



Bureau de dépôt
5530 Voir
Revue trimestrielle

Bulletin d'Education du Patient

*Promotion
de la santé
du nourrisson
TOME 2*

PUBLICATION TRIMESTRIELLE

REDACTEUR EN CHEF :

- Jean-Luc Collignon*;

COORDINATION ET SECRÉTARIAT

DE REDACTION :

- Anne Malice*;

COMITÉ DE RÉDACTION :

- Jean-Luc Collignon*;
- Marie-Madeleine Leurquin*;
- Anne Malice*;
- Nathalie Martin*;
- Alain Schoonvaere;
- Aurore Vincent*.

COMITE DE LECTURE :

- Pr Jean-Philippe Assal (Suisse);
- Pr Alain Deccache (Belgique);
- Pr Jean-François d'Ivernois (France);
- Dr Rémi Gagnayre (France);
- Dr Alain Golay (Suisse);
- Mr Stéphane Jacquemet (Suisse);

- Pr Michel Mercier (Belgique).

ILLUSTRATION ET MISE EN PAGE :

- Emmanuel Lefebvre*.

SECRÉTARIAT ET TRAITEMENT DE TEXTE :

- Pierrette Honnay*;
- Annie Pennetreau*;
- Régine Roba*.

IMPRIMERIE :

- NUANCE 4
Rue des Gerboises, 3
5100 Z.I. de Nanin
Tél.: 081 / 40 85 55 Fax : 081 / 40 85 50

EDITEUR RESPONSABLE :

- Pr. Patrick De Coster, Avenue Dr. Thérasse, 1,
B-5530 Yvoir.

COORDINATION DE CE NUMÉRO :

- Marie-Madeleine Leurquin*
- Jean-Luc Collignon*
- Dr Jean-Noël Van Hees
* : Centre d'Education du Patient.

ONT CONTRIBUÉ À LA REALISATION DE CE NUMÉRO :

- Docteur Mikel de Ajuriaguerra,
- Madame Ingrid Bayot,
- Docteur Christiane Brasseur,
- Madame Anne-Marie Corbier,
- Docteur Christilla Coussement,
- Madame Monique Crost,
- Docteur Michel Dechamps,
- Madame Mireille Delestrait,
- Docteur Patricia Franco,
- Docteur Geneviève François,
- Professeur Laurence Galanti,
- Docteur Véronique Godding,
- Docteur Irène Le Gouill,
- Docteur José Groswasser,
- Madame Bérengère Janssen,
- Mesdames les enseignantes responsables
de la formation des sages-femmes Hemes
Institut Ste-Julienne, Liège,

- Professeur André Kahn,
- Docteur Monique Kaminsky,
- Docteur Christine Lambotte,
- Docteur Jean Laperche,
- Docteur Thierry Liégeois,
- Docteur Irène Loras-Duclaux,
- Soeur Lucrèce,
- Madame Anne Méan,
- Madame Françoise Moyersoën,
- Madame Annick Noulis,
- Madame Liliane Schaner,
- Monsieur Edgard Peters,
- Docteur Liliane Pirard-Gilbert,
- Docteur Françoise Ravet,
- Docteur Brigitte Sandrin-Berthon,
- Madame Marie Stevens,
- Docteur Alain Verloes.

Projet subsidié par le Ministère de la Communauté française de Belgique



Nous remercions Infor-allaitement, les mamans surprises par l'appareil photographique dans leur relation avec leur enfant, les bébés et les enfants qui illustrent si agréablement ce numéro.

Les articles publiés reflètent les opinions de leur(s) auteur(s), mais pas nécessairement celles des responsables du BEP. Ils peuvent être reproduits moyennant la citation des sources et l'envoi d'un exemplaire de la reproduction ou de la citation à la rédaction.

Le Bulletin d'Education du Patient est membre de l'ARSC, Association des revues scientifiques et culturelles - www.arsc.be

BULLETIN D'EDUCATION DU PATIENT ISSN = 0777-0898

TARIFS ET ABONNEMENTS 2001			
AU NUMÉRO		ABONNEMENT D'UN AN	
N° SIMPLE	N° DOUBLE	INDIVIDUEL	INSTITUTION
7,44 Euros	11,15 Euros	22,31 Euros	29,75 Euros
300 Bef	450 Bef	900 Bef	1200 Bef
48,8 Frf	73,2 Frf	146,3 Frf	195,1 Frf


Pour vous abonner, il vous suffit d'effectuer le paiement en Francs Belges, en Francs Français, ou en Euros avec la communication : « Abonnement BEP ».

Pour la Belgique : par virement bancaire au n° de compte de la BACOB 796-5303234-18.

Pour la France : par chèque bancaire ou postal à l'ordre du Centre d'Education du Patient ou par virement bancaire au n° de compte de la Société Générale 30003-00581-00037270119-52.

Pour les autres pays : par transaction bancaire internationale (Frais bancaires à votre charge) sur le compte bancaire international IBAN BE50 7965 3032 3418.

Pour plus de renseignements, Tél. : ++ 32 (0)82 61 46 11 (Centre d'Education du Patient).



*Ce numéro
du Bulletin d'Education du Patient
constitue la seconde partie du dossier consacré
à la promotion de la santé du nourrisson.*

Drogues

Effets néfastes pour le fœtus et le nouveau-né de la consommation de drogues par la femme enceinte et influence sur le risque de MSN

par Françoise Ravet (1)

Mots-clés : drogue, toxicomanie, grossesse, mort subite du nourrisson, facteur de risque.

(1) Pédiatre, dirige l'unité d'étude du sommeil du nