comportementaux. Plusieurs hypothèses ont été proposées pour expliquer cet effet.

D'après M-F. Rolland-Cachéra, chargée de recherche à l'Inserm, l'augmentation de l'obésité chez l'enfant ces dernières années, serait due à un déséquilibre entre protéines et lipides dans l'alimentation infantile. Paradoxe apparent : les protéines feraient grossir et les lipides maigrir. L'explication est qu'à la différence des lipides, les protéines augmentent les facteurs de croissance qui participent à la multiplication cellulaire. Ces facteurs de croissance stimulent la multiplication de toutes les cellules, y compris les précurseurs des adipocytes (cellules graisseuses). En revanche, les lipides mettent au repos cette multiplication cellulaire pendant les premières années de la vie. Or le lait maternel est très gras : il renferme environ 55% de lipides contre seulement 7% de protéines. Par ailleurs, des études affirment que les enfants nourris au sein régulent probablement mieux les quantités de lait qu'ils ingèrent que ceux nourris au biberon **(16)**. D'autres apportent l'idée que les nourrissons alimentés avec des préparations pour nourrissons ont des insulïnémies significativement plus élevées par rapport à ceux nourris au sein, ce qui pourrait stimuler le développement des adipocytes et l'adipogenèse **(24)**.

L'existence d'un effet préventif de l'allaitement maternel vis-à-vis d'une obésité ultérieure est aujourd'hui probable, au moins jusque dans l'enfance et l'adolescence mais la poursuite de cet effet bénéfique à l'âge adulte reste incertaine.

Maladies cardio-vasculaires.

Plusieurs études affirment que l'allaitement réduirait le risque d'hypertension artérielle future et d'autres ont relevé une légère réduction du niveau de cholestérol chez les adultes ayant été allaités dans l'enfance. Le ratio LDL/HDL est plus faible chez les adolescents ayant été allaités pendant l'enfance et cet effet est dose-dépendant. Mais sur ces bénéfices, des limites restent à poser. D'autres études affirment qu'aucune preuve cohérente ne montre qu'allaiter réduit le risque et la mortalité des maladies cardiovasculaires **(25) et (26) (27) (28)**.

-Les bénéfices pour la mère.

Involution de l'utérus et diminution du risque d'infections post-partum.

Par la libération de l'ocytocine, l'allaitement accélère les contractions utérines lui permettant de reprendre plus rapidement son volume initial après l'accouchement et de diminuer les saignements.

Espacement des naissances.

Il favorise la prévention d'une autre grossesse, avantage non négligeable dans un pays en développement comme le Bénin, où l'accès aux méthodes de contraception modernes est difficile. En Afrique subsaharienne, il constitue ainsi le premier facteur d'espacement des naissances. Cet avantage est présenté aux mères lors des séances de planning familial sous le nom de méthode MAMA (Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée).

Protection contre le cancer du sein.

Des études ont montré que l'allaitement maternel réduit le risque de cancer invasif du sein particulièrement s'il est prolongé. Différents mécanismes physiopathologiques sont impliqués : diminution des cycles ovulatoires, différenciation cellulaire de l'épithélium mammaire pendant la lactation, excrétion d'agent carcinogène par le lait **(29)**.

Protection contre le cancer des ovaires.

De récentes études annoncent comme une évidence que l'allaitement est un élément protecteur contre le cancer des ovaires. L'influence hormonale semble désormais retenue avec un rôle bénéfique de la grossesse, de l'allaitement et surtout de la contraception orale **(30)**.

Facilité d'utilisation.

Son utilisation ne demande aucun matériel ni aucune préparation et son utilisation ne coûte rien.

En somme, la mère tout autant que l'enfant retire des bienfaits de l'allaitement. Bien évidemment l'allaitement maternel n'est pas parfait. Il ne faut pas en oublier les inconvénients qui entraînent parfois des contre-indications (transmission de maladie, passage de médicaments...)

1.1.2.2. Les inconvénients du lait artificiel

Au cours des dernières décennies, des progrès considérables ont été réalisés pour optimiser la qualité des laits infantiles. Les innovations apportées avaient comme double objectif, de se rapprocher le plus possible de la composition du lait de mère, et de lutter contre les petits maux fréquents du nourrisson (régurgitations, coliques, selles molles, constipations). Ces laits peuvent très bien être utilisés sans risque dans les pays développés où les conditions d'hygiène et épidémiologiques sont favorables et satisfaire l'ensemble des besoins nutritionnels de l'enfant. Mais ces différents laits artificiels ne sont pas adaptés aux besoins et aux conditions de vie des pays en voie de développement où la pratique d'un allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de vie pourrait sauver des vies.

-Les effets néfastes de l'introduction de suppléments alimentaires sur l'allaitement

Si l'allaitement au sein est pratiqué, introduire des suppléments alimentaires entraîne une diminution de la fréquence de l'allaitement, et en conséquence de la stimulation du mamelon ainsi que de la quantité de lait maternel retiré. Ceci participe dans les premiers jours au phénomène d'engorgement et plus tard à une diminution de la production lactée. Il représente un facteur d'interruption précoce de l'allaitement.

-Le lait artificiel est du lait de vache modifié. Ce lait comporte plusieurs inconvénients

Nous laissons de côté les laits spéciaux hypoallergéniques, à base de soja...

Risque de contamination.

Les préparations lactées industrielles peuvent être contaminées par des bactéries. Le plus récent retrait de la vente de lot de lait infantile en France a eu lieu le 7 Mars 2005 par précaution, suite à une épidémie de gastro-entérites à *Salmonelle* survenues chez des nourrissons qui avaient en commun un lait infantile (31). Pour réduire ce risque, le lait de vache est pasteurisé, stérilisé ou mis en poudre par déshydratation afin de détruire tous les germes pathogènes et d'augmenter sa durée de conservation.

Vecteurs de germes pathogènes.

Il peut être vecteur de germes pathogènes s'il est contenu dans un récipient qui n'est pas propre (le biberon, difficile à nettoyer, favorise cette situation) s'il n'est pas à l'abri de la chaleur ou encore si l'eau utilisée pour la reconstitution n'est pas potable. Ce problème se pose systématiquement dans les pays où les conditions d'hygiène sont précaires et l'eau potable difficilement accessible. Le risque principal est de développer une diarrhée infectieuse.

Difficultés de reconstitution.

La reconstitution demande un suivi soigneux des indications du fabricant portées sur l'emballage. Dans les pays où le taux d'analphabétisation des femmes est élevé (72% des femmes sont analphabètes au Bénin et 64% n'ont aucun niveau d'instruction), le suivi des indications du fabricant devient difficile. Si la dilution n'est pas adaptée, l'enfant risque de développer une diarrhée, représentant le point de départ d'une dénutrition. De plus cette reconstitution demande un accès continu à l'eau potable dont peu de foyers jouissent.

Inadaptation aux besoins de l'enfant.

La composition du lait maternel est significativement différente de celle du lait de vache (**tableau 2**) qui sert de base à la fabrication de la majorité des laits pour nourrisson.

Par 100mL	Energie Kcal	Protéines (g)	Glucides (g)	Lipides (g)	Sodium (mg)	Calcium (mg)	Phosphore (mg)	Ca/P
Lait maternel	72	1.1 dont 40% de caséine	6.8 dont 5.0 de lactose et 1.8 d'oligosaccharides	4.5 dont 3.5 d'acide linoléique	17	34	14	2.4
Lait de vache	66	3.2 dont 80% de caséine	4.7 constitués seulement de lactose	3.8 dont 1.0 d'acide linoléique	77	130	91	
Préparations pour nourrissons	67-72	1.2-1.9	6.8-8.4	3.1-3.8	15-30	41-82	21-56	1.2-2

Tableau 2 : Composition du lait maternel comparée à celle du lait de vache et des préparations pour nourrissons (96)

On peut faire subir des traitements pour modifier la composition du lait de vache, par exemple retirer en partie ou en totalité certains constituants comme les matières grasses, les protéines ou les sucres, ajouter de nouveaux constituants comme des vitamines ou du fer. On aboutit alors à un lait différent : un « lait artificiel ».

Le lait infantile (préparation diététique moderne) diminue les inconvénients classiques du lait de vache. Actuellement de nombreuses formules existent. Elles sont adaptées à l'âge de l'enfant et certaines à des troubles ou carences.

Comparé au lait de vache, il contient plus de sucres, par conséquent plus d'énergie, moins de protéines et de sels minéraux (notamment du calcium). Malgré l'enrichissement en acides gras essentiels, la qualité des protéines et des matières grasses n'atteint jamais celle du lait maternel. De plus, il n'existe pas de lait infantile qui possède des substances anti-infectieuses comme le lait maternel et dont la composition change au cours des tétées avec les rôles que ces modifications jouent dans les mécanismes régulateurs de l'appétit et dans la protection vis-à-vis de l'obésité.

Prix élevé.

Le lait infantile est cher. Vendu en pharmacie à environ 3000 Francs-CFA, une boîte de 400 gr représente près 1/10^{ème} du SMIC d'un Béninois qui s'élève autour de 30000 Francs-CFA. Par soucis d'économie, certaines femmes peuvent augmenter les dilutions des biberons entraînant chez leur enfant un risque de diarrhée et de dénutrition.

De plus, si du jour au lendemain la famille ne peut plus acheter de lait artificiel, il sera peut être impossible de revenir à l'allaitement maternel car la production de lait aura diminué. L'administration à un nourrisson d'aliments non appropriés peut lui être fatale.

-Les inconvénients de l'utilisation des biberons et tétines

Aux inconvénients du lait artificiel s'ajoutent les inconvénients liés à l'utilisation des tétines et biberons :

Risque de contamination.

Cette utilisation n'est pas recommandée chez les jeunes enfants. Les biberons mal nettoyés et les tétines mal stérilisées sont à l'origine de troubles gastriques et de diarrhées chez les bébés.

Technique de succion différente.

Donner du lait au biberon, avec une tétine, impose au bébé une technique de succion différente de celle de la tétée au sein. La tétine, moins malléable et moins souple que le sein, fait perdre ses repères au bébé. L'utilisation du biberon en plus du sein peut ainsi compromettre l'allaitement maternel **(32)**.

Mauvaise conservation.

De plus, l'action anti-infectieuse du lait maternel est maximale si le lait est pris par l'enfant directement au sein. Les procédés de conservation altèrent plus ou moins les facteurs qui conditionnent cette action anti-infectieuse.

Risque de grossesses rapprochées.

Enfin, nourrir l'enfant au biberon a pour conséquence de réduire chez les mères la période d'aménorrhée et ainsi d'augmenter la période d'exposition au risque de grossesse.

En vu de ces nombreux arguments en faveur de l'allaitement maternel, il faudrait pouvoir expliquer très tôt et efficacement à l'ensemble de la population l'intérêt de l'allaitement maternel pour l'enfant, la mère et la société à travers des campagnes de prévention et la mise en place de plans d'action, sans culpabiliser les mères qui ne veulent ou qui ne peuvent pas allaiter. En considérant tous ces avantages, l'OMS recommande désormais pour l'ensemble de la population (et plus particulièrement aux pays en voie de développement) l'allaitement exclusif au sein pendant les six premiers mois de la vie et de poursuivre ensuite l'allaitement jusqu'à l'âge de deux ans au moins, en l'associant à une alimentation de complément adéquate.

1.2. Les recommandations officielles internationales

Voici une présentation chronologique des différentes recommandations officielles internationales rédigées en faveur de la promotion de l'allaitement maternel.

1.2.1. Les premières mesures au début du XXème siècle.

Avant que n'ait lieu l'engouement pour la promotion de l'allaitement maternel, c'est au travers des réformes politiques sur le droit de la mère et de l'enfant que la promotion de l'allaitement maternel a vu le jour.

1.2.1.1. La protection de la maternité.

Une première convention sur les recommandations de la maternité a été adoptée au lendemain de la première guerre mondiale en 1919. Cette convention fut révisée successivement en 1952 puis en 2000.

La durée totale et minimum de congés maternité est passée de 12 à 16 semaines. Ce congé n'est plus obligatoire pour la mère et peut être réparti librement. Quant aux pauses d'allaitement, autrefois deux repos d'une demi-heure non-rémunérés étaient possibles. Aujourd'hui, une ou plusieurs pauses d'allaitement rémunérées sont possibles. Ces pauses peuvent être prises en une seule fois en début ou en fin de journée avec accord de

l'employeur. Dans certains lieux de travail, des salles réservées à l'allaitement de l'enfant sont mises en place **(33)**.

1.2.1.2. Les Droits de l'Enfant

En parallèle à ces réformes sur la protection de la maternité, une convention internationale sur les Droits de l'Enfant est adoptée le 20 Novembre 1989 par les membres de l'Organisation des Nations Unies. Cette convention établit entre autre que « tous les groupes de la société, en particulier les parents et les enfants, reçoivent une information sur la santé et la nutrition de l'enfant, les avantages de l'allaitement au sein.... » **(34)**.

1.2.1.3. Première déclaration sur la promotion de l'allaitement maternel : la déclaration conjointe de l'OMS et l'UNICEF en 1989.

Constatant que le contact entre les mères et les agents de santé au cours de la grossesse et durant les premiers jours du post-partum entraînait une baisse du nombre des bébés allaités au sein, le Fond des Nations Unies Pour l'Enfance (UNICEF) et l'OMS se sont adressés au personnel des maternités dans une "Déclaration conjointe" (OMS, 1989) **(35)**. Ce texte, élaboré à Genève donne des repères pour encourager l'allaitement maternel exclusif à la naissance. Cette déclaration se base sur « Dix Conditions pour le succès de l'allaitement » tirées de « protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel – le rôle des services liés à la maternité ». Ces conditions resteront la base de l'élaboration des procédures de labellisation de l' « Initiative Hôpitaux Amis Des Bébé » (IHAB).

Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel

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

- 1- Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.
- 2- Donner à tous les personnels soignants les 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 à 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. »

Cette déclaration signe le point de départ d'une grande campagne de promotion de l'allaitement maternel du XXème siècle et ces conditions resteront la base de toutes les actions.

1.2.2. L'accélération de la promotion à la fin du XXème siècle

1.2.2.1. « La déclaration Innocenti »

La déclaration Innocenti du 1^{er} août 1990 sur la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel, a été élaborée et adoptée par les participants à la réunion scientifique mondiale (30 pays représentés) organisée par l'OMS et l'UNICEF sur « L'allaitement maternel dans les années 90, une initiative mondiale ». Elle demande aux Etats de désigner un coordinateur national, de créer un comité national pour la promotion de l'allaitement maternel, de faire en sorte que les maternités respectent les dix conditions de 1989, et de promulguer les lois protégeant le droit d'allaiter pour les femmes qui travaillent.

Le 22 Novembre 2005 à Florence, à l'occasion du 15^{ème} anniversaire de cette déclaration, une révision a été effectuée. Il en ressort qu'après 15 ans, l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants a fait des progrès remarquables dans le monde entier. Cependant, des pratiques alimentaires inappropriées – allaitement insuffisant ou inexistant et alimentation complémentaire inadéquate – restent dans le monde ce qui menace le plus la santé et la survie de l'enfant. Une amélioration de la pratique de l'allaitement maternel pourrait à elle seule sauver chaque jour les vies de plus de 3500 enfants, soit plus que toute autre action préventive. L'objectif est que toute personne amenée à s'occuper d'un enfant connaisse le mode d'alimentation optimal, un allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de six mois, suivi par l'introduction d'une alimentation complémentaire appropriée en parallèle avec la continuation de l'allaitement au sein jusqu'à l'âge de deux ans ou au delà. Cet objectif suppose un soutien pratique qualifié pour que les nourrissons et les jeunes enfants

bénéficient du niveau de santé et de développement le plus élevé possible, comme c'est le droit universellement reconnu de tout enfant (36).

1.2.2.2. L'Alliance Mondiale pour l'action en faveur de l'Allaitement Maternel

En février 1991, un consortium d'Organisations Non Gouvernementales (ONG) internationales crée l'« Alliance Mondiale pour l'Action en faveur de l'Allaitement Maternel ». Celle-ci soutient la mise en œuvre de la déclaration Innocenti et organise tous les ans la Semaine Mondiale pour l'Allaitement Maternel.

1.2.2.3. L'« Initiative Hôpitaux Amis des Bébés »

Lors d'une réunion de l'Association Internationale de Pédiatrie à Ankara en 1991, l'UNICEF et l'OMS lancent l'« Initiative Hôpital Ami des Bébés » (IHAB). Le but de cette action est de favoriser l'allaitement maternel dans les maternités. Des règles de conduite pour le personnel hospitalier, résumées par « les Dix conditions pour le succès de l'allaitement », sont établies afin d'assurer un environnement favorable aux mères allaitant leur bébé. Les maternités qui suivent ces recommandations reçoivent le label "Ami des Bébés", symbolisé par une plaque (Figure 7) apposée à l'entrée de l'établissement. Ce label est obtenu pour quatre ans au terme desquels l'établissement labellisé se soumettra à une réévaluation pour garantir le maintien de la qualité annoncée et conserver le titre « Hôpital ami des bébés ». Aujourd'hui, plusieurs dizaines de milliers d'hôpitaux à travers le monde l'ont obtenu. En Mars 2002, 1354 maternités sont déclarées « amies des bébés » en Afrique de l'ouest et du centre.

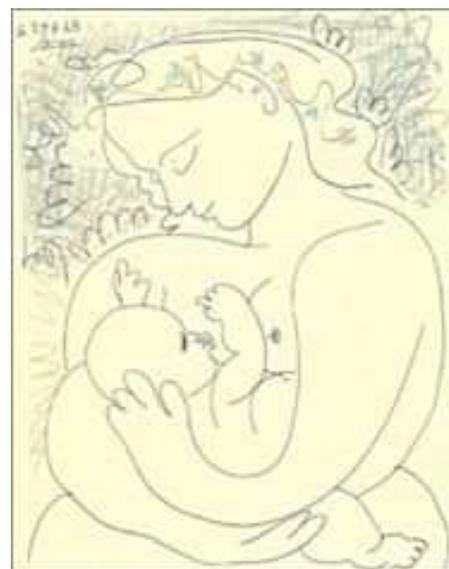


Figure 7 : Plaque apposée à l'entrée des établissements de santé Amis des Bébés – symbole du label (37)

1.2.2.4. Le Code International de commercialisation des substituts du lait maternel

Pendant un certain temps, les fabricants d'aliments pour bébés ont mené des activités promotionnelles (distribution d'échantillons gratuits, affiches publicitaires) poussant les mères à nourrir leur enfant avec ce type d'aliments avant l'âge de six mois. Alors qu'au début les effets de ces activités promotionnelles ne s'étaient fait sentir que dans les grandes villes, ils ont atteint les villes plus petites et progressivement les villages.

Pour répondre aux mauvaises pratiques en matière d'alimentation des nourrissons, l'OMS (en collaboration avec l'UNICEF, le réseau international d'action pour les aliments infantiles, IBFAN et d'autres ONG) a promulgué le « Code International de commercialisation des substituts du lait maternel » lors de la 34^{ème} Assemblée Mondiale de la Santé. Il est considéré comme la condition minimale pour protéger et promouvoir l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants. Il s'adresse aux fabricants de produits « infantiles » (lait artificiel et aliment de complément) pour les inviter à cesser de promouvoir ces produits et d'en faire de la publicité en raison de leur effet néfaste sur la santé des bébés **(38)**.

1.2.3. A l'aube du XXIème siècle, confirmation et renforcement des actions

1.2.3.1 L'OMS adopte deux résolutions primordiales pour la promotion de l'allaitement maternel

En Mai 2001, la résolution WHA54.2 de l'OMS **(39)** recommande un allaitement exclusif de six mois, au lieu des "quatre à six mois" cités dans les anciennes recommandations.

Un an plus tard, la résolution WHA55.25 **(100)** adopte la Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant faisant une large place à l'allaitement maternel. Cette stratégie s'appuie sur les actions préalablement mises en place : l'« Initiative Hôpital Ami des Bébé », le Code International de commercialisation des substituts du lait maternel, la Déclaration Innocenti ainsi que sur les nouvelles recommandations sur la durée d'allaitement exclusif (six mois) et total (deux ans).

1.2.3.2. Le projet du millénaire pour le développement énonce huit objectifs

Les Objectifs du Millénaire pour le Développement ont été énoncés en septembre 2000, à l'issue du Sommet du Millénaire de New-York. Cette année-là, 189 États membres se sont réunis afin de réfléchir à leurs plans d'action pour éliminer la pauvreté.

Les huit objectifs du millénaire pour le développement sont :

- 1) Réduire l'extrême pauvreté et la faim.
- 2) Assurer l'éducation primaire pour tous.

Dans le cas de l'Afrique subsaharienne, le nombre de nouveaux instituteurs dont elle aura besoin d'ici 2015 équivaut à la totalité du corps professoral actuel de la région et au moins un quart des enfants en âge d'aller à l'école primaire n'était pas scolarisé en 2008. La difficulté est à la fois de scolariser ces enfants et de faire en sorte que cette scolarisation soit poursuivie jusqu'à la dernière année. Malgré cela, entre 1999 et 2008, le taux de scolarisation a progressé dans beaucoup de régions :

- + 18% en Afrique subsaharienne
- + 11% en Asie du Sud
- + 8% en Afrique du Nord

La pauvreté constitue le plus gros obstacle à l'éducation, mais il existe aussi des barrières sociales et culturelles. Dans beaucoup de pays, l'éducation des filles et des enfants handicapés est perçue comme ayant moins de valeur, ce qui renforce un phénomène de marginalisation. Ce deuxième objectif conditionne les bonnes pratiques en matière d'allaitement : avant les lieux de santé, c'est à l'école que les jeunes enfants entendront les bonnes habitudes alimentaires et les recommandations sur l'allaitement maternel.

- 3) Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes.
- 4) Réduire la mortalité infantile.
- 5) Améliorer la santé maternelle.
- 6) Combattre le VIH/Sida, le paludisme et la tuberculose.
- 7) Préserver l'environnement.
- 8) Mettre en place un partenariat mondial pour le développement.

Actuellement, l'engagement grandissant en faveur des Objectifs du Millénaire pour le Développement offre une nouvelle impulsion pour améliorer les pratiques de l'allaitement maternel. En plus de réduire la mortalité infanto-juvénile, l'amélioration des pratiques de l'allaitement maternel contribue à réduire la pauvreté, la malnutrition et à favoriser la bonne santé maternelle (Objectifs du Millénaire pour le Développement 1 et 5 respectivement). Cela signifie que trois des huit Objectifs du Millénaire pour le Développement sont directement liés à la protection, à l'encouragement et au soutien à l'allaitement maternel **(40)**.

Comme nous l'avons expliqué précédemment, l'allaitement maternel est primordial pour la survie des enfants nés dans un pays en voie de développement. Ces activités de promotions sont donc indispensables. La première étape est l'élaboration d'un plan d'action dans ce pays et la coordination ces différentes actions.

2. Evaluation de la situation au Bénin

2.1 Au Bénin

2.1.1. Profil du pays

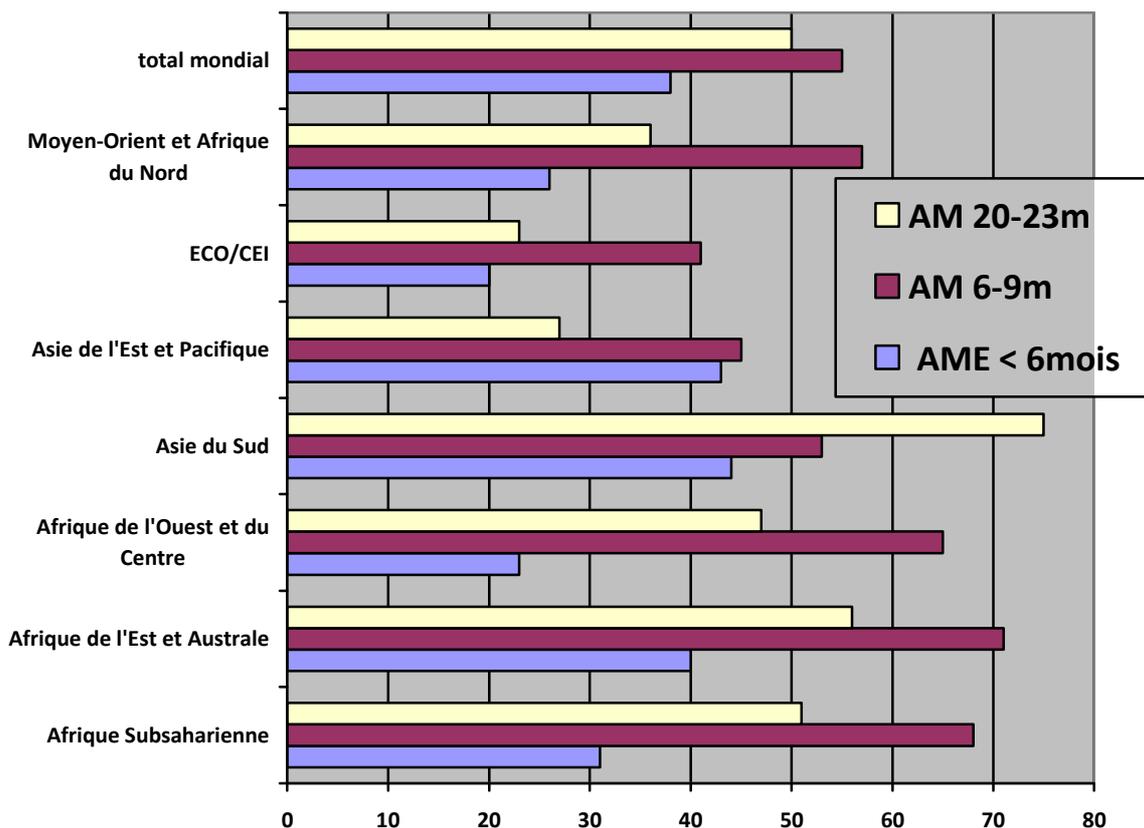
Afin d'aborder la problématique de l'allaitement au Bénin, il me semble indispensable de positionner ce pays au sein de la région d'Afrique de l'Ouest et de présenter quelques données démographiques importantes.

2.1.1.1. Le Bénin, pays de l'Afrique de l'Ouest

-L'Afrique de l'Ouest

L'Afrique de l'Ouest est une région de l'Afrique subsaharienne constituée par les 15 états membres de la Communauté économique des Etats d'Afrique de l'Ouest, ainsi que la Mauritanie, le Cameroun et le Tchad. Elle comporte près de 315 millions d'habitants dont plus de 60% ont moins de 25 ans. Cette population est en constante augmentation. La région est caractérisée par une grande diversité culturelle. Plus de 1200 langues sont parlées parfois au-delà des frontières (fon, haoussa, mandingue, peul...). Les langues officielles sont le français (au Bénin), l'anglais (en Sierra Leone), le portugais (au Cap Vert) et l'arabe.

Diverses enquêtes officielles (Enquêtes Démographiques et de Santé, Enquêtes à indicateurs multiples), des enquêtes auprès des ménages, des enquêtes de Unicef ont permis de faire le point sur les pratiques en matière d'allaitement maternel dans le monde entre 2000 et 2007 (**Figure 8**). Elles montrent la place de la région Afrique de l'Ouest et du Centre à l'échelle mondiale en terme d'allaitement maternel. On constate que le taux d'allaitement maternel exclusif (AME) est l'un des plus faibles dans cette région et contrairement aux pays européens, les conditions de vie difficiles aggravent les conséquences de cette mauvaise pratique. Le pourcentage d'enfants encore allaités entre 20 et 23 mois (47%) est en dessous du total mondial. A cette pratique, la région d'Asie du Sud excelle avec 75% des enfants entre 20 et 23 mois qui sont toujours allaités. En contrepartie, les taux d'allaitement maternel associés à des aliments (AM) sont parmi les meilleurs du monde avec l'Afrique de l'Est et Australe et l'Afrique Subsaharienne.



(ECO et CEI : Europe centrale et Orientale – communauté d'états indépendants)

Figure 8 : Pourcentages d'enfants nourris au sein entre 2000 et 2007 dans le monde (41)

-La place du Bénin dans l'Afrique de l'Ouest

Le Bénin est un des plus petit pays d'Afrique de l'Ouest situé sur le golfe de Guinée. Il est limité au Nord par le Burkina Faso et le Niger, au Sud par l'Océan Atlantique et à l'Ouest par le Togo. Il est organisé en 12 départements. La population compte environ neuf millions d'habitants et croît à un rythme très rapide voir accéléré. Elle est composée de 42 groupes ethniques et de populations nomades dans le nord qui continuent d'être le socle de pratiques culturelles variées.

En 2008, on constate que les pratiques en terme d'allaitement maternel exclusif sont très différentes au sein de l'Afrique de l'Ouest et du Centre. Le Bénin est le pays de l'Afrique de l'Ouest où l'allaitement maternel exclusif est le mieux respecté (**Figure 9**). Les pays les plus en retard restent le Tchad, la Côte d'Ivoire, le Gabon ou encore le Burkina Faso où l'allaitement maternel exclusif est quasi-inexistant. Les pratiques du Bénin n'ont pas toujours été si bonnes. Une forte amélioration s'est faite grâce aux actions de promotion. Mais actuellement la tendance s'inverse. L'UNICEF-Bénin s'inquiète de la diminution des actions de promotion de l'allaitement et d'une réémergence des mauvaises pratiques.

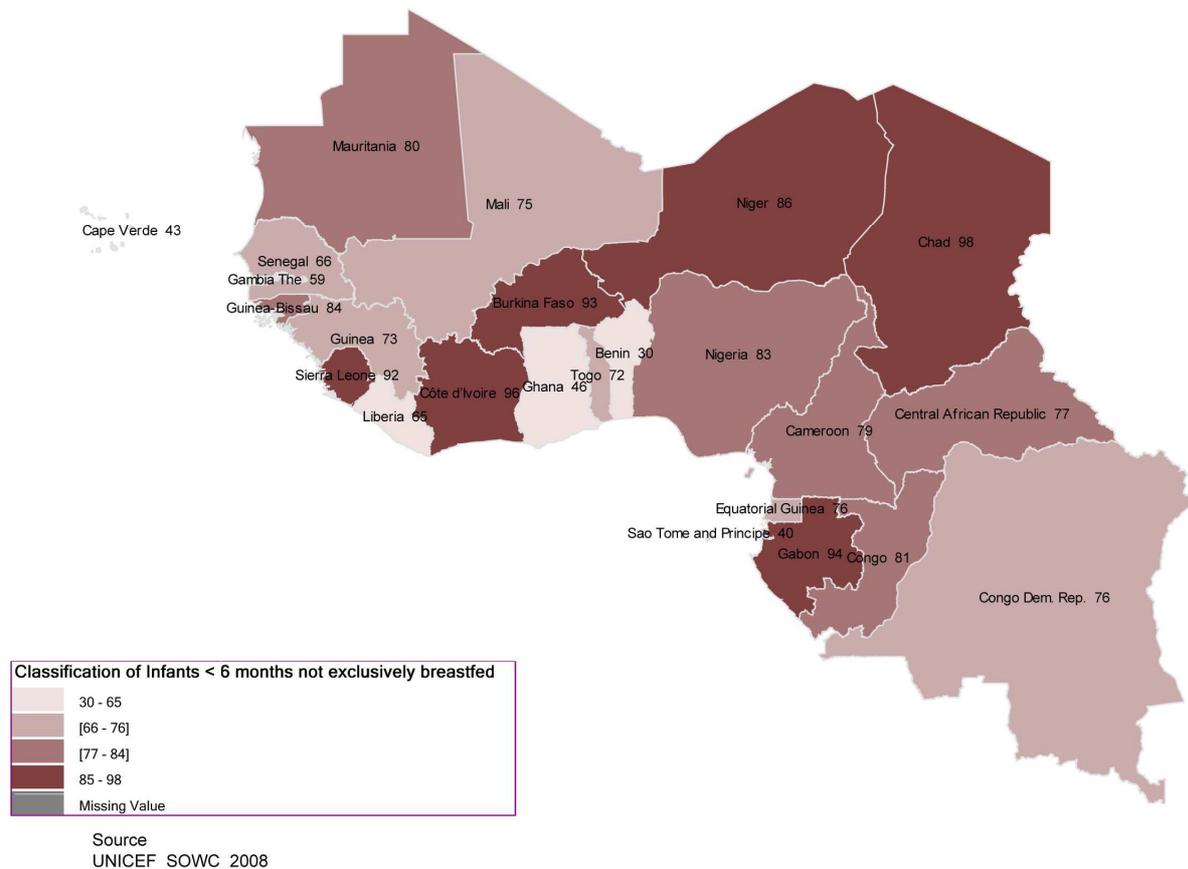


Figure 9 : Taux de non allaitement maternel exclusif en Afrique de l'Ouest et du Centre (42)

2.1.1.2. Indicateurs sociologiques, démographiques, de santé et nutrition

-Données sociologiques et démographiques

Plusieurs religions sont pratiquées au Bénin dont les religions chrétienne, musulmane et les religions traditionnelles (animisme, vaudou). Les rites et anciennes coutumes sont toujours présents, notamment en matière d'interdits alimentaires pour la femme enceinte et allaitante et de médecine traditionnelle. Le guérisseur occupe une place importante dans le parcours de soins.

L'espérance de vie est de 55.4 ans, le taux d'alphabétisation des adultes est bas (34.7%) et l'indice humain de développement de 0.43 le classe 163^{ème} sur 177. L'économie du Bénin est sous développée : près des ¾ de la population vivent avec moins de 2 dollars par jour (tableau 3).

Les ménages au Bénin sont de taille relativement élevée avec une moyenne de cinq membres par ménage et la polygamie est un phénomène très répandu. Lorsqu'on observe la situation des enfants, on constate que le phénomène de charge monoparentale est assez important. Les chefs de ménage sont en majorité analphabètes et cela a des répercussions notamment sur l'éducation, la nutrition et la santé de leur enfant. En effet, la mortalité infanto-juvénile diminue avec le niveau d'instruction de la mère.

-Le système de santé

Le système de santé s'organise autour d'un découpage administratif à trois niveaux :

- Le niveau central ou national dont l'institution administrative est le Centre National Hospitalier et Universitaire (CNHU) situé à Cotonou, sa structure décisionnelle étant le Ministère de la Santé Publique (MSP), un centre national de pneumo-phtisiologie*, un hôpital de la mère et de l'enfant et un centre national de psychiatrie.

- Le niveau intermédiaire ou départemental avec les Centres Hospitaliers Départementaux (CHD) coordonnant les activités sanitaires définies au plan national et est administré par la Direction Départementale de la Santé Publique (DDSP).

- Le niveau périphérique avec les dépôts pharmaceutiques publics, les centres confessionnels, les hôpitaux de zone, les centres de santé d'arrondissement, les maternités, les dispensaires, les unités villageoises de santé...

Il y a un CHD dans chaque département. Il regroupe trois zones sanitaires qui regroupent elles-mêmes trois communes régies par un médecin coordinateur. Une commune se compose d'environ huit arrondissements avec un centre de santé dans chacun d'entre eux. Les centres sont régis par un médecin chef. Ainsi, pour le département du Zou (lieu de mon stage), il y a trois zones sanitaires composées chacune de trois communes principales :

- Abomey, Djidja, Agbangnizoun
- Bohicon, Zakpta, Zogbodomé
- Cové, Ouinhi, Zagnanado

Dans la commune d'Abomey, on compte huit arrondissements : Sohoun, Zounzomé, Akpokpa, Vidolé, Adandokpodji, Hounli, Djekbé et Dédohou.

Les infrastructures privées ne sont pas catégorisées mais rassemblent des hôpitaux, des cliniques, des cabinets médicaux, d'accouchement, de soins infirmiers et de kinésithérapie.

La couverture du secteur de santé est relativement haute : 88% des mères reçoivent des soins prénataux et 78% des accouchements se déroulent dans des établissements de santé. La fréquence du VIH chez les adultes reste faible avec 1.8%. Cependant, le Bénin n'est pas prêt d'atteindre les Objectifs du Millénaires pour le Développement pour le taux de mortalité des moins de cinq ans (diminution de 2/3 entre 1990 et 2015) avec un taux en 2006 seulement de 20% plus bas que le taux de 1990. Le taux de mortalité infantile est seulement de 21% plus bas que le taux de 1990. Les taux se sont tout de même nettement améliorés entre 2001 et 2006. L'atteinte des cibles est encore espérée.

La malnutrition des enfants reste un problème significatif au Bénin. La proportion d'enfants en retard de croissance de façon modérée et sévère augmente considérablement (25% en 1996, 27% en 2001 et 35% en 2006) (**Tableau 3**).

Indicateurs	taux
Indicateurs démographiques	
Population totale (millions)	9.0
Population de moins de 5 ans (millions)	1.5
Population urbaine	41%
Taux de fécondité	5.5
Indicateurs de mortalité	
Taux de mortalité des moins de 5 ans	125‰
Taux de mortalité infantile (<1an)	67‰
Taux de mortalité néonatale (<28jours)	32‰
Indicateurs de nutrition	
faible poids de naissance	15%
Retard de croissance modéré et sévère	35%
Amaigrissement modéré et sévère	8%
Insuffisance pondérale modérée et sévère	23%
Indicateurs de nutrition infantile	
Allaitement maternel exclusif (< 6mois)	44%
Allaitement maternel avec aliments complémentaires (7 – 9 mois)	84%
Encore allaité (20-23mois)	57%
Indicateurs de santé	
Prévalence du VIH chez les adultes (15 – 49 ans)	1.2
Couverture des soins prénatals	84%
Accouchement institutionnels	78%
Population ayant accès a de l'eau potable	65%
Population utilisant des installations sanitaires adéquates	30%
Indicateurs de développement humain	
Indice de développement humain	0.437
Espérance de vie a la naissance (années)	55.4 ans
taux d'alphabétisation des adultes	34.7%
Taux de scolarisation (niveau primaire, secondaire et tertiaire)	50.7%

Tableau 3 : Profil du Bénin (43)

2.1.1.3. Tendances des taux d'allaitement maternel

Les rapports des trois dernières Enquêtes Démographiques et de Santé du Bénin (EDS-Bénin) fournissent des données sur les tendances de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. On constate dans un premier temps que l'allaitement est une pratique très répandue car près de 99% des enfants de moins de six mois sont allaités. Mais en 2006

seulement 54% des enfants ont été allaités dans l'heure qui a suivi leur naissance. Cette initiation précoce de l'allaitement a augmenté au fur et à mesure des enquêtes de 24 % en 1996 à 49 % en 2001 et 54 % en 2006. La majorité des enfants est allaitée dans les 24h qui suivent la naissance (85% en 2006). Sur le plan nutritionnel, retarder la mise au sein de l'enfant peut avoir des conséquences néfastes pour sa santé.

D'après les différentes enquêtes, 10% des enfants en bas âge (entre 0 et 5 mois) ont été exclusivement allaités en 1996. Le taux d'allaitement exclusif a augmenté radicalement à 38% en 2001 et légèrement à 44% en 2006. Un quart d'entre eux a reçu seulement du lait maternel et de l'eau et 21% sont allaités et ont consommé des aliments complémentaires. Le Bénin est un des 13 pays dans le monde qui a augmenté ses taux d'allaitement maternel exclusif des enfants de moins de six mois par plus de 20 points de pourcentage entre 1996 et 2006 (**Figure 10**). Ces résultats sont encourageants car ils montrent que les actions de promotion organisées dans les années 1990 et 2000 ont porté leurs fruits. Mais il faut rester vigilant. Aujourd'hui, les actions s'essouffent et de nombreuses pratiques traditionnelles refont surface, mettant en péril l'allaitement maternel exclusif. D'après Anne-Sophie Le Dain, responsable du service de nutrition à UNICEF-Bénin, on craint un ralentissement de la progression de l'allaitement maternel exclusif voire une régression pour la prochaine Enquête Démographique et de Santé de 2011 qui sera dévoilée en fin d'année. A travers une étude effectuée par l'UNICEF sur l'apport d'aliments complémentaires aux enfants, on constate que parmi les enfants allaités, l'introduction de liquides et même d'aliments solides a lieu bien avant l'âge recommandé de six mois. Parmi les enfants de moins de 2 mois, 8% ont déjà reçu des aliments pour bébé, 2% d'autres laits et 4 % des aliments à base de céréales.

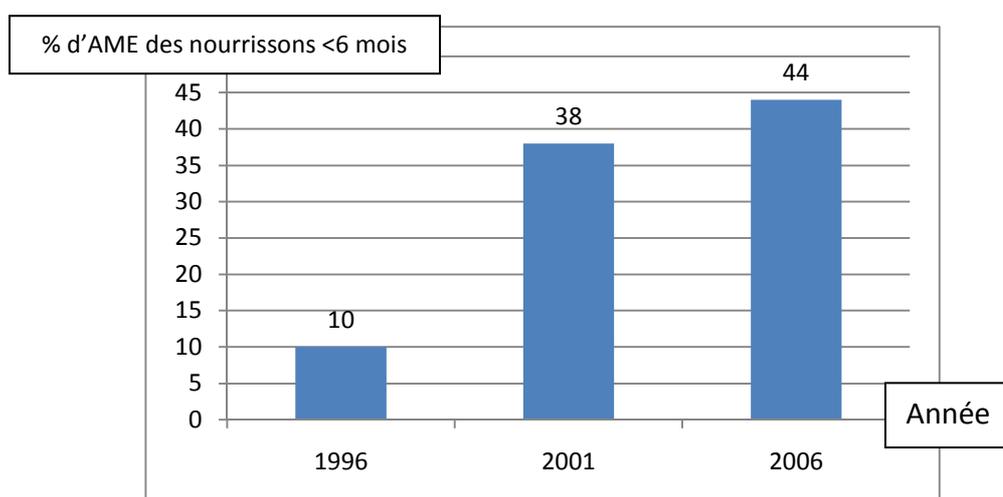


Figure 10 : Evolution de l'allaitement maternel exclusif de 1996 à 2006 au Bénin selon les enquêtes démographiques et de santé (44), (45) et (46)

La durée moyenne de l'allaitement maternel exclusif (AME) a aussi continué à augmenter, passant de 0.5 mois en 1996 à 1.9 mois en 2006 (**tableau 4**), mais a toujours un long chemin à parcourir pour atteindre les six mois optimaux.

Quant à la durée moyenne de l'allaitement maternel non exclusif (AM), les résultats de l'EDS 2006 indiquent que la moitié des enfants est allaitée sur une période de moins de 2 ans (21.4 mois). Cette durée qui a tendance à baisser par rapport à 2001 est aussi plus courte pour les femmes vivant à Cotonou, pour celles qui suivent des études secondaires ainsi que pour celles de milieux aisés.

Les données sur l'utilisation des biberons indiquent que c'est principalement un problème pour les enfants de 4 à 6 mois avec un taux qui augmente de 4% en 1996 à 24% en 2001 et seulement une légère diminution à 22% en 2006.

Allaitement et statuts nutritionnels	EDS 1996	EDS 2001	EDS 2006
Initiation précoce de l'AM	24%	49%	54%
AME (0-5mois)	10%	38%	44%
Durée médiane de l'AME	0.5 mois	1.1 mois	1.9 mois
Durée médiane de l'allaitement	22.8 mois	22.3 mois	21.9 mois
Utilisation du biberon (0-3mois)	4%	-	3%
Utilisation du biberon (4-6mois)	5%	24%	22%
Allaitement artificiel (0-3 mois)	3%	20%	10%
Allaitement artificiel (4-6mois)	2%	18%	19%
Allaitement avec alimentation complémentaire (7-9mois)	98%	88%	84%
Retard de croissance modéré à sévère	25%	27%	35%
Altération de l'état général modérée à sévère	14%	10%	8%
Insuffisance pondérale modérée à sévère	29%	24%	23%

Tableau 4 : Tendances de l'allaitement et des statuts nutritionnels (44), (45) et (46)

Les figures ci-dessous (**figures 11, 12 et 13**), produites grâce aux trois dernières EDS, sont utiles pour exposer les différentes pratiques alimentaires. Elles permettent de visualiser l'augmentation radicale de l'AME de 1996 à 2001 et plus légère jusqu'en 2006. L'allaitement avec administration d'autres liquides pour les enfants entre 0 et 5 mois diminue. Les pratiques d'allaitement maternel associé au lait artificiel ont considérablement augmenté pour cette même tranche d'âge et pour les plus vieux de 1996 à 2001. Mais elles diminuent de nouveau en 2006. Ces graphiques font seulement un rapport sur ce qui a été donné mais ne prennent en compte ni la quantité, ni la qualité ni la fréquence d'alimentation.

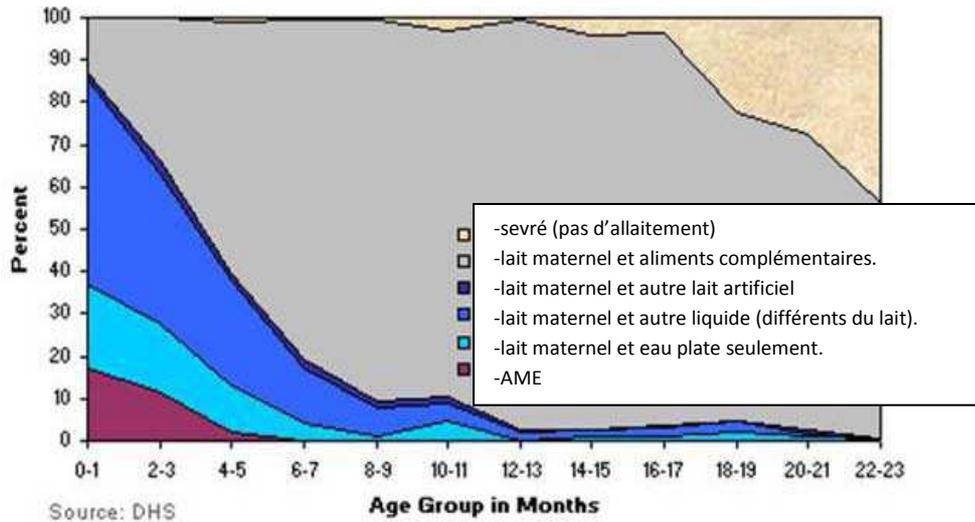


Figure 11 : Les pratiques d'allaitement par âge au Bénin en 1996 (45)

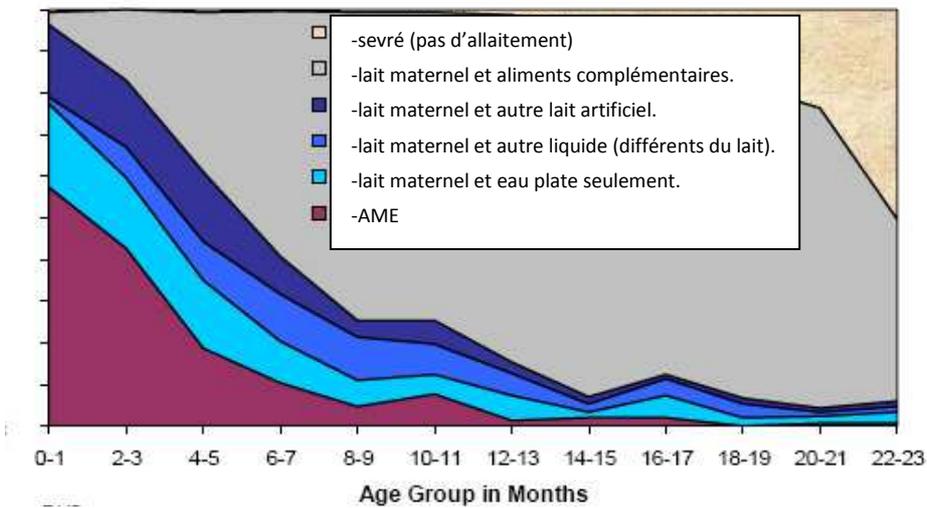


Figure 12 : Les pratiques d'allaitement par âge au Bénin en 2001 (46)

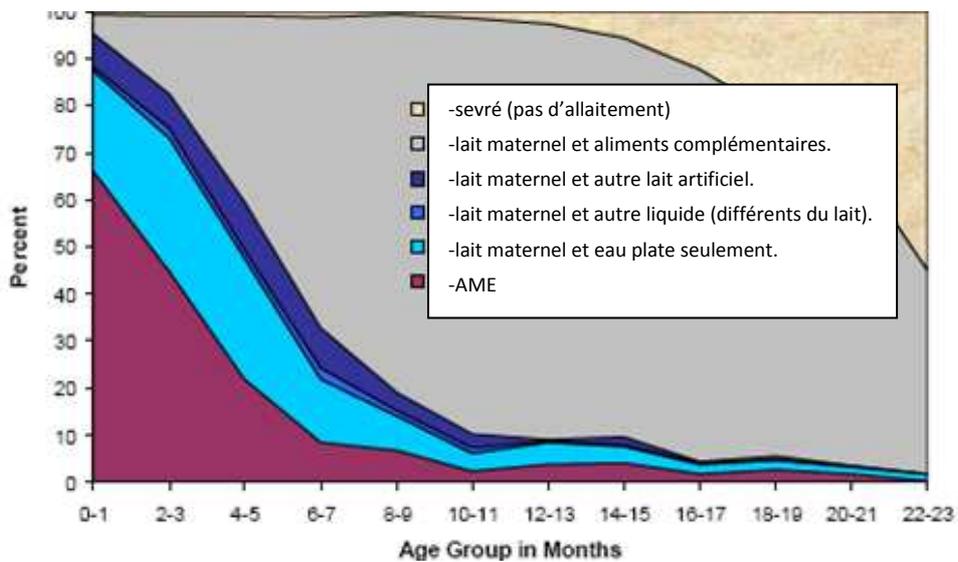


Figure 13 : Les pratiques d'allaitement par âge au Bénin en 2006 (44)

En conclusion, l'expérience du Bénin montre que des améliorations importantes des taux d'allaitement exclusif sont possibles et que les différentes actions de promotion des bonnes pratiques de l'allaitement sont efficaces. Cependant, ces activités ont diminué significativement depuis quelques années. Les professionnels de santé et responsables de grandes ONG craignent de voir apparaître au travers de la prochaine enquête une recrudescence des mauvaises pratiques.

2.1.2 Les principales actions mises en œuvre au Bénin

Le Bénin a connu une nette progression de ses pratiques en terme allaitement maternel. Elle est due à une promotion accrue effectuée par de nombreux programmes complémentaires. Voici les principaux moyens mis en œuvre pour appliquer la promotion de l'allaitement maternel dans le pays.

2.1.2.1. PROFILES : un plaidoyer au niveau politique

Le Bénin applique le processus « PROFILES nutrition » en janvier 2004 avec l'aide de l'Agence des Etats-Unis pour le Développement International (USAID). Ce processus vise à démontrer qu'une nutrition adéquate favorise le développement social et économique du pays. Le problème est caractérisé par de mauvaises pratiques en matière d'allaitement maternel dont les conséquences sont affligeantes :

-Dans le domaine de la santé, chaque année plus de 1700 décès d'enfants de moins de 1 an (inclus) peuvent être directement attribués à ces mauvaises pratiques.

-D'un point de vue économique, la perte d'argent due aux mauvaises pratiques d'allaitement équivaut à plus de 25% du budget annuel du ministère de la santé.

Un investissement dans la nutrition pourrait éviter de façon massive un sous développement humain et ainsi prévenir de grandes pertes économiques. Des recommandations et des programmes sont proposés afin d'inverser la situation actuelle. Mais de nombreuses contraintes apparaissent comme le manque de financement pour effectuer une promotion continue, le manque d'investissement politique, le besoin de convaincre les groupes d'opposition qui rendent difficile l'application du plan d'action **(43) (47)**.

2.1.2.2. Le décret portant sur la réglementation des substituts du lait maternel et des aliments pour nourrissons

Suite à l'adoption d'un « Code International de commercialisation des substituts du lait maternel » par l'OMS, chaque Etat membre doit prendre ses dispositions pour l'appliquer au niveau national. C'est ainsi que le Décret N° 97-643 portant sur la réglementation de cette

commercialisation a été voté le 31 Décembre 1997 au Bénin. Son passage entraîne la suppression des photos de bébés sur les boîtes de lait artificiel ainsi que la commercialisation et les dons de ces produits dans les établissements de santé. Cependant son application sur l'ensemble du pays reste très difficile.

2.1.2.3. L' « Initiative Hôpitaux Amis des Bébé » (IHAB)

Cette initiative a été lancée en 1992. Un comité national pour la coordination d'IHAB a été établi en 1993 devenant officiel en 1999. Elle a beaucoup progressé dans les années 90 avec la formation, l'évaluation et la désignation de 27 hôpitaux et centres de santé béninois « amis des bébés » (15 centres de santé et 12 hôpitaux dont le CHD Zou et Collines) (47).

Actuellement 78% des accouchements se font dans des établissements institutionnels et l'adhésion aux « Dix pas » de l'IHAB est essentielle pour fournir une bonne première aide à l'allaitement. Mais on constate que les activités mises en œuvre dans le cadre de cette initiative piétinent, voire régressent considérablement dans les structures ayant obtenu ce prestigieux label et les nouvelles structures sanitaires qui satisfassent aux dix conditions se font de plus en plus rares (47). La formation, l'évaluation et le contrôle ne se font plus. La conformité des établissements désignés se dégrade et les réévaluations d'hôpitaux certifiés n'ont pas eu lieu. De plus, "Le pas n°10" consistant à « 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 » reste un défi car les groupes d'entre-aide organisés se détériorent ou se séparent au fil du temps (43). L'analyse de la situation du CHD Zou et Collines confirme cette tendance. Dans la pratique, l'application de des conditions reste acceptable sauf pour ce pas n°10 qui semble plus difficile à mettre en place. Malgré mes demandes, aucun soignant n'a su m'indiquer un groupe de soutien aux mères allaitantes dans les villages aux alentours. A la sortie de l'hôpital, les jeunes mères rentrent chez elles et les prochains conseils sur l'allaitement se feront, si elles peuvent se déplacer, lors de la prochaine consultation postnatale.

Une évaluation de l' « Initiative Hôpitaux Amis des Bébé » est en cours au niveau des formations sanitaires et au niveau communautaire afin de comprendre les difficultés et de proposer des solutions plus appropriées pour la promotion de l'allaitement (57). Au niveau national comme international, la stratégie mondiale sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant continue de souligner que l'application des « Dix pas » est essentielle pour le démarrage de l'allaitement.

2.1.2.4. Le Paquet Minimum d'Activités en Nutrition (PMA/Nut)

Grâce au programme « Paquet Minimum d'activités en Nutrition » lancé en 1998, les activités de nutrition, dispersées à travers plusieurs ministères, se sont réorganisées pour

mieux s'intégrer dans les services de santé ordinaires. Auparavant, le ministère de l'agriculture et celui des affaires sociales étaient responsables de la majorité des activités de promotion de nutrition alors que le ministère de la santé s'occupait de la prise en charge de la malnutrition chronique **(43)**.

Depuis 2002, le Bénin, dispose d'un document de formation qui traite de la prévention et du suivi de l'état nutritionnel des enfants de moins de cinq ans au niveau des formations sanitaires ainsi qu'au niveau communautaire en donnant la priorité aux groupes les plus à risque. En voici les six grands thèmes :

- 1) Allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois.
- 2) Allaitement avec aliments complémentaires jusqu'à l'âge de 2 ans.
- 3) Supplémentation en vitamine A des femmes allaitantes.
- 4) Supplémentation des femmes enceintes en ions et acide folique.
- 5) Promotion des sels iodés pour toute la population.
- 6) Evaluation nutritionnelle et conseil aux enfants malades.

Le programme utilise un système de formation en cascade. Cela a commencé dans quatre sous-quartiers de la Région du Borgou et s'est étendu à dix autres. Il a été adopté comme stratégie nationale.

L'objectif est que des personnes de milieux différents (membres des établissements de santé, des agents de la santé publique, des membres de la communauté, des médias et de la communication mais aussi les orateurs, les jeunes, les femmes, les professeurs, les chanteurs traditionnels...) puissent fournir des actions simples et pratiques en alimentation du jeune enfant **(47)**. Au niveau du système de santé, les actions se basent sur la formation de professionnels de santé (grâce à un « manuel de l'apprenant » et un « manuel du formateur ») sur les grands principes de nutrition, l'utilisation d'outils de conseils aux mères ainsi qu'une meilleure surveillance du personnel. Au niveau communautaire, des volontaires portent des messages d'actions simples, liant les établissements de santé aux communautés pour soutenir et conseillent des mères allaitantes et les redirigent vers des centres médico-sociaux quand nécessaire. Ces volontaires (simples membres de la communauté) ont été impliqués dans la conception et la dissémination de ces messages nutritionnels et ont aidé à identifier et mettre en œuvre des stratégies efficaces afin d'atteindre toutes les personnes visées par ces conseils.

Pendant plusieurs années, des activités de communication sont organisées et des groupes de paroles sont mis en place lors des consultations pré et postnatales, des conseils individuels sont donnés dans les établissements de santé et de service social ainsi que lors des visites à domicile, des affiches ont été distribuées, des spots radio et des campagnes TV ont été diffusés à différentes périodes. De nouvelles voies de communication se sont développées par les médias traditionnels. Des accords ont été passés avec des groupes de théâtre et une jeune troupe de femmes itinérantes qui s'est produite partout dans la région.

Le ministère de la santé a mis à la disposition des professionnels de santé 900 boîtes à images avec des conseils clairs au dos (**figure 14**), 20 quizz et spots radio, 500 cassettes audio pour les établissements de santé, les écoles, les ONG, les organisations de développement communautaire... ainsi que quatre pièces de théâtre. Ces supports ont été soigneusement étudiés, pré-évalués et culturellement appropriés. Actuellement grâce à l'aide de grandes organisations (UNICEF, USAID, OMS, Banque Mondiale) et du gouvernement, 42 communes sur 77 disposent de tout le paquet.

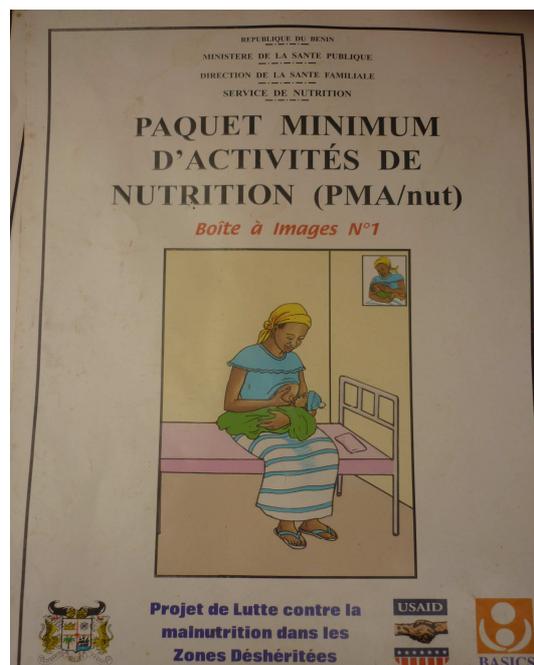


Figure 14 : Couverture de la Boîte à image n°1 du Paquet Minimum d'Activités de Nutrition

Ce programme, régulièrement actualisé, a obtenu de bons résultats. La nutrition a été intégrée dans la politique de santé. L'accès et la qualité des services se sont améliorés. Des services de santé de routine apportant des services minimum de nutrition se sont développés. La communication s'est élargie à différents publics. La famille a obtenu un accès plus facile et une meilleure compréhension des bonnes pratiques de nutrition infantile (**47**).

2.1.2.5. La Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel

Cette semaine, programmée tous les ans la 1^{ère} semaine d'Août, est utilisée pour intensifier la promotion de l'allaitement maternel. Les groupes de soutien aux femmes allaitantes existants s'organisent pour sensibiliser les mères, des conférences et des débats sont programmés et des animations se déroulent dans les rues. Le nombre de localités qui ont célébré cet événement est passé de 11 en 2007 à 28 en 2008. Mais cette célébration a toujours besoin de plus d'engagement des professionnels de santé, d'un renforcement des groupes de soutien aux mères et d'une couverture médiatique plus importante. En Août 2010, le thème lancé était « Allaitement maternel - 10 pas ! Une condition après l'autre sur

le chemin des amis des bébés » et s'intéressait à l'influence que les agents de santé peuvent exercer sur le comportement des mères. La majorité des professionnels de santé rencontrés (en contact quotidiennement avec des mères et leurs enfants) ne connaissait ni la date ni les actions mises en place pour cet événement. J'ai appris par la suite en rencontrant le Dr Gbetchji (chef de service de nutrition au ministère de la santé) que cette célébration était repoussée cette année à la fin du mois d'Août. « Le ministère n'est pas prêt » m'expliqua le Docteur. Cela traduit que la promotion de l'allaitement maternel n'est pas la priorité. L'élan des années 90 s'essouffle et l'on craint qu'une régression suive.

2.1.2.6. « L'allaitement maternel : une école pour la vie »

C'était le thème de la semaine mondiale de l'allaitement maternel de 1999 mais il reste malheureusement nécessaire aujourd'hui. Les objectifs étaient (et restent) **(48)**:

*« -faire prendre conscience à tous de l'importance de la protection, de l'encouragement et du soutien de l'allaitement comme norme pour le développement et la croissance du bébé.
-encourager l'intégration d'une éducation en matière d'allaitement et des pratiques alimentaires infantiles appropriées à tous les niveaux d'éducation formelle et informelle.
-travailler sur les cursus scolaires concernés avec tous les éducateurs et formateurs intervenant au niveau des organismes professionnels, des écoles de médecine et autres structures de formation, des organismes de santé, des écoles publiques et privées, des hôpitaux et des cliniques et de tous les autres centres d'éducation communautaires.
-Impliquer les élèves de la maternelle au lycée dans les actions pour la Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel de 1999 et fournir des instruments pour une éducation adaptée aux différents groupes d'âges.
-Encourager l'intégration des expériences et des pratiques liées à l'allaitement dans les jouets et jeux destinés aux enfants. »*

L'éducation occupe une place primordiale dans la promotion de l'allaitement maternel exclusif. Les facteurs culturels affectifs et sociaux façonnent nos comportements très tôt dans notre vie. Il est nécessaire de donner une éducation sur l'allaitement à tous les enfants, filles comme garçons. Aborder ces thèmes auprès d'eux leur permet plus tard de poser leur propre point de vue, les avantages et les inconvénients des diverses pratiques alimentaires et de faire des choix fondés. Les élèves comprendront plus vite que vie professionnelle et allaitement peuvent être compatibles et identifieront le type de soutien à l'allaitement que peuvent apporter la société et les employeurs.

Ces informations peuvent être facilement transmises lors des cours de sciences, biologie, nutrition et économie familiale. Dans le cadre des études supérieures, l'allaitement et l'alimentation du jeune enfant figurent dans de nombreux programmes comme la médecine,

les études de sages-femmes ou encore d'infirmières. Mais ces chapitres sont très rudimentaires, focalisés sur la connaissance théorique



Le pari est aujourd'hui d'informer, d'éduquer les femmes et leur entourage afin d'éradiquer toutes croyances et pratiques portant préjudice à l'allaitement. C'est un challenge difficile qui doit commencer par la scolarisation des filles. Eté 2010, on pouvait voir le long des routes des affiches (**figure 15**) pour promouvoir la scolarisation des filles. Même si les chiffres s'améliorent, 58% des femmes n'ont aucun niveau d'instruction contre 37% chez les hommes (**44**).

Figure 15 : Affiche sur le bord des routes au Bénin pour promouvoir la scolarisation des filles

Au cours des études de pharmacie, quelques heures sont normalement réservées à l'enseignement des bonnes pratiques en matière de nutrition infantile et d'allaitement maternel. A la faculté de Cotonou ce thème fait partie du programme de la 6^{ème} année mais cette année il n'a pas pu être donné par manque de temps et d'organisation. De plus une partie du programme n'est plus adaptée à la pratique et est très rarement renouvelée malgré les demandes. Pourtant aujourd'hui, de nombreux documents de formation sont à la disposition des enseignants (IHAB, PMA/Nut, outils pédagogiques IMCI, le Cours Intégré pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et les cours de l'OMS).

2.1.2.7. La formation des professionnels santé

Ce n'est pas sur les bancs de l'école que le personnel de santé se perfectionne sur l'allaitement maternel. En revanche, lors de leur vie professionnelle, des opportunités leurs sont offertes à travers diverses formations. Voici deux exemples de formations tirées de mon expérience de trois mois au Bénin. D'autres formations ont pu être effectuées mais je n'en ai pas eu connaissance.

-La formation « Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant » (PCIME)

Lors de notre stage, le personnel de santé du service de pédiatrie ainsi que de nombreux infirmiers d'établissements de santé de la région ont consacré plusieurs jours à une formation délivrée par le Dr BOSSOU: la formation PCIME, « Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant ». Trente pourcents du contenu de la formation est concentré sur la

pratique clinique (consultations d'enfants hospitalisés en petits groupes dirigés par un médecin référent). Cette formation est délivrée dans plusieurs structures du pays et environ 835 soignants sont formés chaque année. La formation théorique se basait sur des cahiers de formation et des posters récapitulatifs affichés aux murs de la salle cours. Une partie de la formation est consacrée à l'allaitement maternel (**Figure 16**).

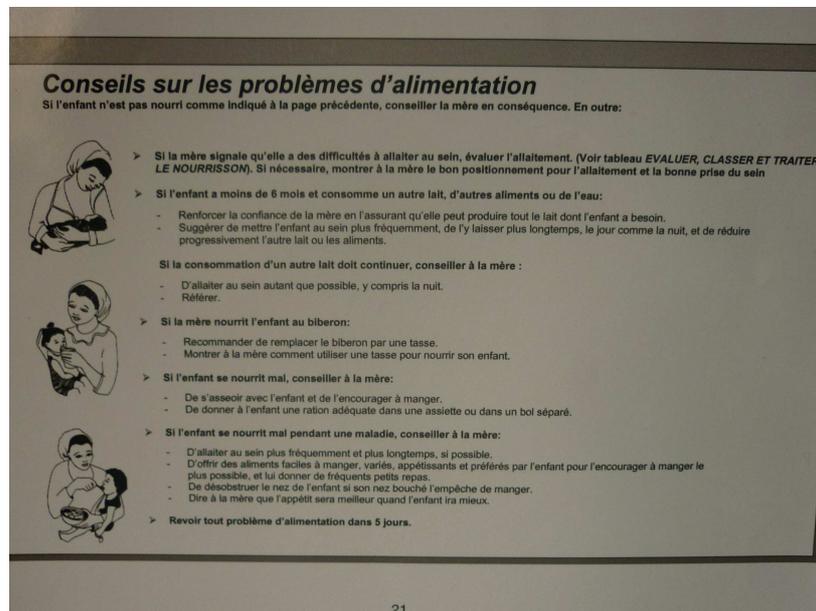


Figure 16 : Affiche de la formation PCIME abordant le thème de l'allaitement maternel et l'alimentation de l'enfant

-Le Conseil en Allaitement : Cours de formation

Cette formation était mise en place à Abomey grâce à l'association « Terre des Hommes » qui a joué un rôle important dans le développement du CHD Zou et Collines.



Ce cours de formation (**figure 17**) élaboré par l'OMS et UNICEF reprend les points clés de l'allaitement maternel en rappelant ses avantages, la physiologie de la lactation, la prise au sein... La théorie est ensuite appliquée à travers des cas pratiques et des mises en situation.

Figure 17 : Page de couverture du Polyco pié : « le conseil en allaitement : cours de formation »

A ce jour, l'association « Terre des Hommes » s'est écartée de l'hôpital maintenant bien développé pour se consacrer principalement à des actions de prévention au niveau communautaire dans les villages de la région.

2.1.2.8. Au niveau communautaire : les groupes de soutien aux mères allaitantes

Les initiatives pour développer l'action au niveau communautaire sont diverses. Certains groupes de soutien sont créés par l'intermédiaire du service de protection social. Des femmes sont formées sur l'allaitement maternel et l'accompagnement des mères en sortie de maternité. Elles les rencontrent lors de rendez-vous individuels et de visites à domicile, balayent de nombreux sujets allant du conseil de cuisine pour enfant à une planification familiale. D'autres initiatives sont lancées par le ministère de la protection de la femme et de l'enfant, le ministère de la santé ou de façon plus ponctuelle par des ONG en créant des groupes de femmes qui animent régulièrement des discussions, des séances d'éducation ainsi que des visites à domicile (**figure 18**). Chaque femme encadre un petit groupe de mères allaitantes, engage le dialogue pour lever les barrières à l'adoption de l'allaitement maternel exclusif et répondre aux questions spécifiques soulevées. Elles sont à l'écoute et montrent l'exemple.

Les visites à domicile sont difficiles car elles demandent du temps et des moyens mais elles permettent un apprentissage actif de l'allaitement, des échanges et des discussions avec les autres membres du ménage (mari, belle-tante, belle-mère, grand-mère...) conduisant à l'adhésion de l'environnement familiale encourageant ainsi la mère à pratiquer l'allaitement maternel exclusif.

Ces actions communautaires peuvent différer par leur mode de fonctionnement mais gardent toutes le même objectif : accompagner la femme allaitante, promouvoir l'allaitement maternel exclusif et combattre certaines coutumes.



Figure 18 : Groupe de femmes organisé dans un village béninois pour soutenir les femmes allaitantes et promouvoir un allaitement exclusif optimal (49)

Ces groupes de soutien n'ont pas toujours été efficaces (manque d'organisation, manque de développement...). Aux environs d'Abomey, les actions du centre de promotion sociale sont peu connues des jeunes mères et pour les femmes prises en charge les rendez-vous sont difficiles à suivre (manque de moyens et de temps) et les visites à domicile rares. Enfin, j'ai demandé à de nombreuses personnes (personnel du CHD, de centre de santé, villageois...) des contacts de groupes de soutien, lieu de ces séances... mais personnes n'a pu me répondre. Des efforts restent à fournir mais je reste persuadée que c'est principalement en

agissant au niveau communautaire par l'intermédiaire de villageoises ayant elles-mêmes allaité que les pratiques évolueront et que les coutumes dangereuses disparaîtront.

En conclusion, les différents acteurs de cette promotion sont complémentaires. Ils vont de la sensibilisation des jeunes filles comme des grand-mères, des femmes aisées comme celles en difficultés, de l'hôpital jusqu'au village et parfois même au domicile. Mais de grands efforts restent à fournir. Plus concrètement, au sein des actions, des défis restent à relever pour en améliorer l'efficacité. La motivation des bénévoles est difficile à prolonger quand il n'existe aucune prime ni d'honoraire fixe pour les stimuler. La surveillance des programmes est encore irrégulière et peu efficace. Les changements fréquents d'associés utilisant des approches non coordonnées voir contradictoires mettent en difficulté les groupes de travail.

D'après le dernier rapport des interventions nutritionnelles au Bénin, les perspectives **(50)** sont :

- « -poursuivre le développement de l'éducation des enfants.
- poursuivre la formation sur les pratiques essentielles en alimentation et nutrition de la femme, du nourrisson et du jeune enfant.
- organiser la diffusion de la stratégie nationale de l'Alimentation du Nourrisson et du jeune enfant au niveau national, départemental et dans les zones sanitaires.
- relancer l'IHAB en tenant compte des résultats des études en cours. »

2.2. Les principaux problèmes rencontrés par les femmes allaitantes béninoises

Au Bénin, l'allaitement ne pose pas de véritable problème. Sa durée médiane est de 21,4 mois. La difficulté reste l'application d'un allaitement maternel exclusif. Pour faciliter cette pratique, de nombreuses difficultés doivent être prises en charge. Ces difficultés sont principalement d'ordre culturel.

2.2.1. L'utilisation traditionnelle de tisanes pour les enfants

Les pratiques traditionnelles interfèrent avec les bonnes pratiques de l'alimentation. On donne des tisanes, de l'eau, et autre aliments aux jeunes enfants. Des décoctions de plantes médicinales leur sont administrées pour les soigner et les protéger d'un « environnement hostile ». Ces apports de liquides se font dès la naissance et ont des conséquences désastreuses sur les enfants. Les attitudes des mères, des pères, des autres membres de la famille (pression familiale), des guérisseurs traditionnels et même de certains agents de santé peuvent influencer négativement le choix et la durée de l'allaitement maternel **(51)**.

2.2.2. Une diversification trop précoce

Parfois même avant l'âge de trois mois, si le bébé pleure, les mères pensent que le lait ne suffit pas à les rassasier et commencent à donner de la bouillie*. Malheureusement la conséquence de cette pratique est souvent dramatique. L'enfant, n'ayant pas de sucs digestifs (amylase) pour digérer l'amidon qui prend trop de place dans l'estomac, arrête de prendre du poids. Cela entraîne une dénutrition dont la prise en charge médicale est difficile.

2.2.3. Hypo et agalactorhée

La majorité des mères béninoises (89% selon la dernière EDS-Bénin) savent qu'il est possible de ne pas avoir assez de lait. Seulement 27% savent comment éviter ce problème. Parmi les femmes qui avaient manqué de lait (8%), très peu ont fait appel à une nourrice (9%), près d'une femme sur cinq a utilisé du lait artificiel (19%) et plus de deux femmes sur cinq ont utilisé une méthode pour faire sortir leur lait **(44)**. Plusieurs causes sont possibles et parfois le problème peut être d'ordre physiologique. La mère ne peut rien y changer. Pour cette raison elle ne doit pas culpabiliser face à cette situation.

Une autre cause de l'agalactorhée est la malnutrition maternelle. La grossesse et l'allaitement associés à une alimentation déséquilibrée aggravent les carences alimentaires et la fatigue physique de la mère. Pour remplacer le sang perdu pendant l'accouchement et les substances nutritives qu'elles fournissent à leur bébé sous forme de lait, l'alimentation des mères doit être enrichie, variée et équilibrée (riche en poisson, viande, œuf sources de protéines, légumes verts sources de vitamine A...) et accompagnée d'une hydratation adéquate. Le conseil doit être adapté au niveau de vie, aux ressources disponibles et combattre les interdits alimentaires des femmes enceintes et allaitantes qui font partie des coutumes du pays.

Dans un second temps, des conseils de base lors de la mise en place de la lactation sont importants. La mise au sein précoce favorise la montée de lait, et la mise au sein régulière, à la demande, sans apport d'eau ou d'aliments supplémentaires permet son entretien. Si l'enfant consomme d'autres aliments que le lait maternel, on observe une réduction de la consommation de lait maternel. Afin d'entretenir la lactation, toutes les mères doivent apprendre à extraire manuellement leur lait dans le cas où le nourrisson ne peut pas téter suffisamment, est dans l'incapacité de multiplier les tétées ou de téter complètement. Ceci empêchera une réduction de la production de lait par la glande mammaire.

Enfin, le personnel de santé et l'entourage de la mère ont un rôle important dans le bon fonctionnement de l'allaitement maternel.

L'entourage de la mère doit l'aider dans les tâches ménagères. Elle doit pouvoir éviter les travaux les plus fatigants et garder comme principale activité l'allaitement de son enfant.

Les questions des mères traduisent leur inquiétude : « Mon enfant refuse de téter, que faire ? », « Je n'ai pas assez de lait, est-ce que je pourrai allaiter correctement mon bébé ? »... Il faut les rassurer quant à leur capacité à allaiter et leur redonner confiance en elles pour poursuivre l'allaitement. En les écoutant attentivement, on arrive à lever les barrières psychologiques et sociales qui les handicapent. De plus, l'agent de santé doit leur expliquer comment savoir si la consommation de lait du nourrisson est adéquate. Le meilleur indicateur consiste à observer si le nourrisson urine suffisamment (environ six fois en 24h), si les urines sont claires et ne présentent pas une forte odeur. La prise de poids est également un autre indicateur fiable de la consommation adéquate de lait par le nourrisson.

En Afrique, le manque de lait chez une femme est le plus souvent une véritable tragédie. Le lait de vache frais fait d'ordinaire défaut et le lait infantile coûte si cher qu'il est impossible pour la plupart des familles d'en acheter en quantité suffisante. Même si les parents ont les moyens d'acheter du lait infantile et un biberon avec tétine, les chances de survie du bébé sont fortement diminuées.

2.2.4. Les principales pathologies liées au sein

-**téton ombiliqué**. Le premier conseil à donner à une mère est de tirer son lait mais le Dr BOSSOU me fait souligner que les mères adhèrent difficilement à cette pratique. Une autre technique est alors envisagée lors des consultations : on utilise une seringue pour aspirer le téton plusieurs fois par jours pendant 2 à 3 minutes (**figure 19**). La mère peut ensuite utiliser cette méthode toute seule.

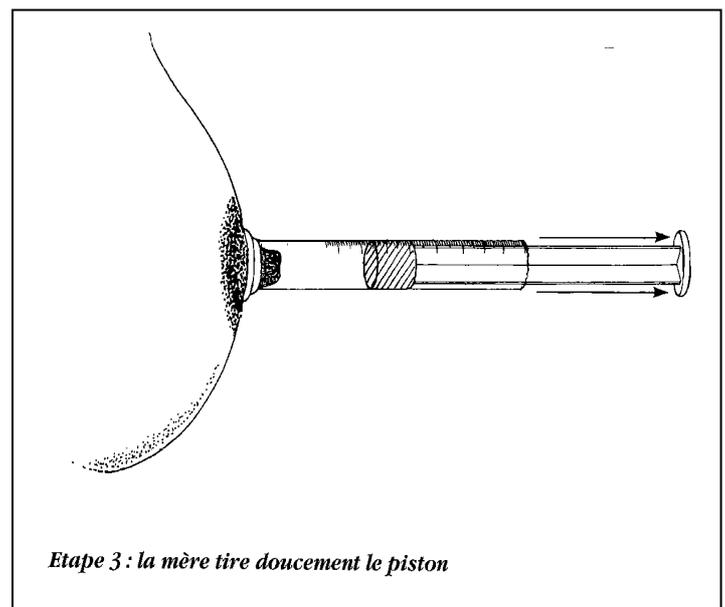
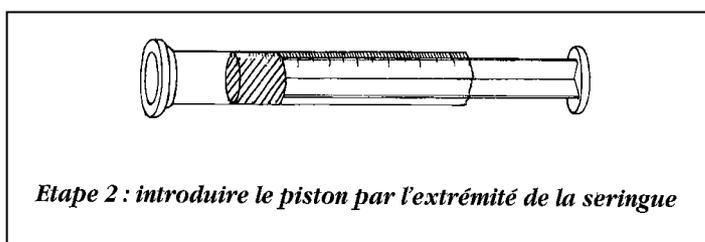
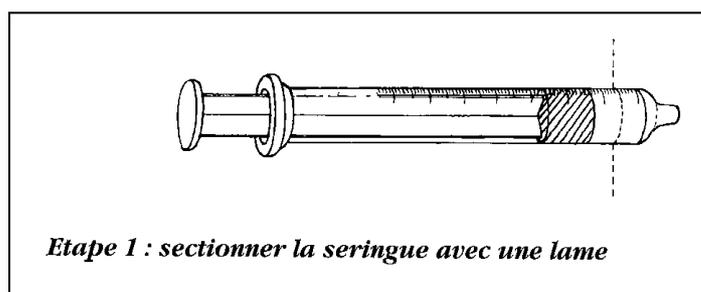


Figure 19 : Méthode de la seringue pour traiter des mamelons rétractés (52)

-crevasses et fissures. Elles se retrouvent principalement dans les premiers jours de l'allaitement et la mauvaise position du bébé à téter en est la principale cause. De simples conseils lors de la mise au sein peuvent faire disparaître ces douleurs. Les crevasses comme les candidoses entraînent des plaies douloureuses pouvant faire sauter des tétées. L'allaitement maternel exclusif est alors compromis. Ces problèmes fréquents en début d'allaitement s'aggravent avec le manque d'hygiène. C'est l'occasion de rappeler à la mère de laver quotidiennement ses seins à l'eau et au savon.

-engorgements. Si le sein n'a pas été suffisamment vidé de son lait, il peut s'engorger : un œdème, dû à l'accumulation de liquide dans les tissus mammaires se forme. Le sein devient douloureux, tendu, luisant et cela peut entraîner un arrêt de l'allaitement. En effet, le sein trop douloureux ne peut plus être tété correctement. Des fissures se forment et la quantité de lait produite diminue **(53)**. L'allaitement à la demande, de jour comme de nuit est à rappeler aux mères allaitantes.

2.2.5. L'utilisation des biberons et des laits artificiels

Cette pratique se fait particulièrement après l'âge de trois mois. L'allaitement au biberon peut être parfait dans une maison bien équipée avec une cuisinière, un réfrigérateur et l'eau courante. Mais pour la majorité des béninois ce n'est pas le cas. Il est quasiment impossible quand on habite une case sans électricité, que l'on cuisine sur un feu en plein air et que l'on va chercher l'eau à plusieurs kilomètres, de nettoyer, stériliser et préparer correctement les biberons d'un bébé à chaque repas. Dans ces conditions, il y a de fortes probabilités pour que l'enfant meure d'infection gastro-intestinale ou de marasme*. Ces pratiques devraient être encadrées par le décret de 1997 sur la commercialisation des substituts du lait maternel mais la régulation des violations n'est pas faite.

2.2.6. Des difficultés d'organisation du système de santé au détriment des jeunes mères

On note un manque de personnel qualifié et une mauvaise gestion des activités sur la nutrition infantile. Elle est difficilement assimilée comme une activité curative. De plus ces équipes formées pour ces activités dont le rôle reste flou ne sont ni aidées, ni supervisées, ni contrôlées. Les équipes de volontaires aux différents niveaux (direction, communautaire...) ayant pour rôle de soutenir, promouvoir et protéger ces actions changent trop rapidement. Les actions mises en place perdurent difficilement. En conséquences, malgré les quelques groupes de soutien qui ont fait leurs preuves dans certaines régions, les mères se retrouvent souvent seules à la sortie de l'hôpital. L'assistance et le travail social de proximité restent insuffisants.

2.2.7. L'absence de soutien des mères allaitantes sur leur lieu de travail

Au Bénin, ce problème se retrouve partout. Aucun système de crèche ou de salle d'allaitement permettant à la mère d'allaiter ou d'exprimer son lait n'a été mis en place sur les lieux de travail. Lors des moissons, certaines mères sont obligées de partir sur une longue période et laissent la garde du bébé aux grands-parents. L'expression du lait n'étant pas une pratique développée au Bénin, l'allaitement maternel est interrompue.

Le Bénin a posé des règles concernant les pauses d'allaitement pendant le temps de travail (une demi heure le matin et l'après-midi). Les femmes qui travaillent à leur compte (comme les femmes du marché et les artisans) amènent parfois leur bébé avec elles. Cependant, les femmes employées dans le secteur illégal ou privé n'ont pas ces avantages. Peu de crèches ou d'établissements de protection de l'enfant se sont créés près des lieux de travail où elles pourraient laisser leurs enfants et les allaiter pendant les pauses. Actuellement, la seule installation du pays se trouve dans les locaux de l'UNICEF à Cotonou, créée pour les membres du personnel qui allaitent et qui ont besoin de ce service.

Le défi reste entier : sensibiliser les salariés au besoin de ces services et les décideurs à l'importance de faciliter l'allaitement pour leurs employées **(54)**.

Même si de grands progrès ont été faits ces dernières années à travers le PMA/Nut, les groupes de soutien pour aider la femme allaitante à passer ces difficultés... certains points sont encore inexistant. Pour aider les femmes fonctionnaires à continuer leur allaitement maternel exclusif, des actions sociales seront indispensables (crèche, salle d'allaitement...) ainsi qu'une lutte contre l'utilisation des biberons et du lait artificiel qui ont envahi le milieu urbain. Pour aider les femmes vivants isolées en campagne, les actions au niveau communautaire doivent se généraliser (groupe de soutien...) afin de combattre les fausses idées, lutter contre certaines pratiques traditionnelles dangereuses et établir un lien avec l'hôpital afin de faciliter la prise en charge des petites pathologies liées à l'allaitement (engorgement, crevasses...).

2.3. Point de vue personnel sur la situation de l'allaitement maternel au Bénin

C'est en interrogeant des femmes allaitantes (environ quatre-vingt femmes allaitantes ou ayant allaité), à l'aide d'un questionnaire, **(annexe 1)** que j'ai appris toutes ces pratiques basées sur la tradition et la culture béninoise. La barrière de la langue a compliqué cette étude mais un quart des questionnaires a été réalisé grâce à un traducteur. Il faut garder à l'esprit que le Bénin est un pays dont la religion principale, le Vodou, est

omniprésente et dicte la plupart des comportements de la vie quotidienne de la naissance jusqu'à la mort.

2.3.1. L'allaitement et l'environnement familial : la « pesanteur familiale »

Lorsqu'un couple se marie, l'homme paye une dot à la famille de la mariée et le couple s'installe dans la famille du marié. La coutume veut que plusieurs générations cohabitent. La belle-mère impose à sa nouvelle belle-fille comment être une bonne épouse et une bonne mère. La parole des grand-mères est très difficile à contredire. Ce sont souvent elles qui imposent la marche à suivre en matière d'éducation. Une jeune femme essayant de la contredire s'entendra répondre « c'est comme ça que l'on a fait pour toi !! Tu vois bien que tu es encore là ! ». Si les belles-filles n'appliquent pas les conseils, elles peuvent être chassées de la maison.

2.3.2. L'allaitement et la vie de couple : l'interdit sexuel pendant l'allaitement

L'une des coutumes pour préserver la sécrétion lactée est celle de l'interdit sexuel. La durée de l'abstinence varie d'une région à l'autre et même d'une famille à l'autre. Certains hommes disent que l'abstinence se prolonge seulement quinze jours après la naissance, d'autres jusqu'à ce que l'enfant ait deux ans ou plus simplement jusqu'à son sevrage. D'après Perpétue, cette durée d'abstinence ajoutée à l'abstinence pendant la grossesse est l'une des principales causes de polygamie mais préserve aussi la femme d'une seconde grossesse rapprochée qui peut être dangereux pour sa santé.

2.3.3. L'allaitement et les croyances

La culture des parents influence la morbidité et la mortalité de leurs enfants durant les premières années de vie du fait, par exemple, des tabous et interdits alimentaires, du temps de sevrage, des interdits sexuels liés à l'allaitement, des habitudes alimentaires...(55). Lors de ce séjour j'ai pu être témoin de nombreuses pratiques liées à des croyances et coutumes traditionnelles. D'autres nous ont été racontées par des femmes allaitantes ou par le personnel de santé et sont plutôt pratiquées dans les villages reculés :

-Dès la naissance, « *le lait jaune (colostrum) est à rejeter car il est resté trop longtemps dans le sein, il est gâté* ».

-« *Allaiter l'enfant trop longtemps (jusqu'à deux ans et plus) peut le rendre idiot* ».

-« *Il ne faut pas donner le sein allongé car cela peut lui donner des otites* ».

Ces croyances, que je n'arrive pas toujours à expliquer mais qui avaient sûrement une raison d'être pratiquées, empêchent aujourd'hui le nouveau-né d'accéder aux bonnes vertus du colostrum, rendent difficile la pratique de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois et l'allaitement jusqu'à deux ans. La diversification est souvent trop précoce. Lorsque leur enfant pleure, beaucoup de femmes pensent qu'il n'est pas rassasié. Elle donne alors de la bouillie* dès le plus jeune âge.

Associée à cette diversification, on retrouve la pratique du « gavage traditionnel ». Lorsque la diversification est trop précoce que l'enfant n'est pas encore prêt à ingérer d'autres aliments que le lait, il refuse de manger alors sa mère le « gave ». Cette pratique est encore courante au Bénin mais diminue grâce aux médias et à la communication diffusée suite aux accidents. Il existe deux formes de gavage m'explique le Dr BOSSOU. La première consiste à allonger l'enfant et à lui donner la bouillie avec les mains en le forçant. La deuxième forme consiste à boucher le nez de l'enfant avec une main pour l'obliger à respirer par la bouche et lorsqu'il ouvre la bouche la mère introduit la bouillie* de force. Cette pratique est également utilisée avec les plus grands dès qu'ils ne finissent pas leur repas. « On le force car on a peur qu'il soit chétif », me raconte une mère. Mais d'après le Dr BOSSOU, le problème est simplement lié au fait que les mères ne savent pas la quantité de nourriture dont leur enfant a besoin. Le cas extrême rencontré à l'hôpital est le gavage à l'huile de foie de morue. Dans ce cas, l'obstruction des voies respiratoires et l'inondation des alvéoles entraînent quasi-systématiquement la mort de l'enfant.

Ces croyances peuvent faire des ravages au Bénin mais elles sont de plus en plus corrigées grâce à l'éducation.

2.3.4. L'allaitement et la phytothérapie

La médecine par les plantes occupe une place très importante dans la médecine béninoise. Elle est ancrée dans la croyance Vodou. Utilisées par les guérisseurs et les grand-mères, ces tisanes sont présentées comme soignant toutes sortes de maladies.

D'après GANDO Perpétue, infirmière spécialisée dans la nutrition infantile au dispensaire Sainte-Camille de DAVOUGON, on donne dès la naissance des tisanes et mixtures au nouveau-né pour le « purger » (faire évacuer le méconium) ou encore l'aider à lutter contre l'hypothermie. Les plantes utilisées dans la région du Zou et Collines sont des plantes amères qui donnent des coliques mais qui font évacuer le méconium. Les plantes utilisées varient d'une région à l'autre. Des tisanes sont aussi données pour calmer les maux de ventre de l'enfant, les coliques, les poussées dentaires encore pour « rendre l'enfant plus solide ».

D'après le pédiatre du centre de santé Sélomé à Bohicon, l'administration de ces tisanes se fait alors que les organes sont encore immatures et fragiles. Le tube digestif s'abîme, entraînant des gastro-entérites parfois fatales, des ictères ou des troubles hépatiques.

Sandra, infirmière au centre anti-lépreux de Sainte-Marie de Davougon, affirme que près de 80% des morts de son centre sont dues aux tisanes et au gavage qui se pratiquent surtout la nuit en cachette par les mères ou les grand-mères. Elle est souvent appelée à faire des réanimations dans la nuit, et très souvent « un liquide noir (reste de tisane) est recraché ».

Cette pratique dangereuse tend à diminuer grâce aux médias et aux recommandations des professionnels de santé mais reste fortement présente à cause de la pression sociale (belle-mère...). Ces administrations se font parfois quand la mère s'absente et laisse son enfant à la maison avec sa belle-famille.

2.3.5. L'allaitement et l'alimentation de la mère

Même si les régimes traditionnels de la plupart des populations africaines sont bons d'un point de vue nutritionnel, de nombreux interdits alimentaires peuvent devenir dangereux. A l'intérieur même de la tribu, les femmes, les enfants, parfois seulement les jeunes filles, les femmes enceintes ou allaitantes peuvent suivre des coutumes alimentaires différentes. Beaucoup de ces tabous concernent malheureusement des aliments d'origine animale riches en protéines et des groupes de la communauté qui ont le plus besoin de ces protéines.

Ces interdits alimentaires peuvent fatiguer les femmes enceintes et allaitantes. Ils dégradent leur état nutritionnel souvent déjà altéré par de nombreuses carences. Ils touchent principalement les aliments riches en protéines (comme les haricots) ou en vitamines A comme certains légumes et provoquent des cas de malnutrition dont l'enfant à naître ou allaité est en définitif la plus grande victime (51). Ils sont dus à la « pesanteur familiale » : « dans ma famille on ne mange pas de ça ! ». Dans certains centres de santé, le personnel soignant tente de faire pression sur la femme mais aussi sur le mari pour qu'ils comprennent la dangerosité de ces pratiques. Elles ne peuvent être toutes énumérées car elles sont différentes selon les foyers. Mais certaines se rencontrent plus fréquemment dans la région du Zou et Collines comme nous le raconte Perpétue :

« La femme enceinte doit diminuer sa consommation de pâte pour ne pas que l'enfant grossisse trop vite dans le ventre de sa mère ».*

« La femme enceinte ne doit pas manger de pomme sinon son enfant aura la tête de travers ».

« La femme enceinte ne doit pas manger d'œufs sinon elle sera stérile » ou encore « on interdit aux enfants de manger des œufs pour les décourager d'aller les voler sous les poules pondeuses ».

« La femme enceinte ne doit pas manger d'aliments sucrés (bonbons...) car cela favorise l'apparition de mycoses chez l'enfant ». Cela concerne aussi les escargots, le beurre de karité...

« La femme allaitante ne doit pas manger d'aliment trop consistant comme les haricots, l'igname ou encore le manioc risquant de constiper le bébé ». On dit que « le haricot traverse le sein ».

S'ajoute à cela l'interdiction de consommer les aliments utilisés dans des pratiques Vodou (pour le culte fétiche). Il est interdit de donner les mêmes aliments aux « fétiches* » et à l'enfant malade. Par exemple, si l'enfant à la rougeole et que l'on utilise des haricots et de l'huile pour le culte fétiche, ces aliments seront interdits à l'enfant.

De nombreuses habitudes et tabous alimentaires néfastes qui existaient en Afrique il y a plusieurs dizaines d'années ont déjà disparu ou sont en train de disparaître rapidement sous l'effet de l'éducation, du développement des médias, du brassage des groupes tribaux ... Nul n'a intérêt à vouloir changer de l'extérieur d'anciennes habitudes alimentaires sans en examiner les origines. Il faut mieux que des personnalités locales influentes tentent de remédier aux mauvaises habitudes nutritionnelles.

2.3.6. L'allaitement et le sevrage : « le lait d'une femme enceinte est un poison »

Lorsqu'une femme allaitante découvre qu'elle est à nouveau enceinte, elle cesse immédiatement d'allaiter son enfant quelque soit son âge. Certaines ne veulent plus s'en occuper et le laissent à leurs parents. « Le lait n'est plus bon pour la santé de l'enfant car l'organisme subit des métamorphoses par la venue de la grossesse ». On dit parfois que « le lait se transforme en sang, il ne faut donc pas le donner à l'enfant car ça le rendra malade » ou encore que « si la femme enceinte allaite, son fœtus peut mourir ». Pour ces raisons, l'allaitement est arrêté brutalement.

Ce sevrage brusque est une cause importante de malnutrition. Dans les premiers mois de vie de l'enfant, le tube digestif est immature. Il n'est pas prêt à digérer des aliments autres que de lait. L'amaigrissement, les troubles digestifs, la diarrhée, l'atteinte de l'état général surviennent et créent de graves états de dénutrition. De plus, l'enfant délaissé de sa mère peut être atteint psychologiquement et refuser de manger les aliments qu'on lui propose. Les symptômes observés se résument en une anorexie tenace évoluant avec un état dépressif marqué.

Ce comportement tend à diminuer chez les femmes fonctionnaires de milieu urbain. Dans certain cas, une solution est apportée à la mère par le féticheur lors d'une cérémonie Vodou. Celui-ci donne une tisane à boire à la mère et lui « prend un de ses seins ». L'allaitement est alors stoppé sur ce sein mais elle peut continuer à allaiter son enfant avec le deuxième sein.

2.3.7. L'allaitement, encadrement et information des mères

Aujourd'hui au Bénin, les accouchements à domicile se font plus rares. Dans la majorité des cas, ils se déroulent dans un dispensaire, centre de santé ou encore à la maternité de l'hôpital auprès de personnes qualifiées. D'après les témoignages des femmes que j'ai pu rencontrer, le personnel est de mieux en mieux formé. Les enfants sont mis sur le ventre de la mère à la naissance comme il est recommandé pour créer un premier contact entre la mère et l'enfant. C'est une étape très importante pour l'initiation de l'allaitement. Puis le personnel soignant rappelle les geste et positions pour une bonne mise au sein. Mais la mère quitte la maternité parfois quelques heures après l'accouchement par manque de place ou parce que d'autres enfants l'attendent à la maison. Une proportion importante de décès maternels et de nouveau-nés surviennent ainsi dans les 48 à 72 heures après l'accouchement parce que les femmes quittent la maternité trop rapidement et aucun suivi à domicile n'est réalisé **(56)**. Environ 27% des mères quittent l'établissement avant même d'avoir eu la première consultation postnatale.

En dehors de l'accouchement, des consultations pré et postnatales sont organisées. Les consultations prénatales s'effectuent tous les deux mois avant la vingtième semaine de grossesse puis tous les mois jusqu'au terme. On y réalise l'examen gynécologique, le suivi du statut nutritionnel (supplémentation en Fer et en vitamine A), des conseils sur la protection du paludisme, les règles hygiéno-diététiques. A l'approche de l'accouchement, on réalise une prévention sur les risques liés à l'accouchement et on sensibilise la mère à l'allaitement maternel.

Lors des consultations postnatales, on effectue le suivi du développement de l'enfant, la vaccination et on s'assure que l'allaitement se déroule pour le mieux en rappelant la règle d'or : un allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois.

Au CHD du Zou et Collines, des causeries sont animées par des sages-femmes pour les mères venues dans le cadre de ces consultations. Les consultations sont suspendues quelques minutes (une séance d'animation dure environ 20mn) et les mères se regroupent autour des sages-femmes qui animent la causerie. Différents thèmes sont abordés dont celui de l'allaitement à l'aide de fiches illustrées fournies par le ministère de la santé **(Figure 20)**. Une vingtaine de thèmes existe et certains sont directement liés aux pratiques de l'allaitement maternel : « *Protégez le nouveau-né, allaitez immédiatement* », « *le lait maternel, la seule nourriture pendant les 6 premiers mois* ». D'autres thèmes comme « *Des naissances espacées : une famille en bonne santé* » ou « *des habitudes simples, un nouveau-né en bonne santé* » abordent indirectement l'allaitement maternel.

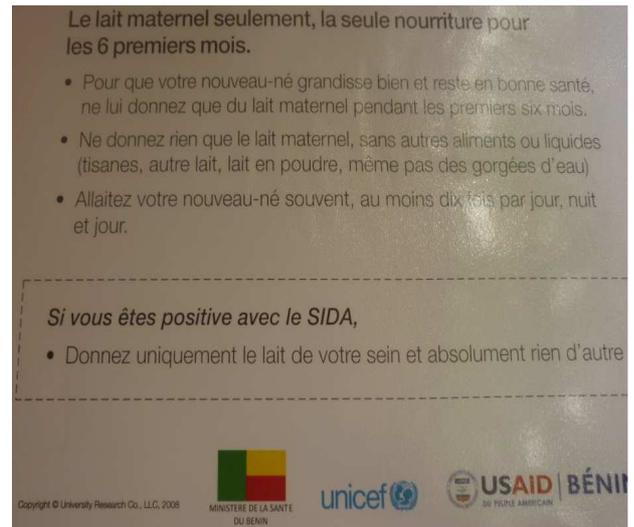


Figure 20 : Fiche (recto-verso) de prévention et d'éducation pour les femmes enceintes et allaitantes utilisée lors des causeries

Malheureusement, ce service est saturé. Tous les jours des mères parcourent de longues distances pour ces consultations et ne seront pas prises en charge ce jour. L'insuffisance de personnel par rapport à la demande de soin rend les consultations approfondies plus difficiles. De plus, le coût important d'un accouchement dans un hôpital ferme la porte aux mères déshéritées. Un accouchement coûte au CHD d'Abomey 3000 FCFA, l'ensemble des consultations pré et postnatales ainsi que les vaccins coûte 3000 FCFA aussi et le carnet de santé 100 FCAF en sachant qu'un salaire moyen au Bénin est d'environ 30000 FCFA.

Des **pancartes** rappellent les règles importantes pour un bon allaitement. Dès l'entrée, une grande affiche (**figure 21**) rappelle l'interdiction aux mères d'utiliser tétine, biberon et sucette pour leur enfant.



Figure 21 : Pancarte à l'entrée de la maternité, CHD Zou et Collines - juillet 2010.

Dans les couloirs de la maternité, des messages sur l'allaitement maternel sont affichés :

« Mamans, ne limitez jamais le nombre ni la durée des tétées. »

« J'ai un petit estomac, ne le remplissez pas d'autres aliments, le lait suffit »

« Le colostrum est le premier aliment parfait pour le nouveau-né »

En conclusion, nous ne devons pas nous contenter d'importer nos pratiques européennes. Nous devons admettre que grands nombres de leurs pratiques sont bénéfiques et devraient être un modèle pour améliorer nos taux d'allaitement maternel. Malgré toute la dangerosité des pratiques traditionnelles citées précédemment, le Bénin reste un des premiers pays au monde en terme d'allaitement maternel. Dans un premier temps, contrairement aux pays occidentaux, au Bénin comme dans beaucoup de pays, l'allaitement en public est un geste parfaitement normal qui n'incommoder pas les femmes. Les seins ont avant tout une fonction naturelle et peuvent être exposés aux regards des passants. De plus, le positionnement du bébé dans une écharpe à proximité de la mère une bonne partie de la journée lui permet de répondre à la demande de lait de l'enfant. Les vêtements amples portés par la majorité des béninoises s'ajustent facilement au moment de l'allaitement. Enfin, au sein de la maison, le partage de la chambre avec les enfants favorise les tétées nocturnes. Mais les principales causes de persistance de certaines pratiques dangereuses sont la transmission culturelle encore bien ancrée dans le pays et le problème de sous développement entraînant un manque d'éducation et un analphabétisme important.

2.4. La place de l'allaitement maternel chez les béninoises infectées par le VIH

2.4.1 La pandémie de VIH au Bénin

Actuellement le système politique international se mobilise pour faire disparaître cette pandémie. Il met tout en œuvre pour atteindre l'objectif six du Millénaire pour le Développement qui consiste à « enrayer la propagation du VIH/Sida et commencer à inverser la tendance actuelle ».

2.4.1.1. Les chiffres

Dans le monde plus de 33 millions de personnes vivent avec le virus du Sida, dont 75% soit près de 25 millions de personnes en Afrique sub-saharienne. Les enfants représentent près de 10% des nouvelles infections.

Au Bénin, le premier cas de SIDA a été découvert en 1985 et dix ans après, le pays est en situation d'épidémie généralisée. La prévalence de l'infection par le VIH au sein de la population générale est estimée à 1.2% **(44)**. Trois voies caractérisent la transmission du virus : la voie sexuelle (92%), la voie sanguine (2%), et la voie materno-fœtale (6%). Le nombre d'enfants porteurs du VIH au Bénin est estimé en 2007 à plus de 6000 **(57)**. Par cette dernière voie, la mère infecte son enfant au cours de la grossesse, l'accouchement ou l'allaitement. Ces résultats et ceux de la séro-surveillance chez les femmes enceintes en 2006 confirment une tendance à la stabilisation de l'infection à VIH entre 2002 et 2006. La prévalence de l'infection à VIH est significativement plus élevée en milieu urbain (2.8%) qu'en milieu rural (1.5%) et particulièrement à Cotonou (2.8% contre 2.0 dans les autres villes). Le profil sérologique est à 98.3% du VIH-1, 1.3% du VIH-2 et le reste est dual.

En Afrique (continent le plus touché par le virus du Sida), la majorité des malades sont des femmes (1.5% de femmes contre 0.8% d'hommes au Bénin). Physiologiquement, face à une infection sexuellement transmissible comme le VIH, les femmes sont plus vulnérables. Malgré cette inégalité, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses dans les programmes de traitement. Leur principale motivation est de ne pas contaminer leur enfant. En effet, en l'absence de traitement, la mère a plus de risques de transmettre le virus à son enfant. C'est pourquoi les femmes acceptent de plus en plus d'être dépistées pendant la grossesse **(58)**. La transmission du VIH de la mère à l'enfant peut se produire pendant le deuxième et le troisième trimestre de la grossesse, pendant l'accouchement et à tout moment pendant l'allaitement au sein. Le risque de transmission mère-enfant avant ou pendant l'accouchement (en l'absence de toute intervention visant à réduire la transmission) est de 15 à 25% alors que l'allaitement au sein par une mère infectée augmente le risque de 5 à 20%, soit un risque total de 20 à 45%. Le risque de transmission par l'allaitement au sein est cumulatif : plus l'allaitement au sein par la mère infectée dure, plus le risque de transmission par ce moyen est grand. Dans les régions où l'allaitement au sein est usuel et de longue durée, l'allaitement maternel peut être la cause de la moitié des infections des nourrissons et des jeunes enfants par le VIH.

L'espoir d'atteindre l'Objectif six du Millénaire pour le Développement reste entier. Le rapport 2010 de l'épidémie mondiale élaboré par ONUSIDA **(59)** affirme que la quasi-élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant est possible. On estime qu'en 2009, 370 000 enfants ont contracté le virus du Sida dans le monde durant la période périnatale et la période de l'allaitement alors que ce nombre était de 500 000 en 2001.

2.4.1.2 La transmission par l'allaitement maternel

La transmission du VIH par l'allaitement au sein a été largement prouvée. Les premières études indiquant la possibilité de la transmission du VIH-1 par le lait maternel portent sur

des enfants allaités au sein par des mères infectées après l'accouchement par une transfusion sanguine ou par des rapports hétérosexuels **(60) (61) (62)**. D'autres études décrivent les cas de nourrissons dont la seule source d'infection est la mise en nourrice ou la consommation de lait provenant de plusieurs femmes **(63)**.

-Les mécanismes

Le mécanisme de la transmission du VIH par l'allaitement au sein n'est pas complètement élucidé **(64) (65) (66)**. On ne parvient, par exemple, pas encore à faire le lien entre les concentrations de virus dans le plasma et dans le lait.

Après l'ingestion de lait maternel infecté par le VIH-1, les surfaces des muqueuses de l'intestin du nourrisson sont, d'après plusieurs études **(67) (68)**, le lieu le plus probable de la transmission. Le virus peut pénétrer dans la sous-muqueuse par des ruptures ou des lésions muqueuses ou par transcytose grâce aux cellules M ou aux entérocytes qui possèdent des récepteurs spécifiques. D'autres études permettent de penser que les IgA ou IgM peuvent inhiber cette transcytose du VIH-1 à travers les entérocytes. Ainsi, les immunoglobulines anti-VIH-1 qui se trouvent dans le lait maternel peuvent contribuer à protéger de la transmission. Les amygdales contiennent des cellules M proches des lymphocytes et des cellules dendritiques qui permettent la réplication du virus et peuvent constituer une autre porte d'entrée du virus.

-Le moment

Il reste difficile de déterminer si l'infection d'un nourrisson se déroule pendant l'accouchement (intra-partum) ou immédiatement après la naissance par l'allaitement au sein (post-partum). La transmission des anticorps maternels à l'enfant et de l'existence d'une « fenêtre sérologique » pendant laquelle il n'est pas possible de déceler l'infection compliquent les études.

Même si les informations manquent pour estimer le lien exact entre la durée de l'allaitement au sein et le risque de transmission, le taux d'infection chez les nourrissons allaités au sein augmente avec la durée de l'allaitement. Le risque est cumulatif **(70) (71)**.

La comparaison du risque relatif de transmission par le colostrum et par le lait maternel mature est difficile **(72) (73) (74)**. Dans un premier temps, ces deux liquides contiennent différents types de cellules et des niveaux différents de composantes qui influencent l'immunité telles que la vitamine A, les immunoglobulines et la lactotransferrine. De plus, le nourrisson ingère un volume nettement plus faible de colostrum et ceci dans les premières heures seulement après sa naissance. Le système immunitaire du nourrisson est moins développé et la concentration dans son sang d'anticorps maternels est beaucoup plus élevée. De ce fait, on ne peut affirmer que ne pas donner le colostrum à un enfant né de mère séropositive réduise le risque de transmission du virus. Grâce à d'autres études, on sait maintenant que la période où le risque de transmission du virus est le plus élevé se situe

durant les premières semaines de la vie et l'infectivité varie selon le stade d'évolution du virus **(75) (76)**.

-Les facteurs influençant la transmission par l'allaitement au sein

Les études sur les facteurs influençant la transmission du VIH par l'allaitement au sein apportent des résultats de plus en plus concluants. La liste de ces facteurs inclut des facteurs maternels et des facteurs infantiles.

-les facteurs maternels :

-la charge virale.

Le risque de transmission par l'allaitement au sein dépend du niveau d'ARN dans le lait **(80)**, mais l'importance de ce risque n'a pas encore été correctement déterminée. Des études montrent que la charge d'ARN dans le lait varie considérablement d'un sein à l'autre, d'un moment à l'autre et que ces variations sont différentes selon chaque femme **(78) (79)**.

-l'état immunitaire lié au VIH.

Plusieurs études indiquent qu'un taux de lymphocytes CD4+ bas pendant ou peu avant l'accouchement entraîne un risque particulier d'infection postnatale chez le nourrisson **(81) (82) (83)**. On observe également que le taux de CD4+ plasmatique est bas lors de la détection du virus dans le lait maternel **(64)**. De plus, il est maintenant acquis que les femmes au stade SIDA vont transmettre plus fréquemment le virus à leur enfant.

-l'état des seins.

L'inflammation du sein, qui survient le plus souvent lors de la montée laiteuse, lorsque le drainage du lait est insuffisant ou lors d'un sevrage rapide, augmente le risque de transmission du VIH **(84) (85) (86)**. Mais il n'a pas encore été prouvé que le traitement des lésions mammaires permettait de réduire le taux de transmission du virus par l'allaitement au sein, des études sont en cours.

-les facteurs infantiles :

-l'intégrité de la muqueuse.

Des lésions de la muqueuse comme la candidose buccale peuvent conduire à une augmentation du risque de transmission du VIH par l'allaitement au sein. Toutefois, il est difficile de distinguer la cause de l'effet, car le muguet peut aussi être un symptôme de l'infection par le VIH-1 **(87)** et peut être la cause d'une candidose mammaire ou des fissures des mamelons.

-le mode d'alimentation des nourrissons.

Le mode d'alimentation est facteur particulièrement important dans la transmission du VIH par l'allaitement au sein car il peut modifier la perméabilité intestinale du jeune nourrisson. L'allaitement au sein exclusif recommandé pendant six mois est rarement pratiqué. Il est souvent complété par de l'eau, d'autres boissons ou des aliments. Dans une étude menée en Afrique du Sud **(88)**, on a souhaité comparer le risque d'infection de l'enfant par le VIH en fonction de son mode d'alimentation (AME, allaitement mixte, allaitement artificiel). Les trois groupes ne différaient pas quant aux facteurs importants de risque de transmission. Il en ressort que les nourrissons qui recevaient une alimentation mixte risquaient beaucoup plus d'être infectés à 15 mois (36,6%) que ceux qui avaient été exclusivement allaités au sein (25%) ou alimentés par une préparation commerciale (19%). L'allaitement au sein exclusif comporte un risque nettement inférieur d'infection par le VIH que l'alimentation mixte sans bien sur évaluer le recours strict aux préparations pour nourrissons.

Il est donc possible que la pratique de l'allaitement mixte intensifie le risque de transmission du VIH, en rendant l'intestin plus sensible, par des processus mécaniques ou inflammatoires. En d'autres termes, le lait artificiel crée des lésions et des zones inflammatoires sur la muqueuse intestinale du nourrisson facilitant l'entrée du virus amené par le lait maternel. Ces résultats, retrouvés dans plusieurs études **(98)**, influencent les recommandations en matière d'alimentation des nourrissons et de conseils donnés aux femmes infectées par le VIH pour lesquelles il n'existe pas d'alimentation de substitution acceptable, praticable, financièrement abordable, sûre et durable.

-le sexe du nourrisson.

Selon une analyse réalisée en 2003 **(69)** sur l'évaluation des facteurs susceptibles d'influencer la relation allaitement au sein et transmission postnatale tardive, le taux de lymphocytes CD4+ de la mère et le sexe du nourrisson influencent la transmission. Pour une durée d'allaitement semblable, les filles avaient 40% moins de risque que les garçons d'être infectées par l'allaitement au sein après l'âge de quatre semaines. Une hypothèse pourrait expliquer cette différence. Le risque de transmission postnatale tardive plus élevé chez les garçons que chez les filles est peut-être dû au fait que les garçons reçoivent des aliments complémentaires plus tôt et ont donc une alimentation mixte, ce qui peut augmenter leur risque d'infection.

La transmission du VIH par l'allaitement maternel n'est donc pas encore complètement élucidée. Plusieurs hypothèses de mécanisme sont proposées mais rien n'est encore tranché. De plus, de nombreux facteurs influençant cette transmission sont à prendre en compte. Les recherches, toujours actives, ne doivent pas ralentir car elles restent la base des grandes recommandations internationales sur l'allaitement et la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant et conditionnent leur efficacité.

2.4.1.3 Les grandes recommandations actuelles

Les grandes recommandations actuelles intègrent une prévention primaire dont la cible principale est la jeunesse. Ensuite, pour répondre à la pandémie qui sévit sur certaines zones du globe comme au Bénin, l'OMS publie régulièrement de grandes recommandations. Récemment deux nouvelles recommandations ont été publiées dont une directement liée à l'alimentation des enfants nés de mères séropositives dans les pays en voie de développement. Des options cohérentes doivent être proposées à ces femmes : l'allaitement exclusif ou l'alimentation de substitution et une doit leur être fortement déconseillée : l'allaitement mixte.

-La prévention primaire.

Avant d'élaborer des recommandations sur la prise en charge des femmes séropositives, il est primordial d'effectuer une prévention primaire. Elle consiste à prévenir l'infection des adolescentes et des jeunes femmes en âge de procréer. En Afrique subsaharienne, en Asie et dans les Caraïbes, le principal mode de transmission du VIH est le contact hétérosexuel. Il faut expliquer aussi l'importance de la prévention de l'infection par le VIH aux femmes enceintes séronégatives. Pour appliquer les mesures de prévention recommandées, le but, quoique difficile, est de promouvoir l'utilisation du préservatif. J'ai pu constater que cette action est parfois compliquée. Dans certains dispensaires béninois, des médecins refusent d'aborder ce thème lors des consultations, préférant prôner l'abstinence. Le but est aussi d'atteindre un taux élevé de dépistage du VIH accompagné d'un soutien psychosocial pendant la grossesse, ainsi qu'un taux élevé d'acceptation d'interventions, et de procéder au suivi de la mère et de son nourrisson jusqu'à 24 mois après l'accouchement.

-Les nouvelles recommandations de l'OMS sur l'alimentation des enfants nés de mères séropositives.

L'allaitement maternel exclusif est la meilleure alimentation du nourrisson durant les six premiers mois de sa vie et lui permet de bénéficier des conditions optimales de croissance, de santé et de développement. Cet allaitement au sein se poursuit jusqu'à 24 mois ou plus accompagné d'une alimentation de complément adéquate. Toutefois, après l'apparition de l'épidémie du VIH/SIDA, des recommandations spécifiques ont été élaborées au sujet de l'alimentation du nourrisson né d'une mère infectée par le VIH afin de lui assurer un maximum de chance de survie, tout en réduisant l'infection des nourrissons et des jeunes enfants par le VIH **(89)**.

Dans les pays industrialisés, l'allaitement d'un enfant par une mère VIH+ est une contre-indication absolue. Cette contre-indication ne peut se généraliser aux pays en voie de développement comme le Bénin pour des raisons à la fois économiques, sociales et sanitaires. L'enfant risque souvent moins l'infection par le VIH par l'allaitement maternel que

de mourir d'autres causes s'il est privé de lait. L'alimentation artificielle peut empêcher une grande proportion de transmission du virus de la mère à l'enfant mais est également associée aux augmentations de la morbidité et de la mortalité parmi les enfants exposé-non infectés et HIV-infectés. Les drogues d'antirétrovirales peuvent être employées pendant la lactation et réduire le risque de transmission. Pour la majeure partie du monde en voie de développement, les avantages de l'allaitement sur la santé et la survie de l'enfant dépassent les risques de la transmission de VIH, particulièrement quand un traitement antirétroviral est mis en place **(90)**. Mais à cause de l'influence des pays occidentaux, des avantages assumés de la formule infantile pour l'enfant ajouté à l'épidémie de VIH, les pratiques en matière d'allaitement se trouvent menacées.

Face à cette situation, l'OMS élabore régulièrement des recommandations. En 2006, il recommande aux mères VIH+ d'allaiter exclusivement leur enfant jusqu'à l'âge de six mois suivi d'un sevrage rapide à moins qu'une alimentation de remplacement soit acceptable, faisable, économiquement envisageable, pérennisable et sûre. Le choix du mode d'alimentation du nourrisson était laissé aux mères après les conseils des agents de santé. Ce sont ces recommandations qui étaient appliquées au CHD d'Abomey l'été 2010. Mais depuis le 30 Novembre 2009, elles ont été modifiées en même temps que les directives sur la Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME) et l'utilisation des antirétroviraux (ARV). Deux recommandations indissociables sont rédigées **(90)**:

« -Dans le cadre de la PTME, l'OMS recommande ... l'utilisation des ARV pour toutes les femmes enceintes VIH+ ainsi que leurs enfants afin de réduire le risque de transmission mère-enfant.

-... l'OMS recommande, comme la meilleure méthode pour les contextes d'Afrique de l'Ouest et du Centre pour réduire la transmission et améliorer les chances de survies - aux femmes VIH+ qui reçoivent des ARV d'allaiter exclusivement pendant les 6 premiers mois et de continuer l'allaitement jusqu'à 12 mois. L'allaitement au sein ne devrait pas continuer au delà de 12 mois si une alimentation saine et nutritionnellement adéquate est disponible. Avant que cette recommandation ne soit mise en œuvre, il faut que les autorités sanitaires nationales valident le choix de la promotion de l'allaitement en parallèle aux ARV. Ce qui veut dire que tous les services de santé du pays devront promouvoir cette approche d'alimentation du jeune enfant et non plus l'approche précédente de conseils où le choix était laissé aux mères VIH+. Même si les ARV ne sont pas disponibles, les mères doivent être conseillées sur l'allaitement au sein exclusif pendant les 6 premiers mois et la continuation de l'allaitement après 6 mois avec une alimentation complémentaire adéquate ; sauf si les circonstances environnementales et sociales permettent et soutiennent une alimentation de remplacement sûre. »

Des études à ce sujet ne cessent de naître entraînant une évolution des connaissances. Les recommandations de l'OMS évoluent rapidement, la mise en place et les mises à jour des programmes de sensibilisation sont alors difficiles. En juillet 2010, les recommandations appliquées étaient toujours celles de 2006. Les recommandations de Novembre 2009 vont mettre du temps à s'installer dans le système de PTME du Bénin même si certains médecins spécialisés étaient déjà au courant de l'existence de ces nouvelles publications lors de mon séjour. Elles doivent être prises en compte par le ministère de la santé qui engagera des actions selon ses moyens. A ce niveau l'UNICEF joue un rôle important en facilitant la diffusion de ces messages et en accélérant les étapes d'organisation du système de santé. Une fois ces deux directives adoptées, les conseillers en nutrition pourront délivrer un message uniforme sur les bénéfices de l'allaitement au sein exclusif pendant les six premiers mois de l'enfant et la continuation de l'allaitement au-delà de ces six mois à toute la population quelque soit leur statut en VIH (allaitement jusqu'à l'âge de douze mois, plus si aucune alimentation adaptée n'est disponible pour les mères séropositives et 24 mois pour les autres).

2.4.2. La Prévention de la Transmission Mère-enfant (PTME) : concept, application et difficultés rencontrées.

Face à cette épidémie de VIH/Sida en Afrique subsaharienne et la part importante de nouveaux cas pédiatriques, une prise en charge spécifique de la femme enceinte séropositive est mise en place. Ce protocole de Prévention de la Transmission Mère-Enfant (PTME) se base sur les grandes recommandations de l'OMS et se développe au Bénin.

2.4.2.1. Le concept

La Prévention de la Transmission du VIH de la Mère à l'Enfant (PTME) regroupe l'ensemble des mesures prises pour éviter cette transmission de la conception à l'allaitement de l'enfant. Elle est effective depuis 1994 au Bénin et comporte les aspects suivant :

- la prévention primaire de l'infection par le VIH chez les jeunes et les femmes en âge de procréer ;
- la prévention des grossesses non désirées chez les femmes séropositives ;
- la prévention de la transmission du VIH des femmes séropositives à leurs enfants ;
- le traitement, les soins et le soutien à apporter aux femmes séropositives, à leurs enfants et à leurs familles.

Depuis les années 1990, la recherche scientifique a démontré l'efficacité d'interventions pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH. Pourtant la réduction de la transmission postnatale et la mise en œuvre opérationnelle de la PTME restent un des défis les plus importants de la lutte contre le VIH/SIDA au Bénin.

-Les protocoles de traitement et résultats

Deux protocoles antirétroviraux sont en vigueur dans le pays. Ce sont des schémas thérapeutiques de prophylaxie par antirétroviraux (ARV) retenus pour réduire la transmission du VIH de la mère à l'enfant **(92) (96)**.

1) La triprophylaxie et la trithérapie antirétrovirales, Zidovudine (AZT) + Lamivudine (3TC) + Névirapine (NVP), sont instaurées dans les sites de PTME.

La triprophylaxie est proposée aux femmes non éligibles au traitement ARV à vie (c'est-à-dire ayant un taux de lymphocytes CD4+> 200/mm³ et des symptômes cliniques de la maladie peu développés), l'objectif étant de réduire au maximum la réplication virale maternelle. Elle est débutée au sixième mois de grossesse et interrompue six mois après l'accouchement couvrant ainsi la période recommandée pour l'allaitement maternel, on parle alors d'« allaitement protégé ». Pour prendre en compte la différence entre les demi-vies des composants du traitement, l'arrêt est séquentiel. La prise d'AZT et de 3TC est interrompue 21 jours après l'arrêt de la NVP. Si la mère choisit l'alimentation artificiel, l'AZT et 3TC sont administrés pendant 21 jours après l'accouchement et la NVP seulement le jour de l'accouchement.

La trithérapie est proposée aux femmes lorsque leurs états clinique et biologique l'exigent. Elle est mise en place le plus tôt possible et se poursuit à vie.

Quant à l'enfant, s'il est sous allaitement artificiel, on lui administre une dose unique de Névirapine à la naissance (2mg/kg) ainsi que AZT (4mg/kg x 2/j) et 3TC (2mg/kg x 2/j) pendant 21 jours. Si l'enfant est allaité, il recevra la NVP de sa naissance jusqu'à ses six mois et AZT+3TC pendant six mois et 21 jours.

2) La monoprophylaxie antirétrovirale consiste en une administration unique de 200mg de Névirapine à la mère au cours du travail d'accouchement. Elle est proposée dans les maternités périphériques pour les femmes vivant éloignées du centre de prise en charge. Dans les 72 heures qui suivent l'accouchement, 2mg/kg sont administrés au nouveau-né.

On complète le traitement du nouveau-né par une prescription de Cotrimoxazole dès six semaines de vie et jusqu'à la preuve de sa non-contamination afin de diminuer le risque d'infections opportunistes.

L'analyse de la situation de la PTME de 2006 **(92)** montre que la monoprophylaxie à la Névirapine demeure le protocole le plus appliqué aux femmes (environ 58%). La triprophylaxie antirétrovirale débutée au Bénin en 2006 reste l'apanage des maternités spécialisées. Dans la plupart de ces maternités, on note une cohabitation des deux protocoles (mono et triprophylaxie) car certaines femmes non suivies dans ces centres s'y rendent uniquement pour l'accouchement.

La prévalence du VIH chez les enfants nés de mères séropositives varie significativement selon que la mère ait suivi un protocole de prévention ou non et selon le type de protocole **(figure 22)**. D'après une étude réalisée au Bénin sur l'analyse de la situation de la PTME, le

protocole le plus simple représenté par la prise unique d'un comprimé de Névirapine au cours du travail, réduit au tiers le risque de transmission naturelle. L'administration d'une triprophylaxie ou d'une trithérapie antirétrovirale entraîne une réduction drastique de la prévalence chez les enfants à 2.2% contre 17% si rien n'est fait.

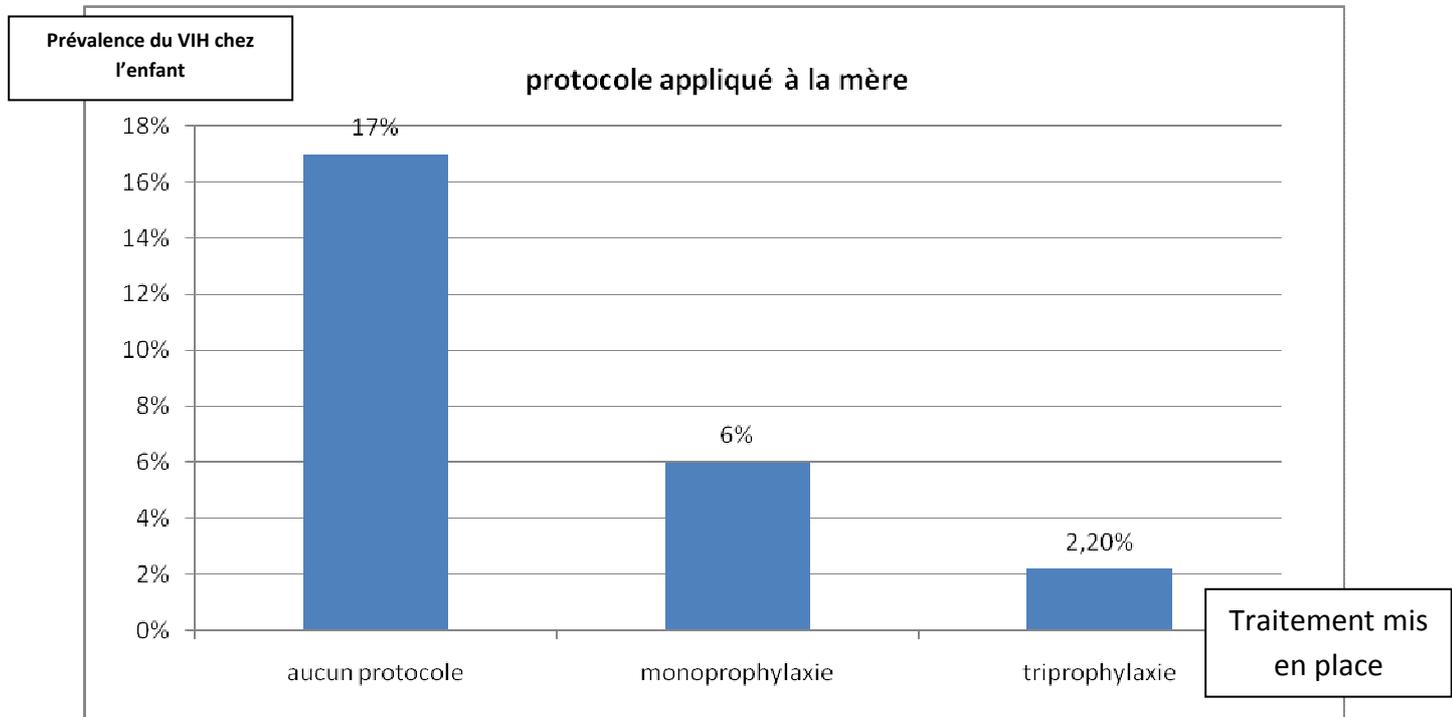


Figure 22: Taux de positivité des enfants au test VIH en fonction du protocole ARV appliqué à la mère (92)

Les résultats de cette analyse montrent le bénéfice de la mise en place d'un protocole de PTME chez la patiente séropositive. On notera que les résultats de cette étude sur la prévalence du VIH chez l'enfant lorsqu'aucun traitement n'est instauré tranche avec les chiffres de 35 à 45% de transmission spontanée du VIH de la mère à l'enfant dans les pays en développement souvent évoqués dans la littérature.

-Les activités dans les sites de Prévention de la Transmission Mère-Enfant

Ce sont dans des structures sanitaires appelées « sites PTME » que sont mises en œuvre les activités de PTME conformément aux normes en vigueur. On y fournit le dépistage (gratuit, confidentiel et non obligatoire) dès le début de la grossesse accompagné d'un dosage des lymphocytes CD4+ et de conseils pré et post-test. On organise des séances de conseils en groupe, la prophylaxie et le traitement antirétroviral, pratique des accouchements à moindre risque et des soins au nouveau-né. On fournit des conseils et soutien en matière d'alimentation du nourrisson, offre des soins et soutien à la mère séropositive et à son enfant même plusieurs mois après l'accouchement afin de surveiller l'apparition de maladies opportunistes, la bonne observance du traitement ou encore le suivi de l'alimentation de

l'enfant. Enfin pour toutes les femmes séropositives, une consultation de planification familiale est indiquée protégeant à la fois contre une nouvelle grossesse et l'infection du partenaire.

Le système de santé compte 611 maternités dont 355 offrent d'une manière ou d'une autre des services de PTME aux femmes enceintes en 2008. Ces activités sont récentes dans les maternités et près du quart des sites a été créé en 2005.

L'ensemble de ces activités est proposé gratuitement à toutes les mères y compris le dépistage du VIH, la dispensation des ARV et dans certaines structures comme au CHD du Zou et Collines, le lait est fourni pendant les quatre premiers mois aux mères ayant fait le choix de l'allaitement artificiel. Dans d'autres centres, des subventions sont levées pour aider les mères à l'achat du lait ou encore aux déplacements pour les consultations. Des initiatives locales apportent de l'argent pour aider les familles à acheter les autres médicaments et éviter les guérisseurs lorsque l'enfant tombe malade.

Par la suite, le suivi du nouveau-né se fait dans l'idéal tous les mois jusqu'au 9^{ème} mois puis à 12, 15 et 18 mois. Un dossier pré-rempli et détaillé sert de trame à ces consultations. On y inscrit en particulier le protocole antirétroviral appliqué, le statut vaccinal, l'option alimentaire choisie et on fait le point sur l'état de santé général de l'enfant. D'après mon expérience, les suivis stricts sont rares. L'enfant est souvent vu un mois sur deux, la plupart du temps parce qu'il est difficile et onéreux pour la mère de faire le déplacement jusqu'au centre de PTME et parfois parce que ces consultations sont cachées au père de famille ou à l'entourage.

C'est dans le cadre de ces consultations que l'on effectue le diagnostic. Le protocole est différent en fonction du choix de l'alimentation. Si la mère a opté pour l'alimentation artificielle, on effectue une PCR à six semaines faisant office de valeur diagnostic. En revanche, si l'allaitement maternel exclusif est pratiqué, on effectue une PCR à 6 semaines. On obtient un premier résultat indicatif. Puis une nouvelle PCR est effectuée 1 mois après le sevrage. Si jusque là les résultats s'avèrent négatifs, des sérologies de confirmation (moins coûteuses que la PCR) sont effectuées à 12 et 18 mois. Une fois le diagnostic définitif de l'enfant posé, la prise en charge PTME prend fin.

2.4.2.2. Des conseils primordiaux sur l'alimentation

Les professionnels de santé intégrés dans le processus de prise en charge des femmes enceintes séropositives doivent les sensibiliser sur l'alimentation de leur futur enfant. Entre le dépistage et l'accouchement, plusieurs entretiens doivent être organisés. Par la suite, le post-partum est un moment clé pour lui apprendre à appliquer l'option choisie et les conseils délivrés auparavant. Lors des consultations qui suivent l'accouchement (suivi PTME, vaccination et autres soins post-nataux) les agents de santé (infirmiers, médecins et sages-

femmes) ont avec elles, des contacts privilégiés permettant de faire le point et de mettre le doigt sur les difficultés rencontrées.

Ce procédé se résume en six étapes présentées dans les différents guides élaborés par l'OMS et Unicef (93).

-Etape 1 : les risques de transmission du VIH de la mère à l'enfant

L'étape 1 consiste à « expliquer les risques de transmission du VIH de la mère à l'enfant », les différents modes de transmission du virus et souligner certains points importants de la maladie incitant la femme à bien suivre la prise en charge. Ainsi, le professionnel de santé se doit de combattre les fausses idées, expliquer comment ce déroulera le diagnostic de l'enfant, aborder avec la mère les facteurs de risques, les moyens de prévention, l'évolution et le suivi de la maladie.

-Etape 2 : avantages et inconvénients des différents modes d'alimentation de l'enfant

Ensuite, il s'agit de « présenter les avantages et les inconvénients des différentes options d'alimentation (**Figure 25 et 26**), en commençant par la première option alimentaire choisie par la mère ». Au Bénin, les deux alternatives proposées sont l'utilisation de lait artificiel et l'allaitement maternel exclusif sous couverture antirétrovirale. La demande des services d'une nourrice est mal vu (presque un tabou) et la consommation de lait animal modifié à domicile leur est inconcevable (idée « décevante » quand on sait que l'on retrouve des chèvres partout dans les villages).

Support de présentation des différentes options d'alimentation – Etape 2 (figure 23 et 24) :

Les avantages et inconvénients du lait artificiel

Les avantages	Les inconvénients
<ul style="list-style-type: none">■ Donner du lait artificiel n'entraîne pas de risque de transmission du VIH au bébé.■ La plupart des nutriments dont votre bébé a besoin sont déjà ajoutés dans le lait artificiel.■ D'autres membres responsables de la famille peuvent aider à nourrir le bébé. Si vous tombez malade, d'autres personnes peuvent nourrir votre enfant.	<ul style="list-style-type: none">■ Vous avez besoin de combustible et d'eau propre (qui doit être bouillie correctement pendant 1 à 2 secondes) pour préparer le lait, et de savon pour laver la tasse du bébé.■ L'entourage peut se demander pourquoi vous utilisez le lait artificiel au lieu d'allaiter, et ceci pourrait faire suspecter que vous êtes séropositive.■ La préparation du lait artificiel prend du temps et le lait doit être préparé à chaque repas (à moins que vous n'ayez un réfrigérateur).■ Le lait artificiel est cher et vous devez toujours en avoir suffisamment sous la main. Votre bébé a besoin de 40 boîtes de 500 g pour 6 mois. Cela coûtera environ _____ par mois (insérez le coût local).■ Le bébé aura besoin de boire avec une tasse. Les bébés peuvent apprendre à le faire, lorsqu'ils sont très jeunes, mais cela peut prendre du temps.■ Vous pouvez tomber enceinte très tôt.
<p>Les inconvénients</p> <ul style="list-style-type: none">■ A la différence du lait maternel, le lait artificiel ne contient pas les anticorps qui protègent votre bébé contre les infections.■ Un bébé nourri au lait artificiel est plus susceptible d'être gravement malade. Il peut avoir la diarrhée, des infections respiratoires et la malnutrition, particulièrement si le lait n'est pas correctement préparé.■ Vous devez arrêter complètement l'allaitement sinon, le risque de transmission du VIH se poursuivra.	

Figure 23 : Avantages et inconvénients du lait artificiel (93)

Les avantages et inconvénients de l'allaitement exclusif

Les avantages	Les inconvénients
<ul style="list-style-type: none">■ Le lait maternel est l'aliment idéal pour les bébés. Il les protège contre plusieurs maladies, plus particulièrement la diarrhée et la pneumonie, ainsi que du risque de mourir de ces maladies. Le lait maternel donne aux bébés tous les nutriments et l'eau dont ils ont besoin.■ Les bébés allaités n'ont pas besoin d'un autre liquide ni d'un autre aliment.■ Le lait maternel est gratuit, toujours disponible, et ne nécessite pas de préparation spéciale.■ L'allaitement maternel exclusif au cours des premiers mois peut réduire le risque du passage du VIH, comparé à l'alimentation mixte.■ De nombreuses femmes allaitent leur bébé, ainsi personne ne se demandera pourquoi vous le faites.■ L'allaitement exclusif vous aide à vous remettre de l'accouchement et vous protège d'une grossesse précoce.	<ul style="list-style-type: none">■ Votre bébé est exposé au VIH, aussi longtemps que vous allaitez.■ L'entourage peut vous inciter à donner de l'eau ou d'autres liquides, ou des aliments au bébé durant la période de l'allaitement. Cette pratique, connue comme alimentation mixte, peut augmenter le risque de diarrhée et des autres infections.■ Vous aurez besoin d'aide pour allaiter exclusivement, jusqu'à ce qu'il vous soit possible d'utiliser une autre option d'alimentation.■ Il peut être difficile de pratiquer l'allaitement exclusif si vous travaillez en dehors de la maison et qu'il ne vous est pas possible d'emmener votre bébé avec vous.■ Il peut être difficile de pratiquer l'allaitement exclusif si vous tombez très malade.

Figure 24 : Avantages et inconvénients de l'allaitement exclusif (93)

-Etape 3 : la situation de la mère

Après avoir établi une relation de confiance avec la mère, l'agent de santé analyse la situation du ménage et de la famille. On aborde avec elle les problèmes sanitaires (accès à l'eau potable, existence de latrine...), le coût du lait artificiel, le besoin d'installation (réfrigérateur...) et la relation avec les autres membres du foyer (soutien dans les tâches ménagères, connaissance de la maladie et du statut sérologique de la mère...).

A travers les résultats de cette 3^{ème} étape, des difficultés sont mises en avant (manque de moyen, manque de temps, pression familiale...) et les conseils sont adaptés. Il ne faut en aucun cas poser de jugement sur la vie de cette femme.

-Etape 4 : le choix de l'option d'alimentation appropriée

On aide ainsi la mère à choisir une option alimentaire appropriée. Cela permet d'éviter certaines situations difficiles aboutissant à la pratique d'un allaitement mixte qui se retrouvent dans les dossiers médicaux : « choix du lait artificiel puis passage au lait maternel une semaine plus tard pour des problèmes financiers par décision unilatérale ». Lors des consultations PTME effectuées au CHD, le Dr Bossou donne les conseils hygiéno-diététiques nécessaires et indique que l'allaitement maternel exclusif est préférable. Cette étape est

appelée le « Counseling ». Il me souligne qu'au Bénin : « on impose rien, la femme décide et on la soutient quelque soit son choix ». Il rajoute que laisser le libre arbitre est souvent plus efficace « tu connais les risques, maintenant c'est toi qui choisis ». L'agent de santé fait en sorte que la mère puisse faire du mode d'alimentation de son enfant un choix éclairé.

L'alimentation artificielle consiste à donner au nourrisson, qui ne reçoit aucun lait maternel, des aliments qui lui fournissent tous les nutriments dont il a besoin. La femme infectée par le VIH qui décide de supprimer le risque de transmission du virus par l'allaitement au sein doit renoncer à allaiter son enfant dès sa naissance et utiliser un lait de substitution approprié. Elle doit le faire pendant toute la période durant laquelle il est recommandé d'allaiter et durant laquelle l'enfant court le plus de risque de malnutrition, c'est-à-dire, les deux premières années de sa vie. Cette option est pratiquée par 24.7% des femmes séropositives. Ce résultat est plutôt surprenant lorsqu'on considère le coût prohibitif de ces substituts au regard du niveau de vie de la population béninoise en générale et des femmes séropositives en particulier. Cette évolution des pratiques s'observe à la faveur des subventions offertes au niveau de certains sites de prise en charge.

L'option pratiquée par près de 70% des femmes séropositives reste l'allaitement maternel exclusif. Par ce choix, ces femmes protégeront ainsi leur nourrisson contre les maladies infantiles courantes et, réduiront éventuellement le risque de transmission du VIH. Si l'on regarde plus précisément, on remarque que la proportion de femmes ayant accouché sous monoprophyllaxie qui adopte ce mode d'alimentation est significativement plus élevée que les autres. Ceci s'explique par le fait que d'une part, les femmes sous triprophyllaxie se voient offrir comme alternative dans certains centres des substituts du lait maternel et donc sont celles qui pratiquent le plus ce mode d'alimentation ; d'autre part, celles qui n'ont bénéficié d'aucun protocole ont le moins accès aux services de santé, aux bonnes informations, et donc associent souvent au lait maternel d'autres aliments, pratiquant ainsi l'allaitement mixte ce qui augmente le risque de contamination de leur enfant. On notera que cette pratique fortement déconseillée est pratiquée par 5.2% des femmes séropositives

-Etape 5 : la pratique de l'option choisie

On montre comment appliquer l'option alimentaire choisie. Dans l'idéal, si la mère a opté pour l'allaitement maternel, des conditions sont à remplir. La mère doit accepter le protocole antirétroviral. Elle doit être sous antirétroviraux jusqu'à six mois après l'accouchement, le nouveau-né doit être sous triprophyllaxie pendant 21 jours et un suivi médical doit être fait tous les mois. Si ces conditions ne sont pas remplies, on peut refuser l'accompagnement. Il est important de redéfinir ensuite ce qu'est l'allaitement maternel exclusif en précisant sa durée, ses contraintes et rappeler les dangers de l'allaitement mixte. On explique comment débiter l'allaitement et les différentes positions. Enfin des conseils

sont donnés pour le suivi et un soutien est offert. On tente par exemple de prévenir et de traiter les crevasses et les mastites.

Si le choix est l'alimentation artificielle, on vérifie que cette pratique soit **acceptable, praticable, financièrement abordable, sûre et durable** par rapport à la situation de la mère. Il faut aider la mère dans le choix du lait (lait artificiel vendu en pharmacie), des ustensiles (privilégier la tasse et déconseiller le biberon) et une démonstration est indispensable. Enfin il faut signaler que cette option impose un suivi médical rapproché de l'enfant et proposer à la mère le soutien en cas de besoin d'informations complémentaires. On rappelle la quantité qu'il sera nécessaire d'acheter pour répondre aux besoins du bébé de 0 à 6 mois afin que la mère évalue le budget imposé (dans certaines structures le lait est offert pour les 1ers mois de vie du bébé).

-Etape 6 : le suivi et le soutien

Une fois l'alimentation bien en place, on suit son efficacité et l'évolution de l'enfant lors des consultations mensuelles de PTME. Une partie de cette consultation est réservée à l'évaluation nutritionnelle de l'enfant (poids, taille, périmètre crânien) pour s'assurer de l'adéquation entre la consommation alimentaire de l'enfant, les besoins nutritionnels pour l'âge et la capacité familiale à satisfaire les besoins de l'enfant. Enfin, on accompagne la mère dans le sevrage et on la conseille dans la diversification alimentaire. Lors du sevrage du lait artificiel, on donne celui-ci jusqu'à 4-5 mois puis on introduit progressivement de la bouillie. En ce qui concerne l'allaitement maternel, le sevrage s'effectue sur 2 semaines (à partir de 5 mois ½ pour un sevrage total à 6 mois) et on commence à utiliser la tasse à partir de 3 mois pour faciliter le sevrage.

2.4.2.3. Les difficultés rencontrées en réalité : le partage des résultats, la pression familiale et sociale...

Malgré le poids de la maladie et de la stigmatisation, les femmes infectées font face à de multiples charges qui reposent sur elles : se soigner, prévenir la transmission mère-enfant, informer leur conjoint et gérer le partage du secret concernant la séropositivité dans le couple, subir la pesanteur familiale qui règne dans le foyer, assurer les soins aux enfants atteints, soutenir d'autres personnes qui viennent de découvrir leur séropositivité... **(58)**.

Elles sont motivées pour se faire dépister et traiter dans le but de protéger leurs enfants mais malheureusement, les recommandations des équipes médicales ne sont pas toujours suivies. Lorsque les mères n'osent pas révéler leur séropositivité aux pères, elles ont tendance à maintenir les modalités d'allaitement habituelles, à cause des pressions qu'elles subissent de l'entourage. La capacité des mères à appliquer les règles de prévention dépend en premier lieu de leur autonomie personnelle, de leur niveau d'éducation et du soutien qu'elles reçoivent de leur entourage et des associations.

-Le partage des résultats est une obligation légale.

La loi N°2005-31 du 10 avril 2006 portant sur la prévention, la prise en charge et le contrôle du VIH/SIDA en République du Bénin, stipule que « toute personne dépistée positive au VIH a l'obligation d'en informer son ou ses partenaires, avec l'appui d'un conseiller si nécessaire ». D'après l'analyse de la situation de la PTME rédigée en Novembre 2008, plus d'un quart des femmes (26%) ne partagent pas l'information sur leur séropositivité avec leur conjoint. Les femmes mariées ou vivant maritalement partagent plus leur sérologie VIH avec leur conjoint que celles vivants séparées du conjoint (77.0% versus 48.4%). C'est la preuve d'une méconnaissance de la loi qui en son article 27 annonce que : « Toute personne se sachant infectée par le virus du SIDA, et qui sciemment entretient des rapports sexuels non protégés avec un ou une partenaire non informé(e) de son état sérologique, même si celui-ci ou celle-ci est séropositif(ve), sera punie de la réclusion criminelle allant de 5 à 10 ans et d'une amende de 1 million à 5 millions de Francs-CFA » (92).

-La réaction du partenaire et de l'entourage.

De nombreuses raisons sont invoquées (92) comme l'ignorance (11.2%) ou encore la culpabilité (5.6%). Mais dans la majorité des cas, c'est la peur (45.3%) qui les pousse à cacher leur séropositivité. Même si à ce jour, les réactions des conjoints à l'annonce de la séropositivité des femmes sont pour la plupart (71.3%) l'acceptation, l'indifférence et le mutisme pour 19.9%. On relève tout de même encore que 5.3% des conjoints ont eu une réaction violente. Le partage du résultat avec le conjoint favorise un meilleur suivi du protocole par la gestante ce qui par ricochet, fait minimiser le risque de transmission du virus à l'enfant. Pour autant, d'après le Dr Kader Djaho, médecin spécialisé dans la prise en charge du VIH au Dispensaire de St Camille de Davougon, le partage des résultats peut aussi représenter un risque d'abandon du suivi PTME. Le partage des résultats n'implique pas forcément l'adoption d'une bonne hygiène de vie sexuelle et notamment des cas de rejets ou de déni de la maladie sont observés chez certains époux pouvant se traduire par un refus de se faire dépister. Lorsque le mari effectue le dépistage et que celui-ci s'avère négatif, cela signifie pour lui que sa conjointe est infidèle. Dans certains dossiers de suivi PTME, des cas de divorces sont cités entraînant un abandon du suivi PTME. Une forte pression pèse sur ces femmes dont le partage de leur séropositivité peut les aider ou au contraire bouleverser leur vie.

La pesanteur familiale règne sur les jeunes mères qui ne sont plus libres de leurs actes ni de l'éducation à apporter à leur enfant. Lorsque la mère est séropositive, la situation se complique. Passé le stade du partage des résultats avec son mari, le partage des résultats avec la belle-famille est primordial. L'appui des femmes du foyer est indispensable pour une bonne application de l'option choisie. Mais dans certaines situations, la jeune mère risque d'être chassée de la maison par la belle-famille qui refuse que l'image du SIDA, souvent associée à l'infidélité..., entache sa maison. Dans des dossiers de suivi de PTME, des cas de

rejets de la cellule familiale et de stigmatisation ont été rapportés lorsque l'état sérologique d'une femme était connu dans le foyer. D'autres familles font le choix de dénie de la situation et font comme si de rien était, réaction qui rend difficile l'application de l'option alimentaire choisie pour l'enfant. Mais heureusement ces réactions tendent à diminuer (grâce à l'appui des professionnels de santé...) au profit d'une réaction de compréhension et d'accompagnement.

L'agent de santé se doit de soutenir la jeune mère. Proposer de faire venir un proche incompréhensif lors d'un entretien de PTME peut être bénéfique. Le médecin, personne respectée par la communauté pour sa réussite sociale, sera écouté. De plus de nombreuses personnes ont peur de Sida parce qu'elles n'ont pas d'information sur cette maladie. Chaque opportunité est bonne pour rappeler que ce virus ne se transmet ni par les gestes usuels, ni par le toucher, ni par l'utilisation de même ustensiles de cuisine.

-Les conséquences du non partage

Le choix de l'alimentation de l'enfant doit prendre en compte la réaction de l'entourage. La non-connaissance par l'entourage de la situation ou le refus d'une des options d'alimentation proposées peut nettement influencer le choix définitif pour l'enfant à naître. Elle peut rendre difficile aussi bien l'allaitement maternel exclusif que l'alimentation artificielle entraînant comme principal risque la pratique d'un allaitement mixte totalement contre-indiqué dans la PTME. L'analyse de la situation de PTME au Bénin publiée en Novembre 2008 confirme cette idée. Malgré les craintes face à la réaction du conjoint, les enfants dont les mères partagent leur sérologie sont relativement moins infectés au VIH que ceux dont les mères ne l'ont pas fait.

Toute mère séropositive qui décide d'allaiter doit faire face à des pressions l'incitant à donner à son bébé d'autres aliments comme de la bouille, de l'eau ou encore des tisanes. L'administration de tisanes au nourrisson fait partie des coutumes béninoises et malgré une lutte acharnée des agents de santé contre ces pratiques dangereuses, elles sont loin de disparaître. La mère séropositive aura de la peine à défendre son option choisie sans en expliquer la raison ou sans faire douter l'entourage de sa séropositivité. De plus, ces pratiques sont souvent apportées et imposées par les grands-mères du foyer qui incarnent les chefs de famille.

D'une autre part, la femme qui choisit de ne pas allaiter peut subir des pressions en faveur de l'allaitement au sein. Une femme aisée de milieu urbain peut pratiquer un allaitement artificiel sans que cela ne pose problème à l'entourage. Cette pratique occidentale sera même bien vue et représente d'ailleurs une des difficultés pour l'application de l'allaitement maternel exclusif. Mais il en est autrement pour une femme pauvre ou illettrée. La pratique d'un allaitement artificiel entraîne souvent des suspicions de séropositivité. Cette situation favorise alors l'allaitement mixte. La mère effectue un allaitement artificiel quand elle est

seule et un allaitement maternel dès qu'elle se trouve en publique. Pour ces raisons, il arrive que certaines mères s'isolent de leur belle-famille pour éviter d'attiser leur curiosité. De plus, l'utilisation adéquate de lait artificiel dans les familles béninoises qui ne sont pas de classe sociale élevée est très difficile. L'aide des membres de la famille est indispensable pour l'approvisionnement en eau potable régulière, en lait et en produits appropriés, pour rendre les ustensiles propres et pour la préparation de ce lait régulièrement à tout moment de jour comme de nuit.

Si la mère n'arrive pas à appliquer au quotidien l'option choisie par manque de soutien ou à cause de cette pesanteur familiale, l'agent de santé doit l'aider lors des entretiens à préparer des arguments fiables lui permettant de se justifier autrement que par sa séropositivité, sur ses pratiques alimentaires. Cette démarche doit commencer avant l'accouchement pour prendre en compte toutes les difficultés pour le choix définitif. Si ces difficultés sont franchies, toutes les chances sont mises du côté de la mère pour minimiser le risque de contamination post-partum. De plus, toutes les femmes séropositives (et particulièrement celles qui n'ont pas le soutien de leur proches) peuvent trouver une aide auprès des groupes de soutien des personnes infectées par le VIH ou atteintes du SIDA. Si la mère choisit l'allaitement maternel exclusif, elle trouvera aussi de l'aide dans un groupe de soutien à l'allaitement qui accueille toutes les femmes souhaitant pratiquer un allaitement maternel exclusif (séropositive ou non).

Le partage du résultat avec le mari et avec l'ensemble du foyer est donc primordial pour l'application de l'option choisie même si le Sida reste, comme partout dans le monde, une maladie stigmatisée.

La PTME est très bien structurée dans les différents centres que j'ai pu visiter (CHD, dispensaire, Centre d'Information, de Protection et de Conseil). Les discours des différents professionnels rencontrés sont homogènes même si ils correspondent aux recommandations de prise en charge de la PTME de 2006. Comme vu dans le chapitre sur les grandes recommandations actuelles, deux nouvelles recommandations indissociables sont en vigueur depuis fin 2009 en Afrique de l'Ouest et du Centre : une amélioration de la mise en place des traitements antirétroviraux (plus précoces et plus généralisées) et une harmonisation des recommandations en matière d'allaitement pour les mères ne pouvant apporter une alimentation de remplacement sûre (AME jusqu'à six mois et allaitement jusqu'à douze mois). L'approche précédente de conseil où le choix est laissé à la mère VIH+ ne devra plus se faire. Il reste donc devant les organisateurs un grand chantier pour formaliser, diffuser, et appliquer ces nouvelles directives de façon aussi homogène que l'ont été les dernières dans l'ensemble du pays. De plus, par cette image négative que représente l'infection à VIH et le SIDA, la vie d'une femme qui apprend sa séropositivité peut s'écrouler brutalement, elle sera rejetée par son mari, sa famille et une grande partie de son

entourage. C'est en multipliant les campagnes de prévention, en sensibilisant la population et en développant la Prévention de la Transmission Mère-Enfant que la séropositivité des femmes pourra être assumée favorisant ainsi une meilleure prise en charge.

3. En pharmacie

De nombreux programmes sur la promotion de l'allaitement maternel, la protection des enfants, la prise en charge pédiatrique ont vu le jour mais rares sont ceux où le pharmacien est impliqué voir même mentionné. Pour autant, sa position au niveau communautaire et sa place en tant que dernier maillon de la chaîne de distribution du lait artificiel donne à cette profession de grandes opportunités dans la promotion de l'allaitement maternel exclusif.

3.1. Le Code International de commercialisation des substituts du lait maternel

3.1.1. La situation au Bénin

Il est déplorable que la mode du biberon ait envahi l'Afrique. C'est pour une large part d'origine occidentale. De leur côté, les compagnies commerciales n'ont pas été longues à comprendre qu'il y avait là une possibilité de gagner de l'argent. De nombreux journaux locaux et autres moyens d'information ont fait de la publicité pour une ou plusieurs marques de lait destinées à l'alimentation des bébés. Cette publicité implique que l'allaitement au biberon est supérieur à l'allaitement au sein. On présentait une mère bien habillée, épanouie, donnant le biberon à un bébé joufflu et souriant ; à l'arrière plan, une solide maison moderne, le tout donnant à entendre qu'il est moins contraignant et préférable en un certain sens de nourrir un bébé au biberon. Cette même publicité mettait aussi parfois en lumière les éléments nutritifs ajoutés à la poudre de lait, sans préciser que le lait de la mère n'a besoin d'aucun apport nutritif supplémentaire pendant les six premiers mois d'allaitement.

Pour éviter ces situations, un décret d'application du Code International de commercialisation des substituts du lait maternel a été voté en 1997 au Bénin. Ce décret a pour objectif de réglementer « la commercialisation et la distribution des substituts du lait maternel et des produits assimilés au Bénin en vue de procurer aux nourrissons une nutrition sûre et adéquate par la protection, l'encouragement, la promotion et le soutien à l'allaitement maternel ». L'information, l'éducation à apporter aux familles ainsi que les instruments utilisables sont réglementés. S'ajoute à cela, l'interdiction au système de distribution de faire dons de ces produits ainsi que la distribution d'échantillons directement aux mères. La promotion devient très encadrée : toute publicité sur l'alimentation artificielle aux enfants de moins de six mois auprès du grand public est interdite. Les agents de santé se voient attribuer des responsabilités : ils doivent en particulier dénoncer toute violation du Code et toute pratique pouvant nuire à l'allaitement maternel. Quant aux produits eux-mêmes, ils sont soumis à des contrôles de qualité et leur étiquetage devient très strict

(obligation de mentionner la supériorité de l'allaitement maternel par rapport à l'allaitement artificiel). Toute effraction de ce décret est punie par la loi.

Dix ans plus tard, un rapport de UNICEF/NEW YORK (2007) sur l'état du Décret au Bénin est établi et il en conclut que de nombreuses améliorations restent à fournir. Tout d'abord, le décret est quelque peu hors de propos. Il recommande par exemple l'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de quatre mois au lieu de six mois. Actuellement, il n'y a aucun comité actif de surveillance du contrôle et de l'exécution du Décret. Le système de contrôle est passif (absence d'outil, système, ressources désignées). Les violations peuvent être annoncées si elles sont observées, mais aucune plainte n'a été reçue dans les cinq dernières années. De plus, pour répondre à la situation endémique de Sida, une révision doit être faite concernant l'utilisation des substituts du lait maternel pour les enfants nés de mère séropositive.

3.1.2. Impact sur les pratiques et sur les pharmacies

Les données des EDS du Bénin de 1996 (45), 2001 (46) et 2006 (44) indiquent que l'utilisation des préparations pour enfants de moins de six mois a sensiblement augmenté avec un taux pour les enfants entre 3 et 6 mois passant de 5% en 1996 à 22% en 2006. Le taux d'utilisation des biberons pour le même groupe a augmenté de 7 à 12% pendant la même période. Ces chiffres indiquent que, même si le Bénin ne présente pas des taux extrêmes d'utilisation des biberons et des préparations pour enfant, ces taux augmentent. L'application et le renforcement du contrôle du décret seront utiles pour renverser cette tendance. L'objectif principal de la révision de ce décret est d'inclure des actions de contrôles et d'exécution au niveau départemental.

L'alimentation artificielle est un fardeau économique trop lourd et trop souvent inutile pour les familles, les communautés et les Etats. Ce n'est pas au Bénin que l'on démentira ces propos. Dans son bulletin « Allaitement Maternel Info » n°4 de Août 1998, Ibfan/Bénin rapporte que le coût d'achat du lait artificiel pour un bébé béninois pendant les six premiers mois est très parlant aussi bien pour la famille que pour la société béninoise. Ce coût d'achat du seul lait artificiel représente cinq mois de salaire.

Le pharmacien, à la fois distributeur direct de lait infantile aux mamans et professionnel de santé se doit de connaître et porter à la connaissance de ses employés l'existence et le contenu de ce Code. La pharmacie est un lieu primordial dans la chaîne de distribution du lait artificiel, où l'on se doit de veiller à l'application de l'ensemble des points du Code. Sa mise en place a entraîné de grand changement. L'ensemble des affiches de promotion des substituts du lait maternel ont disparu, l'exercice du pharmacien en terme de conseil en allaitement est encadré par des lois, des programmes de communication... Face à cette pression, les occasions de vendre du lait pour nourrissons sont plus rares. L'allaitement artificiel est un coût important pour une famille béninoise. A l'inverse, le pharmacien, est

aussi conscient que c'est une vente. De nombreux laits artificiels sont proposés dans les pharmacies et les informations quant à leur utilisation et l'âge indiqué ne sont pas clairement expliquées aux clients. La mauvaise surveillance et l'absence de mise à jour de ce Code n'améliore pas l'adhésion des pharmaciens car même si ils adhèrent scrupuleusement au Code, personne n'a conscience de leurs efforts.

En plus de ce Code, ils doivent se mettre à jour sur les différentes recommandations internationales de l'OMS et nationales du ministère de la santé du Bénin. A l'heure actuelle, le pharmacien doit connaître la marche à suivre pour accompagner les mères dans l'allaitement maternel, conseiller une mère souhaitant utiliser des substituts du lait maternel, aider une mère d'un bébé de « très bas poids de naissance », aider une mère allaitante qui reprend le travail, ou encore accompagner une mère séropositive dans son choix d'alimentation de son enfant (sujets sensibles pour lesquels les recommandations évoluent constamment).

3.2 Enquête sur le rôle du pharmacien

Pour développer le rôle du pharmacien dans le conseil en allaitement, un état des lieux est nécessaire. Je me suis intéressée à différents points de vue : celui des mères allaitantes ou ayant allaité, des pharmaciens, des médecins ainsi que des responsables au niveau du ministère.

3.2.1 Auprès des mères allaitantes : place du pharmacien dans le parcours de soins

Vers qui se tournent les mères lorsqu'elles ont un problème à résoudre au sujet de l'allaitement ou une question à poser ? La majorité des mères a répondu qu'elle demanderait au médecin de l'hôpital ou d'un dispensaire, et quelques unes ont répondu qu'elles demanderaient à la grand-mère de la maison, d'autre à leur mari.

En réalité, le véritable parcours de soins des béninois n'est pas si évident. Les enfants qui arrivent à l'hôpital sont dans la majorité des cas dans un état grave. Cet état s'explique par le retard de prise en charge dans une structure adaptée. Par coutume et aussi pour des raisons financières, on fait d'abord appel à un guérisseur lorsque quelqu'un est malade. Celui-ci procède à de nombreux rituels obscurs comme des scarifications, l'administration de tisanes et décoctions... Parfois la mère tente de poser elle-même un diagnostic et soigne son enfant avec des médicaments du marché. Ces médicaments sont source de danger car ils sont fabriqués le plus souvent au Nigéria et proviennent d'un circuit parallèle. Si l'état de santé s'aggrave, les parents décident de l'emmener dans le dispensaire le plus proche. Là-bas, l'attente peut être longue avant d'être pris en charge et le bon diagnostic n'est pas toujours

posé (manque de médecin, manque de moyens...). Si l'état de santé de l'enfant se dégrade à nouveau, il est envoyé à l'hôpital. Malgré leur réponse, il est très rare qu'une mère se déplace directement et paye une consultation médicale pour un problème d'allaitement. Elle suivra le parcours de soin classique passant de la grand-mère au guérisseur du village... puis à l'hôpital si l'état de santé de son enfant se dégrade. Le problème a le temps de s'aggraver et d'entraîner des conséquences parfois irréversibles.

A aucun moment, les mères allaitantes n'ont mentionné le pharmacien pour obtenir un conseil. Voici ici un véritable enjeu : développer le rôle du pharmacien dans le conseil aux femmes allaitantes et le faire accepter dans le parcours de soins.

3.2.2 Dans les pharmacies : enquêtes auprès des vendeurs et des pharmaciens d'officine

J'ai passé quelques jours à traverser Abomey et ses alentours en Zem* afin de rencontrer différents pharmaciens sur leur lieu de travail. J'avais préparé quelques questions pour optimiser les entretiens mais j'essayais au maximum de laisser les pharmaciens ou leurs employés parler pour ne pas influencer les réponses. J'abordais avec eux leur niveau d'études et les opportunités de formation sur l'allaitement qui leur sont présentés. Ensuite je leur demandais dans quelles situations ils abordaient le thème de l'allaitement et quels étaient leurs conseils.

3.2.2.1. Le niveau de formation

Dans un premier temps, seul le pharmacien est formé. Il obtient son diplôme après six années d'études (cours théoriques et stages hospitaliers). Une faculté est ouverte au Bénin, à Cotonou. En règle générale, il y a un seul pharmacien par pharmacie. D'après ce que j'ai pu constater il n'est pas toujours présent dans sa pharmacie et rarement au comptoir. Les autres employés de l'officine sont des vendeurs. Ils n'ont aucune formation préalable. Ils acquièrent leurs compétences sur le terrain par l'intermédiaire du pharmacien, des vendeurs plus anciens ou grâce à de rares formations proposées par les délégués médicaux.

3.2.2.2. Les situations rencontrées au comptoir et les conseils associés

D'après eux, les jeunes mères se déplacent peu à la pharmacie pour demander conseil sur l'allaitement. Elles se limitent aux conseils délivrés à la maternité et lors des consultations pré et postnatales. En règle générale, deux situations peuvent se rencontrer.

-Le bébé (ou la mère) est malade et une consultation médicale a été réalisée. Le lait artificiel est prescrit. On suit alors la prescription et on l'accompagne de conseils d'utilisation.

-Le bébé n'a pas de problème de santé. Dans ce cas, la majorité des femmes clientes de la pharmacie sont des femmes fonctionnaires qui habitent en ville. Elles reprennent le travail et ne peuvent plus allaiter leur enfant à la demande. Le vendeur choisit le lait en fonction de l'âge et du poids du bébé et délivre des conseils d'utilisation. Trois gammes de lait sont disponibles dans les officines de la région d'Abomey : Nursie[®], Gallia[®] et Gigoz[®].

Les conseils d'utilisation auxquels j'ai pu assister se limitent à la lecture des instructions notées sur la boîte. On y associe systématiquement la vente d'un biberon et seuls quelques vendeurs me disent accentuer leurs conseils sur l'hygiène des biberons.

Plus rarement d'autres situations sont retrouvées.

Face à une hypogalactorhée, les vendeurs proposent systématiquement le Galactogil[®] (traitement d'appoint de l'insuffisance de sécrétion lactée composé de phosphate de calcium, galéga et malt). Ils ne posent en parallèle aucune question pour tenter d'en déceler la cause. Ils ne conseillent aucun traitement par les plantes dont les béninois sont pourtant très adeptes, ni de conseils pratiques comme tirer son lait régulièrement, essayer de manger le plus diversifié possible, rassurer la personne, lui donner confiance en elle, se faire aider dans les tâches ménagères et se reposer.

Lorsque le bébé grandit et que son appétit augmente, on propose des farines de céréales (Blédine[®], Cérésa[®], Rimolait[®] ...) pour rassasier l'enfant et diminuer la consommation de lait.

3.2.2.3. Les difficultés

La pharmacie est potentiellement un lieu privilégié pour aborder les problèmes pratiques liés à l'allaitement, la prévention, la prise en charge et l'orientation vers une consultation médicale si nécessaire mais dans la réalité ce n'est pas si simple. Les mères allaitantes vont rarement à la pharmacie. Elles ne peuvent se permettre de payer ne serait-ce que le trajet et encore moins les médicaments qui s'y vendent. Lorsque cela est vraiment nécessaire, elles préfèrent envoyer quelqu'un de la famille pour parcourir des distances souvent importantes entre la maison et la pharmacie la plus proche. Il est alors difficile de délivrer indirectement des conseils sans voir ni la mère ni l'enfant. De plus cela peut entraîner des erreurs par exemple sur l'estimation de l'état nutritionnel de l'enfant ou de la gravité de la situation.

En règle générale, les vendeurs comme les pharmaciens savent que l'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois est recommandé et qu'ils devraient entamer une série de questions avant de délivrer du lait artificiel. Mais dans la pratique, cela reste difficile à

réaliser. Ils ne sont pas formés à cette démarche qui devient chronophage et peu rémunératrice.

La délivrance de simples conseils de prévention reste rare. Ils avouent eux même ne délivrer aucuns conseils sur les bonnes positions d'allaitement... et d'ailleurs, en règle générale les personnes qui viennent en pharmacie n'attendent pas de conseils. Ils cherchent seulement à acheter un produit et certains à être conseillé sur l'utilisation de ce produit.

3.2.2.4. Le rôle d'éducation et de santé publique

Les pharmaciens se sentent peu concernés par les actions de prévention au niveau communautaire. De nombreuses campagnes de prévention se sont déroulées au Bénin auprès de la population et des programmes se sont montés mais le pharmacien n'y est pas inclu directement.

Lors de la semaine mondiale de l'allaitement maternel, de nombreuses manifestations sont organisées dans les villes et les villages par des agents de santé, des employés sociaux... Les pharmaciens pourraient facilement participer à cette semaine à leur manière mais la majorité ne connaît ni les actions mises en place, ni les lieux, ni la date.

Leur incorporation dans ces programmes destinés aux villageois peut à terme changer leur image de simple commerçant auprès de la population mettant en avant leur rôle d'éducation en santé publique et attirant ainsi plus de personnes dans les pharmacies.

3.2.3. Auprès des médecins

Après avoir discuté avec des médecins de différentes structures (CHD, centre de santé, dispensaire...), l'image de la pharmacie qui ressort est plutôt sombre.

3.2.3.1. « Les conseils sont intéressés »

Les conseils donnés à l'hôpital par médecins et sages-femmes sont pertinents et compris par les mères mais malheureusement ils ne sont pas toujours appliqués à la sortie. A son retour au domicile où la pression familiale règne, les pratiques traditionnelles prennent le dessus. Les actions communautaires visent autant les mères que l'entourage, toutes les générations ainsi que les leaders civils et religieux. Le rôle du pharmacien doit s'inscrire dans ces actions communautaires et servir de relais d'information et d'éducation en santé à la sortie de l'hôpital. Mais pour la majorité des médecins rencontrés, le pharmacien reste un commerçant, « les conseils sont intéressés ». Leur faible implication dans les actions de prévention et de santé publique n'arrange pas cette image.

3.2.3.2. « Le manque de formation des vendeurs peut s'avérer dangereux »

Le Dr Zohoun (pédiatre dans le service de néonatalogie du CHD Zou et collines) souligne que le pharmacien, rarement au comptoir, laisse ses employés seuls face aux clients. Le peu de conseils délivrés par les vendeurs peut devenir une source de danger. Une erreur de diagnostic peut retarder la prise en charge des patients ou encore les diriger vers les mauvaises personnes.

3.2.3.3. Le développement de la pharmacie et la lutte contre les médicaments contrefaits

Selon le Docteur responsable du centre de sante de Sélomé à Bohicon, les mères préfèrent aller dans des centres de santé pour demander des conseils sur l'allaitement maternel et assister aux séances d'animations organisées. Depuis quelques années, à travers des témoignages de médecins et les dernières EDS-Bénin, on a remarqué un changement dans les pratiques. L'utilisation des tisanes et décoctions a diminué au profit des médicaments du marché avec pour principaux risques une insuffisance rénale, un surdosage ou au mieux une inefficacité... Il serait évidemment plus sage d'aller en pharmacie pour obtenir les conseils d'un professionnel de santé, obtenir de vrais médicaments, éviter les contre-indications, interactions, les erreurs de posologie... Malheureusement le prix élevé et la rareté des conseils associés n'aident pas à améliorer la situation et jusqu'à aujourd'hui, les campagnes contre les médicaments du marché n'ont pas permis de réduire ce fléau.

3.2.3.4. Une nouvelle génération de pharmaciens plus engagés

Ces missions attribuées aux pharmaciens sont difficiles à réaliser. Mais à ce jour, d'après le Dr Bossou, une nouvelle génération de pharmacien plus présente au comptoir, plus motivée et impliquée dans la prévention et la santé publique semble se développer.

Le rôle du pharmacien n'est pas assez développé dans la promotion de l'allaitement. Il est rarement cité dans les programmes de prévention... mais il peut facilement tirer des principales recommandations de l'OMS et du Code un certain nombre de missions claires. C'est en tout cas ce qui ressort de ma rencontre avec Dr Gbetchdji, chef de service de nutrition et le Dr Gnintoungbe, médecin épidémiologiste nutritionniste lors de ma visite au ministère de la santé à Cotonou. Il doit se baser sur les éléments clés qui sont les conseils

pratiques, la promotion de l'allaitement maternel exclusif, détecter les situations dangereuses (femme pauvre qui demande du lait artificiel ou un biberon, femme séropositive...).

3.3 Comment développer ce rôle ?

Le rôle du pharmacien dans la promotion de l'allaitement maternel occupe une place privilégiée qui reste à ce jour inexploitée. C'est en modifiant ses faiblesses et en mettant l'accent sur ses points forts que le pharmacien peut évoluer. C'est à lui de trouver ses missions à travers les grandes recommandations actuelles tout en optimisant son exercice (changement d'image, conseils associés...).

3.3.1 Corriger les points faibles

3.3.1.1. Le manque de formation

Le point faible qui ressort le plus de mon enquête est le manque de formation des vendeurs. Comme je l'ai décrit plus haut, seul le pharmacien peut incarner le statut de professionnel de santé grâce à ces six années d'études en faculté de pharmacie. Les vendeurs, souvent laissés seuls au comptoir n'ont reçu aucune formation officielle.

Dans un premier temps, je pense qu'il est indispensable de revoir le contenu des cours dispensés en faculté de pharmacie. Les programmes sont rarement remis à jour alors que l'évolution des pratiques et des recommandations internationales ne cessent d'évoluer. Il serait intéressant de sensibiliser les professeurs responsables du contenu et de l'organisation de leurs cours sur les sujets d'actualité, les nouvelles recommandations, les réglementations et les priorités de santé publique incontournables dans l'exercice de la pharmacie. Par exemple, un cours sur la physiologie de la lactation est intégré dans le programme de pharmacie (ce cours n'est pas toujours réalisé). Ce cours théorique, une fois réalisé devrait se compléter de cours pratiques (cas de comptoirs, conseils pratiques...). Enfin, une partie de ces cours devrait incorporer l'analyse des grands textes réglementaires comme le « Code International de commercialisation des substituts du lait maternel » et autres grandes recommandations de l'OMS sur l'allaitement maternel. La bonne formation des pharmaciens est la base d'un conseil de qualité en pharmacie car ce sont eux qui forment par la suite les vendeurs.

Pour aller encore plus loin, l'idéal serait que les employés de pharmacie reçoivent eux aussi une formation officielle, validée pourquoi pas par un diplôme avant de se retrouver seuls au comptoir devant les clients. A ce jour, ils sont formés sur le tas par les pharmaciens, les

vendeurs plus anciens ou par des représentants commerciaux. Malheureusement ces formations commerciales n'ont pas toujours comme premier objectif la santé publique mais plutôt la vente des produits de leur gamme. Ces formations peuvent manquer d'objectivité et entraîner des dérives.

3.3.1.2. L'aspect commercial et l'image de conseils intéressés

Un autre point vient compliquer la situation. L'officine est un commerce et mélanger l'aspect commercial et l'aspect santé publique est une opération délicate. Cette difficulté se fait d'autant plus ressentir dans un pays en voie de développement comme le Bénin où le pouvoir d'achat est faible. De plus, cette image de « conseils intéressés » reste aux yeux de la majorité des médecins et de la population et sera difficile à effacer même si une nouvelle génération de pharmaciens plus présents au comptoir et plus engagés dans la santé publique apparaît.

3.3.1.3. Le manque d'implication dans les programmes de santé publique

Des efforts restent à fournir pour impliquer les pharmaciens dans les actions communautaires, d'éducation en santé, de prévention... D'un côté, c'est au pharmacien de s'investir d'avantage dans les actions communautaires déjà mises en place comme la semaine mondiale de l'allaitement maternel et de faire preuve d'imagination afin d'intégrer au titre de pharmacien les activités communautaires qui tendent à se développer. De l'autre côté, pour chaque programme organisé, de nombreux professionnels de santé sont concernés (médecins, sages-femmes, infirmières...) mais le pharmacien est rarement impliqué. Il faut rappeler aux responsables de ces grands projets que l'incorporation du pharmacien dans certaines actions peut être bénéfique pour chaque partie (les responsables du programme, les pharmaciens et la population visée). Cette implication au niveau communautaire pourrait en effet améliorer l'image du pharmacien auprès de la population.

3.3.2 Accentuer les points forts

3.3.2.1. L'accessibilité d'un professionnel de santé

Le système de santé au Bénin est saturé. Dans l'hôpital du Zou et Collines, le service de pédiatrie est toujours complet voir surchargé en période de paludisme. Les consultations

externes du service de pédiatrie comme les consultations pré et postnatales de la maternité sont victimes de leur succès et chaque semaine des mères et leurs enfants sont refusés. On retrouve la même situation dans les centres de santé et les dispensaires. Les mères viennent dans ces structures pour des consultations de routine (suivis du poids de l'enfant, vaccins), des consultations d'urgence, mais aussi pour les conseils des infirmières, des sages-femmes, assister aux causeries et aux groupes de parole. L'officine pourrait devenir, à la place du guérisseur, de la grand-mère, des vendeurs de faux médicaments sur les marchés, un premier lieu de conseil et d'orientation dans le système de soins.

Chaque pharmacie est gérée par un professionnel de santé et ces structures ne sont pas surchargées. Cette tendance pourrait à la fois permettre aux mères d'obtenir sans attendre de nombreuses heures des conseils sérieux et une meilleure orientation dans le parcours de soins sans pour autant remplacer la consultation médicale qui est du ressort du médecin. En effet, la consultation d'un guérisseur ou encore d'une grand-mère est encore trop souvent le premier réflexe des jeunes mères. Ces conseils liés aux pratiques traditionnelles peuvent aggraver la situation et retarder la prise en charge.

3.3.2.2. Des conseils pertinents pour se démarquer des vendeurs de médicaments sur les marchés

Pour se démarquer des vendeurs de faux médicaments présents sur les marchés, le pharmacien doit délivrer des conseils de prévention ainsi que les conseils sur l'utilisation des produits vendus (posologies, mode d'emploi, contre-indication, interaction médicamenteuses, éducation thérapeutique). En effet, des conseils simples en matière d'allaitement sont faciles à délivrer et peuvent changer l'image du pharmacien. Les conseils d'utilisation des médicaments évitent des accidents et améliorent l'efficacité de la prise en charge. Les mères voient alors un intérêt de délaissier les médicaments du marché au profit du pharmacien qui délivre des médicaments de qualité et des conseils sérieux.

3.3.3 Cahier de formation pour les vendeurs en pharmacie et « rappel » au pharmacien

Voici une proposition pour pallier au manque de formation des vendeurs en officines. C'est un cahier de formation succinct résumant un ensemble de points importants pour le conseil en allaitement. Dans un premier temps les bases sont abordées : les grandes recommandations ainsi que la physiologie de la lactation. Un bref rappel est effectué sous forme de tableau sur la consommation de médicaments pendant l'allaitement. On aborde

ensuite les conseils indispensables à délivrer avant la mise en place de l'allaitement, au début ainsi que la prise en charge de certaines pathologies bénignes du sein pouvant être traitées à l'officine. Enfin, il est indispensable d'aborder la vente du lait de pharmacie et le cas particulier de la femme allaitante séropositive. Ces cahiers pourront par exemple être diffusés grâce à l'association Nantes Santé Bénin qui pourra s'organiser pour délivrer aux pharmacies volontaires un cours succinct sur le conseil en allaitement et délivrer à cette occasion ce cahier.

-le décret du Code de commercialisation des substituts du lait maternel.

Le Code International de commercialisation des substituts du lait maternel régle la commercialisation des laits de substitution, des biberons et des tétines. Au niveau national, ce Code a été mis en application grâce à l'adoption du décret n°97-643. En voici les grandes lignes :

Information et éducation :

-une information objective et cohérente doit être fournie sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

-Tout matériel d'information et d'éducation à l'attention des femmes enceintes et mères sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant devra comporter :

-les avantages et la supériorité de l'allaitement maternel.

-la nutrition maternelle et préparation à l'allaitement.

-l'effet négatif d'une alimentation partielle au biberon sur l'allaitement maternel.

-la difficulté de revenir sur la décision de ne pas nourrir son enfant au sein.

-les informations fournies aux professionnels de santé par les fabricants et distributeurs doivent se limiter aux données scientifiques et aux faits. L'alimentation au biberon ne doit pas être présentée comme équivalente ou supérieure à l'alimentation au sein.

Distribution :

-don de matériel ou d'équipement portant le nom, l'emblème d'un substitut, biberon... est interdit.

-don d'échantillon interdit aux mamans.

-il est interdit de vendre, distribuer pour la vente, exposer pour la vente un de ces produits qui a atteint sa date de péremption ou n'est pas dans son emballage d'origine.

Promotion : *-toute publicité ou promotion est interdite (cadeaux, bons de réduction, baisses ponctuelles des prix...)*

Responsabilités et obligations de l'agent de santé :

-il doit encourager et protéger l'allaitement maternel.

-il s'emploiera à mettre un terme aux pratiques qui retardent l'établissement de la lactation et nuisent à la poursuite de l'allaitement maternel.

L'étiquetage :

-les mentions obligatoires : « avis important » - supériorité de l'allaitement maternel sur l'allaitement artificiel - la composition du produit - les instructions pour la préparation et mise en garde des risques pour la santé d'une préparation inadéquate - nom et adresse du fabricant.

-mention interdite : représentation graphique idéalisant l'utilisation des préparations pour nourrissons.

-l'étiquette des biberons et tétines doit avertir : « le lait maternel est le meilleur aliment pour l'enfant - l'usage de tasse ou de cuillère comporte moins de risques que l'emploi du biberon ».

-l'étiquette des sucettes : « l'utilisation des sucettes peut nuire à l'allaitement ».

Qualité :

-Ces produits doivent répondre à de nombreuses normes et doivent faire l'objet d'un contrôle systématique de qualité par la Direction de l'Alimentation et de la Nutrition Appliquée.

Toute infraction d'une de ces dispositions est punie d'une peine contraventionnelle.

- Les recommandations de l'OMS.

Pour l'ensemble de la population :

On recommande l'allaitement maternel exclusif au sein pendant les six premiers mois de la vie et de le poursuivre jusqu'à l'âge de deux ans au moins en l'associant à une alimentation de complément qui conviennent.

L'allaitement doit commencer dans la première heure qui suit la naissance.

L'allaitement maternel doit être exclusif ; le nourrisson n'absorbe que du lait maternel, aucune autre nourriture ou boisson pas même de l'eau.

L'allaitement doit se faire à la demande dès que l'enfant réclame, jour et nuit.

N'utiliser ni biberon, ni tétine, ni sucette.

Pour les mères contaminées par le virus du SIDA :

Pour les femmes recevant des ARV, il est conseillé d'allaiter exclusivement pendant les 6 premiers mois de vie et de continuer l'allaitement jusqu'à 12 mois et même au delà si une alimentation adéquate et saine n'est pas disponible.

Pour les femmes n'ayant pas accès aux ARV, il est recommandé de les conseiller sur l'allaitement au sein exclusif pendant 6 mois puis de continuer l'allaitement avec une alimentation complémentaire adéquate sauf si les circonstances environnementales et sociales permettent une alimentation de remplacement sûre.

-les actions communautaires et orientation des femmes allaitantes (à compléter sur place).

Le centre de promotion sociale (actions proposées et coordonnées) :

.....
.....

Les groupes de femmes allaitantes (localisation...) :

.....
.....

Les ONG (actions proposées et coordonnées) :

.....
.....

Les bases à connaître sur l'allaitement maternel

-la physiologie de la lactation.

La glande mammaire (**Figure 25**) est constituée de 10 à 20 lobes subdivisés en lobules. Chaque lobule se compose de nombreuses alvéoles (ou acini) bordées d'une couche de cellules sécrétantes reposant sur des cellules contractiles (**Figure 26**). Les alvéoles sont regroupées autour d'un canal alvéolaire qui se draine dans un canal lobulaire. Les canaux lobulaires se réunissent pour former des canaux galactophores qui convergent vers le mamelon.

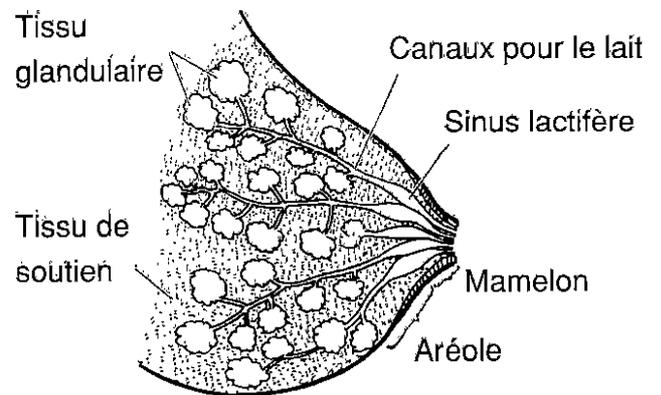


Figure 25 : schéma anatomique simplifié de la glande mammaire (52)

-la lactogénèse et sa régulation.

La lactogénèse se déroule en plusieurs étapes. Le 1^{er} lait sécrété par la mère après l'accouchement s'appelle le **colostrum**. C'est l'alimentation idéale pour l'enfant à la naissance, il n'a besoin de rien d'autre (faible volume, riche en nutriment et en élément de défense et adapté à la maturité des organes du nouveau-né). Après quelques jours, le lait se modifie : plus fluide, plus de volume et variation des composants, c'est le **lait de transition**. Au bout de 2-3 jours, la **montée laiteuse** se produit et le volume de lait produit augmente brusquement et devient plus blanc. Environ 14 jours après la naissance, le lait prend un aspect bleuté, c'est le lait mature. La composition correspond à l'âge et au besoin du bébé.

La régulation se fait principalement grâce à 2 hormones : la prolactine et l'ocytocine.

La **prolactine** déclenche la sécrétion du lait par les cellules sécrétoires. La sécrétion de prolactine est déclenchée chaque fois que le bébé tète dans une partie du cerveau. Cette hormone passe dans le sang et vient stimuler la sécrétion de lait : **la succion du bébé entretient la production de lait et plus le bébé tète, plus les seins produisent du lait.**

L'**ocytocine** est à l'origine de l'éjection du lait. Cette hormone fait contracter les cellules musculaires qui enveloppent la glande mammaire et en augmentant la pression, expulse le lait hors de la glande. Cette sécrétion est déclenchée par les stimuli sensitifs provenant du mamelon et peut être arrêté par la douleur ou le manque de confiance en soi.

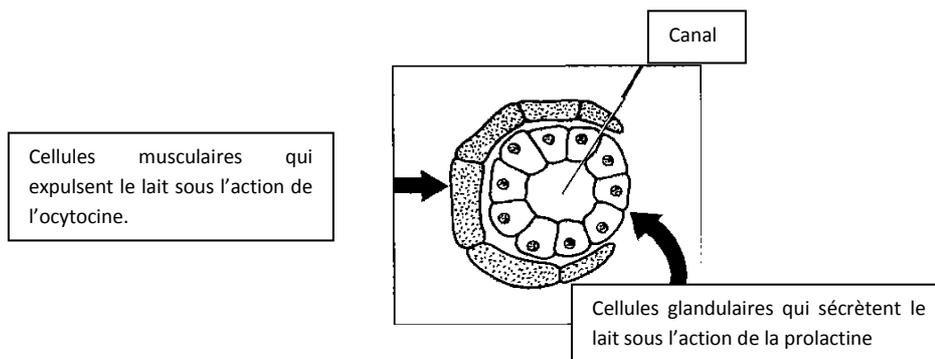


Figure 26 : Coupe schématique d'un acinus de la glande mammaire (52)

Allaitement maternel ou artificiel : avantages et inconvénients à préciser pendant la grossesse

Les avantages et inconvénients de l'allaitement maternel exclusif		Les avantages et inconvénients de l'alimentation artificielle	
Avantages	Inconvénients	Avantages	Inconvénients
Protections contre les maladies (diarrhées, pneumonie...)	Besoin d'aide (tache ménagère...)	Apports nutritionnels adaptés	Pas de protection contre les maladies
Apporte l'ensemble des nutriments et de l'eau dont l'enfant a besoin jusqu'à l'âge de 6 mois (la composition varie) → besoin d'aucun autre liquide ni aliment	Difficile à concilier avec un travail.	La mère peut se faire aider, d'autres personnes peuvent nourrir son enfant	Risque de contamination de l'eau, du lait, du biberon... → risque de diarrhée
Gratuit, toujours disponible et ne demande aucune préparation spéciale	Difficile à pratiquer si la mère tombe malade		Risque d'erreurs de reconstitution ou de trop grande dilution par soucis d'économie → risque de malnutrition
Aide la mère à se remettre de l'accouchement			Préparation longue et fréquente
Protège la mère d'une autre grossesse (Méthode MAMA)			Coût élevé
			L'apprentissage de l'utilisation de la tasse à l'enfant peut prendre du temps
			Pas de protection contre une nouvelle grossesse

Tableau 5 : Résumé des avantages et inconvénients des deux modes d'alimentation de l'enfant de moins de 6 mois à connaître pour délivrer un bon conseil en pharmacie et aider la mère dans son choix d'alimentation de l'enfant

-médicaments et allaitement (tableau 6) :

Ne prescrire à une femme allaitante que les **médicaments absolument nécessaires**.

Déconseiller l'automédication, les produits à usage local sur les seins.

Conseiller une prise après la tétée ou adaptée en fonction du pic sérique du médicament chez la mère.

classe	Produits contre-indiqués	Produits autorisés
Douleur et rhumatisme	Aspirine à fortes posologies - Dextropropoxyphène - Morphine et morphiniques - AINS	Aspirine à faibles posologies (sauf le 9 ^{ème} mois) - paracétamol
Infection	Tétracyclines - Thiamphénicol - Sulfamides - Streptomycine - Lincosanides - Novobiocine - Quinolones - Triméthoprime, Pyriméthamine, Halofantrine, Méfloquine - Clofazimine - Fluconazole, Terbinafine - Antiseptique externes iodés : Bétadine, Alcool iodé	Pénicillines - Céphalosporines de 1 ^{ère} génération (éviter Latamoxef, Ceftriaxone, Aztréonam) - Macrolides (troubles digestifs possibles chez l'enfant allaité) - Synergistines - Métronidazole (prise brève) - Tinidazole (allaitement possible 72h après la dernière prise) - Pyrvinium - Praziquantel (allaitement possible 72h après la dernière prise) - Chloroquine - Proguanil - Quinine
Cardiologie	AVK - Amiodarone, Sotalol - Diurétiques - Quinidines et dérivés - Résérpine et dérivés	Héparines - Propranolol - Dihydralazine - Epinéphrine
Troubles endocriniens et métaboliques	Antithyroïdiens de synthèse - Iode et iodures - Biguanides - Sulfamides hypoglycémiantes - Androgènes et anabolisants - Progestatifs macro-dosés - Cyprotérone - Danazole	Hormones thyroïdiennes - Insuline - Glucagon - Corticoïdes (en traitement court à faible dose) - Colestyramine
Neurologie et psychiatrie	Antidépresseurs - Lithium - Méprobamate - Produits à base de bromures : Calcibronat* et Neurocalcium*	Benzodiazépines (en prise unique, sauf triazolam et loprazolam)
Médicaments divers	Laxatifs avec phénolphtaléine, salins ou anthracéniques - Dérivés de l'ergot de seigle - Atropine - Anti-cholinergiques - Bicarbonate de sodium - Diazoxyde - Ephédrine et pseudo-éphédrine - Théophylline à fortes doses - Vitamine D à fortes doses - Anticancéreux	Laxatif mucilagineux - Adsorbants : Charbon, Kaolin - Salbutamol - Terbutaline

Tableau 6 : Quelques médicaments contre-indiqués et autorisés pendant l'allaitement (94)

-conseils diététiques :

Comme pendant la grossesse, la femme allaitante a besoin de calories supplémentaires pour produire du lait. Il faut lui conseiller une **alimentation la plus variée et la plus équilibrée possible** (tout en s'adaptant aux moyens de la famille) avec :

-Des **viandes, poissons, oeufs**... sources de protéines, Fer, vitamine D.

-Des **légumes** source de vitamines, minéraux, fibres (salade, tomate...),

-Des **féculents** (préférez l'igname, la banane, la patate douce... à la traditionnelle pâte de maïs moins nourrissante). Cette pâte qui représente le principal repas des béninois est pauvre en protéines, principalement en lysine (acide aminé essentiel) entraînant des nombreuses carences.

-Des **produits laitiers** source de calcium (fromage, lait...),

-De **l'eau potable** en fonction de la soif (au mieux 1.5L/jour) et **sel iodé** pour la préparation des repas.

Eviter les excitants comme le café, le thé ou le tabac, les boissons alcoolisées.

Les conseils indispensables à donner au démarrage de l'allaitement

- Allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de **6 mois** à la demande, même **la nuit**.
- Conseiller la mère sur le **positionnement (Figure 27)** du bébé pendant l'allaitement et la bonne prise au sein.

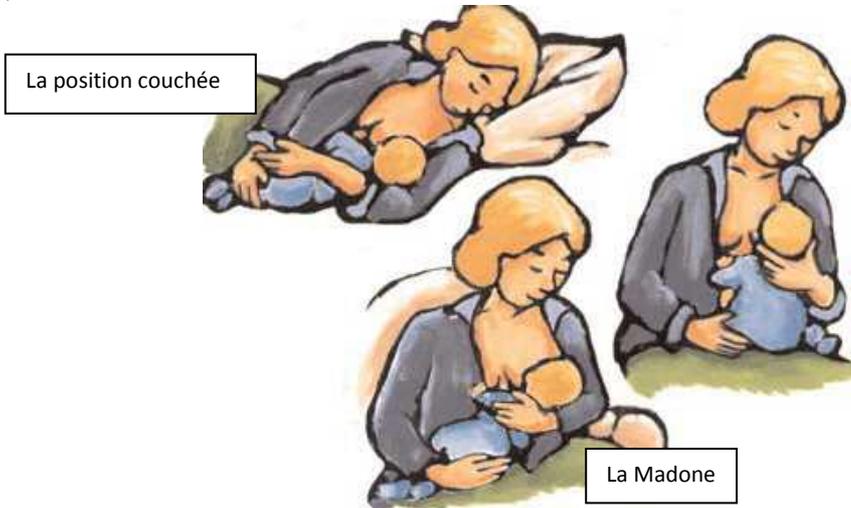


Figure 27 : Positions recommandées pour allaiter entraînant une bonne prise au sein (95)

D'autres positions peuvent être proposées mais elles ont les mêmes règles de base : le nez de l'enfant face au mamelon et la mère et l'enfant ventre contre ventre.

Une bonne mise au sein (Figure 28) dépend en grande partie de la position adoptée. Si l'enfant est dans une mauvaise position il ne peut pas prendre assez de sein dans sa bouche et tête surtout le mamelon.

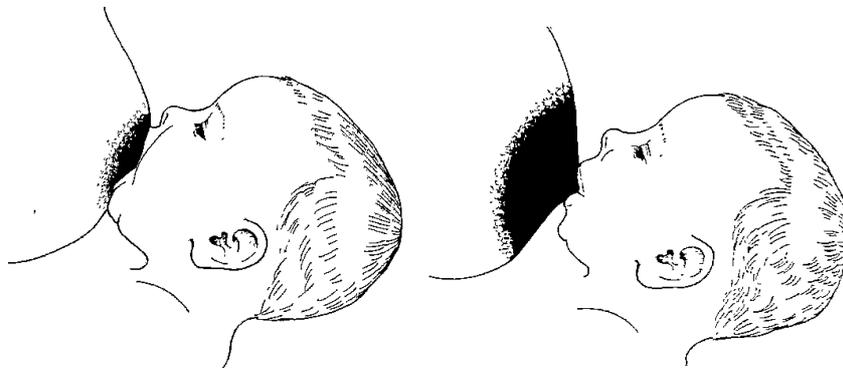


Figure 28 : A gauche une bonne prise du sein et à droite une mauvaise prise du sein (52)

L'intérêt d'une prise du sein : éviter les douleurs mammaires et formations de crevasses, éviter une mauvaise extraction du lait, un engorgement et un tarissement de la lactation.

- aborder avec elle les pratiques traditionnelles néfastes :
 - le **colostrum** est le **premier aliment idéal** pour le nouveau né.
 - l'**eau** et les **tisanes** ne sont pas bonnes pour lui.
 - même si la **mère est à nouveau enceinte**, elle peut continuer à allaiter son **enfant**, le sevrage brusque peut lui être fatal...

La prise en charge de pathologies bénignes et orientation si besoin

pathologie	prévention	traitement	Réorientation pour consultation
Crevasse et fissures : « <i>mes mamelons sont douloureux, fissurés</i> »	<ul style="list-style-type: none"> - Présenter les positions pour allaiter. - Ne laver le mamelon qu'une fois par jour au moment de la toilette - Lorsque la tétée est terminée, attendre que le bébé ait décidé de lâcher le sein ou introduire un doigt dans la bouche de l'enfant délicatement pour arrêter la succion - Déposer une goutte de lait sur le mamelon après chaque tétée pour aider à cicatriser 	<ul style="list-style-type: none"> - Corriger la prise du sein et continuer à allaiter - Exposer les mamelons le plus possible à l'air pour éviter la macération et une bonne hygiène pour éviter la surinfection (eau savonneuse 1/jr) - Proposer un « cataplasme » de lait maternel sur une durée de 2h à renouveler 	<ul style="list-style-type: none"> - Taches blanches sur le mamelon ou dans la bouche du bébé (« muguet ») - Frein de langue court du bébé - La mère ne peut plus faire téter son enfant → exprimer son lait - L'enfant se dénutri - Pas d'amélioration rapide
Engorgement : « <i>mes seins sont trop plein et me font mal, ils sont rouges, douloureux, et luisants</i> »	<ul style="list-style-type: none"> - Surtout au cours du 1^{er} mois - AME, régulier, à la demande, nuit et jour, dès la naissance - Présenter les différentes positions pour l'allaitement - Traiter au plus vite lésions du sein et crevasse 	<ul style="list-style-type: none"> - Conseiller à la mère de continuer les tétées et de se détendre - Repositionner le bébé pour que la tétée soit plus efficace - Chaud avant et froid après la tétée, antalgique - Si ce n'est pas possible, elle doit tirer son lait aussi souvent que nécessaire et le donner à la tasse (conservation 6h à T°C ambiante) 	<ul style="list-style-type: none"> - Pas d'amélioration dans les 12h - Bilatéral ou accompagné de crevasse.
Problème anatomique du mamelon : « <i>mes mamelons sont trop courts...</i> »	<ul style="list-style-type: none"> - Rassurer la patiente : le sein se développe pendant la grossesse, le sein s'étire ou s'allonge 		<ul style="list-style-type: none"> - Si la mère éprouve des difficultés à allaiter (des conseils sont efficaces et des techniques existent : « méthode de la seringue »)

Tableau 7 : La prise en charge à l'officine des principales pathologies bénignes liées à l'allaitement (liste non exhaustive)

<p>Hypo ou agalactorhée : « Je n'ai pas assez de lait »</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Positions pour l'allaitement, AME jusqu'à 6 mois et à la demande -Mettre en garde la mère des risques de l'automédication -Eviter tout état de fatigue de la mère : repos, <u>soutien</u> dans les taches ménagères, <u>conseils diététiques</u> (alimentation la plus variée et équilibrée possible) -Lui donner <u>confiance</u> en elle, la rassurer -Surveiller les urines et le poids de l'enfant pour étudier sa consommation de lait 	<ul style="list-style-type: none"> -Si le bébé ne prend pas assez de poids, il se peut que la mère ne produise pas assez de lait -Détecer le problème et adapter le conseil : - Problème de tétée : trop espacées, trop courtes, mauvaise position... - Supplémentation trop précoce - Manque de confiance en elle -Malnutrie -Médicaments inhibiteurs de la lactation (contraceptif à base d'œstrogènes) -Problème de sécrétion de lait (seulement 1% des femmes allaitantes) -Proposer Galactogil* ou autre galactogogue. 	<ul style="list-style-type: none"> -L'enfant urine moins ou ne prend pas de poids. -La mère est malnutrie -La mère prend des médicaments sur prescription et qui inhibent la lactation. -Le problème dure.
<p>Femmes fonctionnaires : « je dois reprendre le travail »</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Anticiper la reprise du travail : prévenir l'employeur, demander à quelqu'un de lui amener son enfant, s'entraîner à exprimer son lait 	<ul style="list-style-type: none"> -Emmener son enfant au travail. -Retourner à la maison pendant les poses d'allaitement. -Demander à quelqu'un de lui apporter son bébé. -Continuer l'AME le plus longtemps possible (jusqu'à 6 mois). -Mettre l'enfant au sein dès qu'elle le peut (matin, nuit) - Conseiller à la mère de tirer son lait -Conseiller pour l'utilisation du lait artificiel -Bien former la personne qui s'occupe de l'enfant. 	
<p style="text-align: center;">Ne pas arrêter un allaitement dès les 1ers problèmes sauf en cas de demande de la mère, ne pas proposer de complément sans avoir auparavant analysé les causes Analyser la situation, observer une tétée et ne pas hésiter à orienter si besoin vers une consultation médicale.</p>			

Tableau 7 (suite) : La prise en charge à l'officine des principales pathologies bénignes liées à l'allaitement (liste non exhaustive)

**Montrer à la mère comment tirer
son lait par expression manuelle**

1-Placer le pouce et l'index de part et d'autre de l'aréole (**figure 29**) en appuyant vers l'arrière.

Figure 29 : 1^{ère} étape de l'expression manuelle du lait (52)



2-Ramener le pouce et l'index vers l'avant, en les rapprochant l'un de l'autre (**figure 30**). Le sein est alors légèrement tiré vers l'avant. Ce geste doit être absolument sans douleur. Recommencer à partir de 1.

Figure 30 : 2^{ème} étape de l'expression manuelle du lait (52)



3-Après plusieurs mouvements, quelques gouttes de lait peuvent couler. Quand un flux de lait est amorcé, le lait se met à gicler. Récolter le avec une tasse ou un bol.

4-Quand le lait coule moins, vous pouvez déplacer vos doigts autour de l'aréole (**figure 31**). Puis changer de sein.

Figure 31 : 4^{ème} étape de l'expression manuelle du lait (52)



Le lait exprimé ne se conserve pas plus de six heures à température ambiante dans un récipient propre et couvert.

La vente de lait artificiel

Cette démarche s'effectue différemment en fonction de l'âge de l'enfant (plus de six mois), l'état de santé (mère est séropositive), la cause du passage à l'allaitement artificiel (reprise du travail...). Il faut dans un premier temps résoudre le problème par des conseils pratiques.

1) **Analyser la situation** de la mère en lui présentant les conditions à remplir pour utiliser en toute sécurité le lait de pharmacie (**figure 32**) : des latrines, une source d'eau potable, des ustensiles de cuisine propres, assez d'argent pour acheter le lait nécessaire, un feu pour bouillir l'eau, pouvoir préparer le lait nuit et jour, utiliser la tasse, ne pas hésiter à demander conseil et à emmener l'enfant en consultation médicale si il tombe malade.

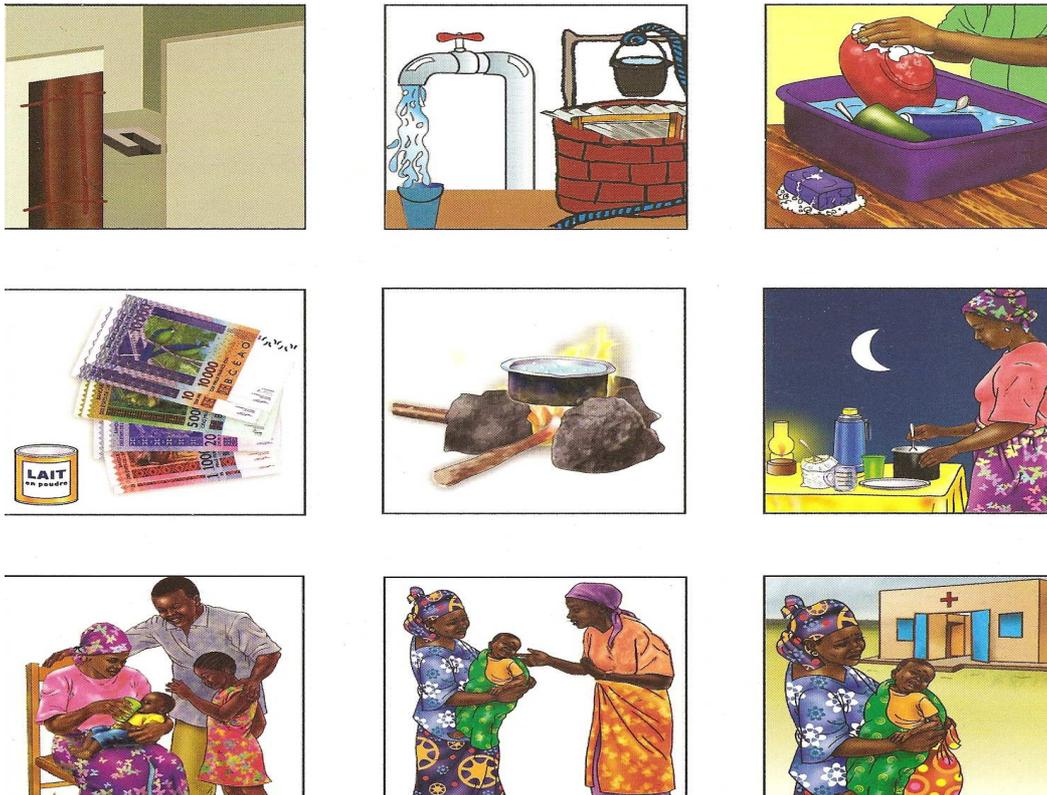


Figure 32 : Les conditions à remplir pour alimenter son enfant avec du lait artificiel

En d'autres termes, l'alimentation par lait artificiel doit être :

- acceptable** : c'est la mère qui doit faire la demande et non le vendeur qui doit l'inciter.
- praticable** : la mère peut comprendre les instructions de reconstitution du lait, les réaliser correctement, en quantité suffisante, de jour comme de nuit, avec l'aide de l'entourage.
- financièrement abordable** : la famille doit pouvoir acheter le lait artificiel pendant au moins 12 mois, les combustibles, l'eau potable, du savon et les ustensiles.
- sûre** : la mère a accès à une quantité suffisante d'eau potable, prépare le lait dans les bonnes proportions pour un bon apport nutritionnel et limite l'exposition de son enfant aux germes pathogènes (se lave les mains, fait bouillir les ustensiles pour les stériliser, fait bouillir l'eau du biberon, conserve le lait dans un récipient propre et couvert à l'abri de la lumière de la chaleur et des animaux).
- durable** : la mère doit pouvoir se fournir en ingrédients et ustensiles en continu.

3) Rappeler que si la mère choisit le lait artificiel, elle doit choisir un lait spécialement conçu pour le bébé, le plus sûr est de venir en pharmacie et de bien relire les instructions sur la boîte.

4) Rappeler le **coût** du lait pour les 6 premiers mois et rappeler que l'allaitement mixte est déconseillé.

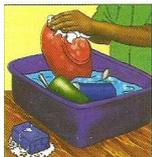
5) **Reconstituer le lait dans les meilleures conditions d'hygiène possible au fur et à mesure** pour éviter qu'il « tourne », le jeter ou l'utiliser pour les autres enfants si la portion préparée n'est pas finie. On peut éventuellement chauffer toute l'eau dont il y a besoin pour la journée, la mettre dans un thermos et mélanger l'eau bouillie et la poudre à chaque repas.

Des prospectus (**figure 33**) fournis par le ministère de la santé du Bénin sont parfaitement adaptés à cette situation, en voici le contenu :

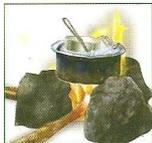
Etapas pour la préparation d'un lait de pharmacie pour nourrisson :



* Assurez-vous que vous avez toujours de l'eau propre pour préparer le lait de pharmacie. Si vous le pouvez, préparez l'eau qu'il vous faudra pour toute la journée. Faites bouillir l'eau à gros bouillon pendant au moins deux minutes. Mettre l'eau bouillie dans une thermos et mettre de côté pour faire refroidir.



* Toujours laver les gobelets utilisés pour alimenter le bébé, les tasses servant à mesurer, les cuillères et autres ustensiles que vous utilisez pour préparer le lait de pharmacie et l'administrer à votre bébé. Il est préférable de les laver avec du savon, en utilisant de l'eau propre, avant de les utiliser.



* Faire bouillir les ustensiles pour vous assurer qu'ils soient propres.



* Lavez toujours vos mains avec du savon et à l'eau propre avant de préparer le lait de pharmacie et avant de l'administrer à votre bébé.



* Rassembler tous les ustensiles dont vous avez besoin. Utilisez toujours un gobelet ou un récipient spécial pour mesurer l'eau bouillie. Les boîtes de lait de pharmacie se présentent avec une mesure ou une cuillère spéciale que vous devez toujours utiliser pour mesurer la poudre.

Préparez soigneusement le lait de pharmacie :

* Mesurez la poudre du lait de pharmacie dans le gobelet ou le récipient marqué d'un trait. Remplir chaque mesure à ras. Le nombre de mesures que vous utilisez dépendra de la quantité de lait de pharmacie que vous préparez pour un repas.



* Ajoutez une petite quantité d'eau bouillie refroidie pour éviter des grumeaux et mélangez afin de dissoudre la poudre.



* Ensuite, selon les instructions figurant sur la boîte, remplir le gobelet ou le récipient jusqu'au trait avec de l'eau chaude. Ajouter trop d'eau ou pas assez peut être néfaste pour la santé de votre bébé. Ne jamais mettre le lait dans un biberon, et ne pas mettre du lait ou autres boissons dans le thermos.



Figure 33 : Prospectus délivré par le ministère de la santé par l'intermédiaire des médecins sur la préparation de lait de pharmacie pour nourrisson

6) Rappeler que l'utilisation du biberon peut être dangereuse pour l'enfant et conseiller plutôt la **tasse**.

7) Expliquer à la mère qu'elle n'est pas protégée d'une nouvelle grossesse et conseiller lui une consultation médicale afin d'adopter un **moyen de contraception** hormonale efficace (DIU à la progestérone, progestatifs per os...) ou non hormonale (DIU au cuivre, préservatif...).

Le conseil adapté à une mère de bébé de faible poids de naissance

-si l'enfant fait moins de 1,6kg ou qu'il ne déglutit pas, l'hospitalisation est indispensable. L'enfant doit être alimenté par une sonde naso-gastrique et être surveillé régulièrement.

-Si la mère est sortie de l'hôpital avec son enfant après accord du médecin, cela signifie que l'enfant est capable de déglutir et que le poids est acceptable. Le pharmacien pourra alors jouer un rôle important dans le conseil à la mère et le suivi de cet enfant.

1-Il faut conseiller à la mère d'**exprimer son lait** aussi souvent qu'elle le peut pour faciliter la montée laiteuse et entretenir la lactation.

2-Pour alimenter le bébé, on rappellera que le **lait maternel** est le meilleur aliment pour le bébé et on conseillera **la tasse**. On choisira une très petite tasse ou un récipient muni d'un bec verseur.

3-On peut aussi essayer de le **faire téter**. Plus tôt il aura appris à téter correctement, plus tôt il arrivera à se nourrir totalement au sein. Rappeler à la mère que quand le bébé commence à téter au sein, il tète un petit moment, se repose puis recommence. Pendant les périodes de repos, il ne faut pas l'enlever du sein. Une fois la tétée terminée, la mère doit tirer son lait et lui donner à la tasse.

4-Il faut garder le bébé **au chaud**. Un bébé de faible poids de naissance peut prendre rapidement froid même sous un climat chaud.

5-Rappeler à la mère qu'elle doit emmener son enfant régulièrement à l'hôpital ou dans un centre de santé pour **suivre l'évolution du poids de l'enfant**.

6-Orienter la mère vers un **groupe de soutien** ou une aide maternelle.

Le conseil adapté à une mère séropositive

Il faut connaître les différentes étapes de la PTME et les grandes recommandations de l'OMS sur l'alimentation des enfants nés de mère séropositive (voir p.2 du cahier).

-Pour les mères séropositives, une attention particulière doit leur être portée. La démarche pour **connaître le statut sérologique** est difficile d'autant que la distribution des antirétroviraux ne se fait pas à la pharmacie mais à l'hôpital et demande un certain espace de confidentialité.

-Passé cette difficulté, il faut s'assurer que la mère est suivie depuis sa grossesse et qu'elle soit intégrée dans un **programme de Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant**. Au sein de ce programme, l'ensemble des conseils sont délivrés et parfois le lait artificiel est distribué. Les consultations de PTME sont fixées régulièrement pour suivre l'état de santé de l'enfant mais les femmes ne s'y présentent pas toujours par manque d'argent, de disponibilité ou par interdiction du mari. Pour cette raison, le pharmacien peut jouer un **rôle de conseiller et participer à l'éducation thérapeutique** des mères allaitantes séropositives. Il peut leur rappeler l'importance du bon suivi des consultations PTME qui sont une chance pour elle et son enfant, vérifier que les principaux conseils ont été délivrés et appliqués et soutenir la mère quel que soit son choix.

-Le pharmacien peut aussi aborder les difficultés rencontrées comme la question du **partage des résultats** avec son mari et la belle-famille et apporter des conseils adaptés (préparer des arguments fiables avec elle...)

-Les **grandes règles** : Le virus se transmet par le lait maternel mais pour diminuer ce risque il est conseillé de : -Pratiquer un allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois et le continuer jusqu'à 12 mois et même au delà si une alimentation adéquate et saine n'est pas disponible.

-Ne pas donner le sein si le mamelon a des lésions - il est préférable d'extraire le lait et de le jeter jusqu'à ce que le mamelon soit guéri.

-Eviter l'allaitement mixte

-Consulter un médecin si un problème de santé survient (mastite...)

La démarche doit se faire progressivement (ne pas délivrer toutes les informations en même temps) et peut commencer pendant la grossesse par une promotion du dépistage du Sida des femmes enceintes, une description de la PTME et aborder avec elles la question du choix d'alimentation de leur futur enfant.

Si votre conversation est écourtée, assurer vous que le message primordial est passé : « l'allaitement maternel exclusif est la meilleure alimentation pendant les 6 premiers mois - ne donner ni eau, ni tisane, ni bouillie ».

Développer les actions de santé publique

-Faire la demande d'**affiches** et **prospectus** auprès d'organisme ou du ministère de la santé pour faciliter le conseil (comme les prospectus pour « l'utilisation du lait de pharmacie » (image ...), « l'allaitement maternel » ... distribués par le ministère de santé au médecin).

- Si la pharmacie dispose d'une vitrine, il peut être intéressant de l'utiliser pour afficher régulièrement des **messages de santé publique**.

-S'impliquer dans les actions pour la semaine mondiale de l'allaitement maternel et autres actions communautaires.

-Etre en lien (pour pouvoir orienter les mamans) et pourquoi pas intégrer parfois les **groupes de soutien** aux mères allaitantes pour leur montrer que le pharmacien est un professionnel de santé compétent qui peut aider les mères dans l'alimentation de leur enfant.

La pharmacie doit pouvoir apporter les conseils pratiques au sujet de l'allaitement maternel, un soutien psychologique et une orientation vers les associations de femmes créées dans la communauté pour aider ces femmes.

CONCLUSION

L'allaitement maternel est un acte naturel qui apporte de nombreux avantages à la mère comme à l'enfant. Le lait de femme représente l'alimentation la mieux adaptée à l'enfant jusqu'à ses six mois. Pour revendiquer cette qualité inégalée, de grandes recommandations ont été promulguées au fur et à mesure des années afin de promouvoir et protéger cette pratique.

Actuellement, l'OMS recommande pour tous les nourrissons, un allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois suivi d'un allaitement maternel associé à une alimentation de complément jusqu'à l'âge de deux ans. Cette recommandation est incontournable dans les pays en voie de développement comme le Bénin. Des données de l'UNICEF sur la survie des enfants, publiées récemment dans le journal médical *The Lancet*, ont montré que l'allaitement maternel, mené dans des conditions optimales, permettrait de sauver plus de nourrissons que presque n'importe quelle autre mesure. Chaque année, plus de 10 millions d'enfants meurent de causes le plus souvent évitables, notamment la diarrhée, la pneumonie, la rougeole, le paludisme et le VIH/SIDA. Si chaque enfant était nourri exclusivement au sein au cours de ses six premiers mois, cet allaitement se poursuivant encore quelques mois, on estime qu'1,5 million de vies seraient ainsi sauvées chaque année **(91)**.

Le Bénin est un des rares pays qui a vu son taux d'allaitement maternel exclusif grimper de 34% en 10 ans. Ces résultats sont le fruit d'une série de grandes campagnes de promotion et de soutien en faveur de l'allaitement maternel dans les années 90. Actuellement, ces programmes s'essouffent et les grandes organisations comme UNICEF et IBFAN craignent une baisse de ce taux d'AME et une réémergence de pratiques néfastes souvent très ancrées dans la culture béninoise (administration de tisanes...).

Cette amélioration du taux d'allaitement est aussi ralentie par l'épidémie de VIH qui sévit au Bénin. La pratique de l'allaitement maternel par une femme séropositive a été longtemps controversée et encore aujourd'hui, cette maladie est un frein à l'amélioration du taux d'allaitement maternel exclusif. Pour actualiser les nouvelles recommandations face aux recherches sur la transmission du VIH par l'allaitement maternel, faciliter la promotion et la diffusion des messages, l'OMS a publié récemment de nouvelles recommandations sur l'alimentation des nourrissons nés de mères séropositives.

Face à cette situation, un nouvel élan doit être donné à la promotion de l'allaitement maternel exclusif. Au Bénin, en parallèle aux formations des professionnels de santé des hôpitaux et centres de santé, des actions au niveau communautaire se sont mises en place et ont porté leurs fruits. Elles semblent représenter une des clés du succès.

Le pharmacien est rarement cité dans ces programmes de promotion et de soutien en faveur de l'allaitement maternel et occupe pourtant une place privilégiée. De nombreux points sont à travailler pour que le pharmacien et les vendeurs en pharmacie aient un impact dans la promotion et le soutien à l'allaitement maternel auprès de la population. En sensibilisant les pharmaciens et leurs équipes sur ce sujet, en mettant en avant l'importance du rôle qu'ils pourraient incarner et en leur donnant les premiers outils pour l'appliquer, la tendance peut changer et les pharmaciens pourraient intégrer par la suite ces programmes. En discutant avec ces équipes j'ai pu noter qu'ils étaient très demandeurs de formations. A notre échelle, nous pouvons sensibiliser ces équipes sur la promotion de l'allaitement maternel et leur apporter les grandes lignes à connaître pour l'accompagnement et le conseil aux mères allaitantes. C'est dans un cahier de formation que j'ai pensé résumer ces grandes lignes. Ce cahier pourrait être délivré à l'occasion de cours synthétiques organisés par des bénévoles dans les pharmacies.

Après ce type de formation le pharmacien et les vendeurs en pharmacie seront plus aptes à accompagner les mères dans l'allaitement maternel, à les conseiller pour prévenir ou régler un problème et les orienter si nécessaire. Nous devons tenter ce pari, pour contribuer à notre niveau aux actions lancées depuis plusieurs années par les organisations de santé, pour répondre aux attentes des équipes sur le terrain, pour valoriser l'opportunité que nous offre la faculté de Nantes de nous rendre au Bénin et enfin, et surtout, pour aider ces enfants et ces mères que nous avons eu la chance de rencontrer pendant notre stage.

LEXIQUE

*Pneumo-phtysiologie : spécialité médicale pour la prise en charge de la tuberculose pulmonaire.

*Bouillie : bouillie de maïs mangée chaude ou froide, acide ou non.

*Marasme : forme grave de malnutrition protéo-énergétique.

*Pâte : pâte de maïs aussi appelée « pate blanche » qui se mange avec une sauce tomate, de la viande ou du poisson. C'est le met de prédilection des béninois.

*Fétiche : objet du culte Vaudou auquel on attribue des vertus magiques

* Zem : vient abréviation de « zémidjan » qui signifie littéralement « amène-moi vite » en fon. Motocyclette faisant office de taxi au Bénin.

LISTE DES FIGURES

- Figure 1 : Principales composantes de la glande mammaire.
- Figure 2: Structure d'un acinus de la glande mammaire.
- Figure 3 : Vascularisation d'une alvéole mammaire.
- Figure 4 : Contrôle neuro-endocrinien de la lactation.
- Figure 5 : Les composants du lait de femme.
- Figure 6 : Variations des constituants au cours de la maturation du lait de femme (exprimé pour 100 ml).
- Figure 7 : Plaque apposée à l'entrée des établissements de santé Amis des bébés – symbole du label.
- Figure 8 : Pourcentages d'enfants nourris au sein entre 2000 et 2007 dans le monde.
- Figure 9 : Taux de non allaitement maternel exclusif en Afrique de l'Ouest et du Centre.
- Figure 10 : Evolution de l'allaitement maternel exclusif de 1996 à 2006 au Bénin selon les enquêtes démographiques et de santé.
- Figure 11 : Les pratiques d'allaitement par âge au Bénin en 1996.
- Figure 12 : Les pratiques d'allaitement par âge au Bénin en 2001.
- Figure 13 : Les pratiques d'allaitement par âge au Bénin en 2006.
- Figure 14 : Couverture de la Boite à image n°1 du Paquet Minimum d'Activités de Nutrition.
- Figure 15 : Affiche sur le bord des routes au Bénin pour promouvoir la scolarisation des filles.
- Figure 16 : Affiche de la formation PCIME abordant le thème de l'allaitement maternel et l'alimentation de l'enfant.
- Figure 17 : Page de couverture du Polycopié : « le conseil en allaitement : cours de formation ».
- Figure 18 : Groupe de femmes organisé dans un village béninois pour soutenir les femmes allaitantes et promouvoir un allaitement exclusif optimal.
- Figure 19 : Méthode de la seringue pour traiter des mamelons rétractés
- Figure 20 : Fiche (recto-verso) de prévention et d'éducation pour les femmes enceintes et allaitantes utilisée lors des causeries.
- Figure 21 : Pancarte à l'entrée de la maternité, CHD Zou et Collines, juillet 2010.
- Figure 22: Taux de positivité des enfants au test VIH en fonction du protocole ARV appliqué à la mère.
- Figure 23 : Avantages et inconvénients du lait artificiel.
- Figure 24 : Avantages et inconvénients de l'allaitement exclusif.
- Figure 25 : Schéma anatomique simplifié de la glande mammaire.

Figure 26 : Coupe schématique d'un acinus de la glande mammaire.

Figure 27 : Positions recommandées pour allaiter entraînant une bonne prise au sein.

Figure 28 : A Gauche une bonne prise du sein et à droite une mauvaise prise du sein

Figure 29 : 1^{ère} étape de l'expression manuelle du lait.

Figure 30 : 2^{ème} étape de l'expression manuelle du lait.

Figure 31 : 4^{ème} étape de l'expression manuelle du lait.

Figure 32 : Les conditions à remplir pour alimenter son enfant avec du lait artificiel.

Figure 33 : Prospectus délivré par le ministère de la santé par l'intermédiaire des médecins sur la préparation de lait de pharmacie pour nourrisson.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Principales caractéristiques des différentes parties du sein.

Tableau 2 : Composition du lait maternel comparée à celles du lait de vache et des préparations pour nourrissons.

Tableau 3 : Profil du Bénin.

Tableau 4 : Tendances de l'allaitement et des statuts nutritionnels.

Tableau 5 : Résumé des avantages et inconvénients des deux modes d'alimentation de l'enfant de moins de 6mois à connaître pour délivrer un bon conseil en pharmacie et aider la mère dans son choix d'alimentation de l'enfant.

Tableau 6 : Quelques médicaments contre-indiqués et autorisés pendant l'allaitement.

Tableau 7 : La prise en charge à l'officine des principales pathologies bénignes liées à l'allaitement (liste non exhaustive).

Annexe 1 : Questionnaire pour la femme allaitante béninoise

- Age : Nombre d'enfant : village :
- Religion :
- Profession :
- Poids du bébé allaité / pathologie :/.....

- **L'allaitement :**
 1. Allaitiez-vous votre enfant ?.....oui/non
 - Si non, pourquoi ?
 - Si oui, pourquoi ?
 2. Avez-vous donné le colostrum à votre enfant ?
Si non, pourquoi ?
 3. Donnez-vous autre chose que votre lait à votre enfant (eau, tisanes, bouillie...) ?
 - o Si oui, à partir de quel âge ?
 4. Avez-vous pensé à ne pas allaiter ?.....oui/non
 - o Si oui pourquoi ?
 5. Si vous aviez eu la possibilité financière, auriez-vous allaité ou utilisé du lait artificiel ?

- **L'hygiène :**
 6. Vous nettoyez-vous le mamelon avant et après la tétée ?.....oui/non

- **L'alimentation :**
 7. Quelle était votre alimentation avant la grossesse ?
 8. Avez-vous changé votre alimentation depuis la grossesse et l'allaitement ?...oui/non
 9. Si oui, qu'avez-vous changé ?
 10. Quelle eau buvez-vous ?

- **Conduite face aux problèmes de l'allaitement :**
 11. Où avez-vous accouché et vous a-t-on bien conseillé?
 12. Avez-vous déjà eu des problèmes avec votre lait (quantité insuffisante) ? ...oui/non
 13. Si oui, vers qui vous êtes-vous tournée pour résoudre votre problème et qu'avez-vous fait ?
 14. Avez-vous déjà donné un autre lait que le votre à votre enfant ?.....oui/non
 15. Continuez-vous l'allaitement quand vous êtes malade ?.....oui/non
 16. Avez-vous déjà pris des médicaments pendant la période d'allaitement ?... oui/non
 17. Si oui, qu'avez-vous pris et où l'avez-vous acheté?
 18. Avez-vous eu des problèmes mammaires pendant l'allaitement (infection, crevasses, engorgement...) ?
 19. Avez-vous manqué de quelque chose, d'information, avez-vous besoin de quelque chose ?.....oui/non
 20. Prenez-vous l'allaitement comme une contraception ?

- **Le sevrage :**
 21. Quand pensez-vous arrêter d'allaiter votre enfant ?
 22. Comment pensez-vous arrêter d'allaiter votre enfant et à qui demandez-vous conseil ?
 23. Et si vous tombez enceinte, continuerez-vous d'allaiter votre enfant ?
 24. Pratiquez-vous le gavage traditionnel ?oui/non

Annexe 2 : Programme de mes entretiens au cours du séjour au sujet de l'allaitement maternel exclusif au Bénin.

Date et lieu de l'entretien	Nom de l'entretenu	organisation	poste
Début juin 2010 Abomey	Xavier	Centre hospitalier du Zou et Collines	Infirmier - pédiatrie secteur des malnutris graves
30/06/2010 Abomey	Vincent	Association « Terre des Hommes »	Responsable du secteur santé-nutrition
06/07/2010 Bohicon	Mme Guehou Jeanne	Centre de santé de Bohicon	Sage-femme
8/07/2010 Abomey		CIPEC	Médecin en chef du CIPEC
13/07/2010 Abomey	Mme V. Fiogbe	Centre de promotion social d'Abomey	Animatrice communautaire
14/07/2010 DAVOUGON	Mme GANDO Perpétue	Dispensaire Ste Camille de Davougon	Infirmière spécialisée en nutrition
14/07/2010 Davougon	Sandra	Dispensaire Ste Camille de Davougon	Infirmière humanitaire française
15/07/2010 Abomey	M. Yves Kpede	CHD Zou et Collines	Surveillant général – infirmier du service de pédiatrie.
16/07/2010 Abomey	Dr R. BOSSOU	CHD Zou et Collines	Chef de service de pédiatrie.
28/07/2010 Bohicon		Centre de santé Sélomé	Docteur spécialisé en pédiatrie – responsable du centre
29/07/2010 Abomey	Dr Zohoun	CHD Zou et Collines	Pédiatre responsable du secteur Néonatalogie
03/08/2010 Cotonou	Dr B. Gbetchdji	Ministère de la santé – Direction de la Santé Familiale	Chef de service nutrition
03/08 Cotonou	Dr Gnintoungbe	Ministère de la santé	Médecin épidémiologiste/nutritionniste
04/08 Cotonou	Anne-Sophie Le Dain	Bureau de l'UNICEF-BENIN	Représentante de l'Unicef spécialisée en nutrition.
05/08 Cotonou		L'HOMEL	Pédiatre à l'HOMEL et représentante de l'association IBFAN.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) M. Beaudry, S. Chiasson, J. Lauzière - 2006 - *Biologie de l'allaitement : le sein, le lait, le geste* - Presse de l'université du Québec - p 43-7.
- (2) B. Branger, C Metivier, A Dufour, P. Coneau, N Godon, D. Ortais, E. Edeb, H. Thiery - 2009 - *Livret Allaitement Maternel à destination des professionnels* - Réseau « sécurité naissance, naitre ensemble » - p.3.
- (3) R. Vauy, M. Araya - 2004 - *Novel oligosaccharides in human milk : understanding mechanisms may lead to better prevention of enteric and other infections* - The Journal of Pediatrics - 145:283-5.
- (4) Neville, C. Margaret - 2001 - *Anatomy and Physiology of Lactation* - Breastfeeding - 0031:3955/01.
- (5) M. Beaudry, S. Chiasson, J. Lauzière - 2006 - *Biologie de l'allaitement : le sein, le lait, le geste* - Presse de l'université du Québec - p.58-9.
- (6) B. Branger, C. Metivier, A. Dufour, P. Coneau, N. Godon, D. Ortais, E. Edeb, H. Thiery - 2009 - *Livret Allaitement Maternel à destination des professionnels* – Réseau « sécurité naissance, naitre ensemble » - p.20.
- (7) G. Gremmo-Feger - 2003 - *Allaitement maternel, l'insuffisance de lait est un mythe culturellement construit* - SPIRALE - Erès - Septembre 2003 – n°27.
- (8) M. Beaudry, S. Chiasson, J. Lauzière - 2006 - *Biologie de l'allaitement : le sein, le lait, le geste* – Presse de l'université du Québec – p.63-7.
- (9) J.Rey - 2003 - *Breastfeeding and cognitive development* - Acta pediatric - suppl. - p.442.
- (10) SITE INTERNET. Guide de la médecine et de la santé au Bénin, le 30/07/2011. <http://www.santetropicale.com/benin/bada0810.htm>
- (11) SITE INTERNET. Le lait maternel, les aspects pratiques, le 30/07/2011 : <http://www.co-naitre.net/articles/laitmaternelCL.pdf>
- (12) M. Thirion - 2004 - *L'allaitement, de la naissance au sevrage* – Ed. Albin Michel - p.83.
- (13) J-C. Picaud - 2008 - *Breastfeeding and human milk: What benefits for neonates and infants* - Nutrition Clinique et métabolisme – 22:71-4.

- (14) B. Beaufrère, J.L. Bresson, A. Briend, J. Ghisolfi, O. Goulet, J. Navarro, G. Putet, C. Ricour, D. Rieu, D. Turck, M. Vidailhet - 2000 - *La promotion de l'allaitement maternel : c'est aussi l'affaire des pédiatres* - Archives de Pédiatrie - 7:1149-53.
- (15) M. Thirion - 2004 - *L'allaitement, de la naissance au sevrage* - Ed. Albin Michel - p.92.
- (16) M.S. Kramer, T. Guo, R.W. Platt, S. Shapiro, J.P. Collet, B. Chalmers *et al.* - 2002 - *Breastfeeding and infant growth: biology or bias?* - Pediatrics - 110:343-7.
- (17) M.S. Kramer, T. Guo, R.W. Platt, Z. Sevkovskaya, I. Dzikovich, J.P. Collet *et al.* - 2003 - *Infant growth and health outcomes associated with 3 compared with 6 mo of exclusive breastfeeding* - American Journal of Clinical Nutrition - 78:291-5.
- (18) W.H. Oddy, P.D. Sly, N.H. de Klerk, L.I. Landau, G.E. Kendall and P.G. Holt *et al.* - 2003 - *Breast feeding and respiratory morbidity in infancy: a birth cohort study* - Arch. Dis. Child. - 88:224-8.
- (19) Tzee-Chung Wu, Po-Hon Chen - 2009 - *Health consequences of nutrition in childhood and early infancy* - 50:135-143.
- (20) E. Bidat - 2010 - *Breast-feeding protects infants against allergy: Against* - Revue Française d'Allergologie – 50:292-4.
- (21) C.S. Benn, J. Wolfahrt, P. Aaby *et al.* - 2004 - *Breastfeeding and risk of atopic dermatitis, by parental history of allergy, during the first 18 month of life* - Am. J. Epidemiol. - 160:217-23.
- (22) A. Von Berg, S. Koletzko, B. Filipiak-Pittroff *et al.* - 2007 - *Certain hydrolyzed formulas reduce the incidence of atopic dermatitis but not the asthma : Three-year results of the German Infant Nutritional Intervention Study* – J. Allergy Clin. Immunol. – 119:718-25.
- (23) M.S. Kramer, L. Matush, I. Vanilovich, R. Platt, N. Bogdanovich, Z. Sevkovskaya *et al.* - 2007 - *Effect of prolonged and exclusive breast-feeding on risk of allergy and asthma: cluster randomised trial* - BMJ - 335: 815.
- (24) A. Lucas, S. Boyes, S.R. Bloom and A. Aynsley-Green - 1981 - *Metabolic and endocrine responses to a milk feed in six-day-old term infants: differences between breast and cow's milk formula feeding* - Acta Paediatr. Scand. – 70:195-200.
- (25) A. Singhal, T.J. Cole, M. Fewtrell, A. Lucas - 2004 - *Breast milk feeding and lipoprotein profile in adolescent born preterm: follow-up of a prospective randomised study* - The Lancet - 363:1571-8.
- (26) R.M. Martin, G. Davey Smith, P. Mangtani *et al.* - 2004-2005 - *Breastfeeding and cardiovascular mortality : the Boyd-Orr cohort and a systematic review with meta-analysis* – Eur. Heart J. - p.778-86.

- (27) R.M. Martin, Y. Ben-Shlomo, D. Gunnell et al. - 2005 - *Breastfeeding and cardiovascular disease risk factors, incidence, incidence, and mortality : the Caerphilly study* - J. Epidemiol Community Health - 59:121-9.
- (28) J.W. Rich-Edward, M.J. Stampfer, J.E. Manson et al. - 2004 - *Breastfeeding during infancy and the risk of cardiovascular disease in adulthood* - Epidemiology - 15:550-6.
- (29) Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer - 2002 - *Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease* - The Lancet - 360:187–95.
- (30) M. Argento, P. Hoffman, A.-S. Gauchez. – 2008 - *Le cancer de l'ovaire et les perspectives d'amélioration de la précocité du diagnostic* - Immuno-analyse et biologie spécialisée - Ed. Elsevier Masson 23:251-9.
- (31) SITE INTERNET. AFSSAPS, retrait de lot de laits infantiles, le 12/04/2010 : <http://www.afssaps.fr/Infos-de-securite/Retraits-de-lots-et-de-produits/Retrait-de-lots-de-tous-les-laits-infantiles-Laboratoires-des-Produits-PICOT-SA/%28language%29/fre-FR>
- (32) SITE INTERNET. Les dangers des substituts du lait maternel, le 29/11/2010 : http://www.santeallaitementmaternel.com/se_former/apprehender_enjeux/enjeux_sante/danger_substituts_lait.php
- (33) SITE INTERNET. Conventions relatives à la maternité - 1919-2000, le 16/08/2011 : <http://www.ilo.org/ilolex/french/convdisp1.htm>
- (34) SITE INTERNET. Convention sur les droits de l'enfant du 20 Novembre 1989, le 16/08/2011 : <http://www.droitsenfant.com/cide.htm>
- (35) SITE INTERNET. Déclaration conjointe de l'OMS – 1989, le 16/08/2011 : http://www.who.int/nutrition/topics/WHA43.3_icyn_fr.pdf
- (36) SITE INTERNET. Déclaration Innocenti, le 05/08/2011. www.innocenti15.net
- (37) SITE INTERNET. Symbole du label IHAB, le 05/08/2011. <http://www.infor-allaitement.be/pages/nouveautes.php>
- (38) SITE INTERNET. Code International de commercialisation des substituts du lait maternel, le 18/09/2011. http://www.who.int/nutrition/publications/code_french.pdf
- (39) SITE INTERNET. WHA 54.2 - Point 13.1 de l'ordre du jour - La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant. http://www.who.int/entity/nutrition/topics/WHA54.2_icyn_fr.pdf
- (40) SITE INTERNET. Les Objectifs du Millénaire pour le Développement, le 05/08/2011. <http://www.un.org/fr/millenniumgoals/>

- (41) Rédaction UNICEF - 2009 - *Rapport complet de la situation des enfants dans le monde 2009, la santé maternelle et néonatale.*
- (42) SITE INTERNET. Taux de non allaitement maternel exclusif en Afrique de l'Ouest et du Centre, le 05/08/2011. http://www.unicef.org/wcaro/WCAR_Non_EBF_rates_wcar_Map.pdf
- (43) Nutrition section UNICEF New York - 2009 - *Infant and Young Child Feeding Programme Review, Case Study : Benin* - p. 2-13
- (44) Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE) [Bénin] et Macro International Inc. - 2007 - *Enquête Démographique et de Santé (EDSB-III)-Bénin 2006* - Calverton, Maryland, USA : Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique et Macro International Inc.
- (45) Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE) [Bénin] et Macro International Inc. - 1997 - *Enquête Démographique et de Santé (EDSB-I) – Bénin 1996* - Calverton, Maryland, USA : Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique et Macro International Inc.
- (46) Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique (INSAE) [Bénin] et Macro International Inc. - 2002 - *Enquête Démographique et de Santé (EDSB-II) – Bénin 2001* - Calverton, Maryland, USA : Institut National de la Statistique et de l'Analyse Economique et Macro International Inc.
- (47) A. Houindote - 2010 - *Rapport des interventions nutritionnelles récentes au Bénin – Point Focal Nutrition OOAS* - p.2, 11.
- (48) Rédaction IBFAN - 1999 - *Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel 1999, une école pour la vie* - Courrier de l'IBFAN n°4 Janvier/Mars 1999 - p.10.
- (49) SITE INTERNET. Groupe de femmes organisé dans un village béninois pour soutenir les femmes allaitantes et promouvoir un allaitement exclusif optimal, le 29/08/2011. http://www.unicef.org/wcaro/2009_2485.html
- (50) A. Houindote - 2010 - *Rapport des interventions nutritionnelles récentes au Bénin – Point Focal Nutrition OOAS* – p. 11.
- (51) OMS, Basics et UNICEF - 1999 - *Actions Essentielles en Nutrition : Guide pour les responsables de santé* - p. 20.
- (52) F. SAVAGE King et B. De Benoist - 1996 - *Aider les mères à allaiter* - OMS p.20, 28, 72 et 140.
- (53) Rédaction IBFAN – 1999 – *Conseils pratiques : Difficultés liées aux premiers jours après l'accouchement* - courrier de l'IBFAN - Mars 1999.
- (54) Rédaction UNICEF New-York, section nutrition – *Infant and Young Child Feeding Programme Review, Case study : Bénin* – UNICEF – p. 19 et 32.

- (55) MDDP/UNFPA – 2002 – *Rapport sur l'état et le devenir de la population du Bénin (REP 2002)* – p.179.
- (56) MDDP/UNFPA – 2002 – *Rapport sur l'état et le devenir de la population du Bénin (REP 2002)* – p.91
- (57) PNLIS - 2008 - *Rapport de surveillance de l'infection par le VIH et la syphilis au Bénin année 2007*- p.104.
- (58) Rédaction DIC, G. Courcoux - 2009 - *Sida : les femmes africaines font face* – IRD Actualité scientifique - Fiche n°332.
- (59) M. Mahy, J. Stover, K. Kiragu et al. – 2010 - *What will it take to achieve virtual elimination of mother-to-child transmission of VIH? An assessment of current progress and future needs* - Sex transm infect - 86 suppl.2.
- (60) Palasanthiran et al. - 1993 - *Breastfeeding during primary maternal immunodeficiency virus infection and risk of transmission from mother to infant* – Journal of Infectious Disease - 167:p. 441-4.
- (61) R. Stiehm, P. Vink - 1991 - *Transmission of human immunodeficiency virus infection by breastfeeding* - Journal of Pediatrics - 118:410–2.
- (62) S.K. Hira et al. - 1990 - *Apparent vertical transmission of human immunodeficiency virus type 1 by breastfeeding in Zambia* - Journal of Pediatrics - 117: 421-4.
- (63) R. Nduati, G. John, J. Kreiss - 1994 - *Postnatal transmission of HIV-1 through pooled breast milk* - Lancet - 344:1432.
- (64) R. Nduati et al. - 1995 - *Human immunodeficiency virus type-1 infected cells in breast milk: Association with immunosuppression and vitamin A deficiency* - Journal of Infectious Diseases - 172:1461-8.
- (65) A. Ruff et al - 1994 - *Prevalence of HIV-1 DNA and P24 antigen in breast milk and correlation with maternal factors* - Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes - 7:68–72.
- (66) P. Van de Perre et al. - 1993 - *Infective and anti-infective properties of breastmilk from HIV-1-infected women* - Lancet - 341:914–8.
- (67) C. Featherstone - 1997 - *M cells: portals to the mucosal immune system* - Lancet - 350:1230.
- (68) M. Bomsel - 1997 - *Transcytosis of infectious human immunodeficiency virus across a tight human epithelial cell line barrier* - Nature Medicine - 3:42–7.
- (69) J.S. Read JS et al. - 2003 - *Late postnatal transmission of HIV in breastfed children: an individual patient data metaanalysis (The Breastfeeding and HIV International Transmission*

Study). Abstract 97, 10th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, USA, 10–14 February 2003.

(70) J. S. Read et al. - 2003 - *Late postnatal transmission of HIV in breastfed children: an individual patient data meta-analysis (The Breastfeeding and HIV International Transmission Study)* - Abstract 97, 10th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, USA, 10–14 February 2003.

(71) V. Leroy et al. - 2002 - *Twenty-four months efficacy of a maternal short-course zidovudine regimen to prevent mother-to-child transmission of HIV- 1 in West Africa* - AIDS - 16:631–641.

(72) A. Ruff et al -1994 - *Prevalence of HIV-1 DNA and P24 antigen in breast milk and correlation with maternal factors* - Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes - 7:68-72

(73) R. Nduati et al. - 1995 - *Human immunodeficiency virus type-1 infected cells in breast milk: Association with immunosuppression and vitamin A deficiency* - Journal of Infectious Diseases - 172:1461-88.

(74) P. Lewis et al. - 1998 - *Cell-free human immunodeficiency virus type 1 in breast milk* - Journal of Infectious Diseases - 177:7–11.

(75) D. T. Dunn et al - 1998 - *Mother-to-child transmission of HIV* - AIDS -12: 2211-6.

(76) R. Nduati et al. - 2000 - *Effect of breastfeeding and formula feeding on transmission of HIV-1: a randomized clinical trial* - Journal of the American Medical Association - 283: 1167–1174.

(77) B. Richardson et al. - 2003 - *Breastmilk infectivity in Human Immunodeficiency Virus Type 1 infected mothers* - Journal of Infectious Diseases - 187: 736–740.

(78) J.F. Willumsen, M.L. Newell, S. Filteau et al. - 2001 - *Variation breastmilk HIV-1 viral load in left and right breasts during the first 3 months of lactation* - AIDS - 15: 1896-8.

(79) J.F. Willumsen et al. - 2003 - *Breastmilk RNA viral load in HIV-infected South African women: effects of subclinical mastitis and infant feeding* - AIDS - 17:407-414.

(80) K. Pillay et al. - 2000 - *Cell-free virus in breastmilk of HIV- 1 seropositive women* - Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes - 24: 330-6.

(81) V. Leroy et al. - 2003 - *Postnatal transmission of HIV-1 after a maternal short-course zidovudine peripartum regimen in West Africa: a pooled analysis of two randomised clinical trials* - AIDS - 17: 1493–1501.

(82) C. Nakabiito et al. - 2002 - *Effect of nevirapine for perinatal HIV prevention appears strong among women with advanced disease: subgroup analyses of HIVNET012* - XIV International AIDS Conference, Barcelona, Spain, 7-12 July 2002.

- (83) J.S. Read et al. - 2003 - *Late postnatal transmission of HIV in breastfed children: an individual patient data metaanalysis (The Breastfeeding and HIV International Transmission Study)* - 10th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Boston, USA, 10–14 February 2003.
- (84) R. Semba et al. - 1999 - *Human immunodeficiency viral load in breastmilk, mastitis and mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus type 1* - Journal of Infectious Diseases - 180: 93-8.
- (85) G. John-Stewart et al. - 2004 - *Breastfeeding and transmission of HIV-1* - Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes - 35: 196-202.
- (86) N. Rollins et al. - 2004 - *Preventing postnatal transmission of HIV-1 through breastfeeding: modifying infant feeding practices* - Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes - 35:188–195.
- (87) E. Ekpini et al. - 2000 - *Late postnatal transmission of HIV-1 in Abidjan, Cote d'Ivoire. Lancet, 1997, 349:1054–1059 et Embree JE et al. Risk factors for postnatal mother- child transmission of HIV-1* - AIDS -14:2535–2541.
- (88) A. Coutsooudis et al. - 2001 - *for the South African Vitamin A study group. Method of feeding and transmission of HIV-1 from mothers to children by 15 months of age: prospective cohort study from Durban, South Africa* - AIDS - 15: 379–387.
- (89) Rédaction OMS - 2005 - *La transmission du VIH par allaitement au sein : bilan des connaissances actuelles* - Organisation mondiale de la Santé.
- (90) Nutrition Matters - 2010 - *Nouvelles directives de l'OMS sur l'alimentation infantile et la prévention de la transmission mère-enfant du VIH* – édition n°102, Février 2010.
- (91) L. Kuhn and G. Aldrovandi - 2010 - *Survival and health benefits of breastfeeding versus artificial feeding in infants of HIV-infected women: developing versus developed world* - Clinics in Perinatology - 37:843-862
- (92) Ministère de la santé du Bénin, Programme national de lutte contre le sida - 2008 - *Analyse de la situation de la prévention de la transmission mère enfant du VIH au Bénin* - Novembre 2008 - p.78-81, 68.
- (93) Rédaction OMS - 2006 - *Alimentation infantile et VIH : outils pour le conseil : guide de référence* - OMS, UNICEF, Agence des Etats-Unis pour le développement international.
- (94) P. Dorosz, D Vital Durand, C. Le Jeune – 2011 – *Allaitement et médicaments – Guide pratique des médicaments 2011* – Ed. Maloine - p.1796
- (95) SITE INTERNET. La position lors de l'allaitement, le 21/09/2011. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/301.pdf>
- (96) SITE INTERNET. Comparaison des différents laits, le 19/09/11. <http://www.regime-dietetique.net/dietetique-pratique/allaitement-maternel.aspx>

(97) SITE INTERNET. WHA 55.25 – Point 13.10 de l'ordre du jour - La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant, le 19/09/2011.

http://www.who.int/nutrition/topics/WHA55.25_icycn_fr.pdf

(98) SITE INTERNET. Allaitement et Sida, le 19/09/2011.

<http://www.news-medical.net/news/2005/04/27/37/French.aspx>

Vu, le Président du jury,

M.MERLE Christian

Vu, le Directeur de thèse,

Mme CARBONNELLE Delphine

Vu, le Directeur de l'UFR,

M. PINEAU Alain

Nom – Prénoms : CADE Claire, Annick, Madeleine

Titre de la thèse : PROMOTION DE L'ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF AU
BENIN ET RÔLE DU PHARMACIEN D'OFFICINE

Résumé de la thèse :

L'allaitement maternel est un geste naturel qui apporte de nombreux bénéfices à la mère et à son enfant. Cette pratique peut cependant être délaissée si l'information n'est pas suffisamment diffusée ou devenir difficile si l'entourage n'apporte pas de soutien aux femmes concernées. Depuis que l'on a démontré tous ses avantages et la preuve que l'allaitement maternel exclusif peut sauver de nombreuses vies, plusieurs recommandations officielles internationales ont été publiées dont celle de l'Organisation Mondiale de la Santé. Elle recommande notamment comme la meilleure alimentation possible pour l'enfant, un allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois.

Au Bénin, l'allaitement maternel est adopté par la majeure partie des femmes mais les pratiques traditionnelles, les croyances transmises de génération en génération ou encore la pandémie de VIH/Sida sont autant de barrières à l'allaitement maternel exclusif. Dans les années 90, un investissement est réalisé dans cette promotion, principalement au niveau communautaire et les résultats sont encourageants. Actuellement, cet élan s'essouffle et l'on craint que les pratiques ne se dégradent. Le pharmacien, professionnel de santé au niveau communautaire, occupe une place privilégiée et non encore exploitée dans ce domaine. Des difficultés sont à lever comme le manque de formation des vendeurs ou la faible implication dans les actions de santé publique mais l'utilisation de ce fort potentiel doit pouvoir donner un nouvel élan à la promotion et au soutien de l'allaitement maternel exclusif au Bénin.

MOTS CLES : ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF ; BENIN ; PROMOTION ;
PHARMACIEN

JURY

PRESIDENT: M. Christian MERLE, Professeur de Pharmacie Galénique
Faculté de Pharmacie de Nantes

ASSESEURS : Mme Delphine CARBONNELLE, Maître de Conférences de Physiologie
Faculté de Pharmacie de Nantes

Mme Nathalie CAROFF, Maître de Conférences de Bactériologie
Faculté de Pharmacie de Nantes

Mme Josiane MORVAN, Pharmacien d'officine
2 Boulevard Legris, 22680 Etables-sur-Mer
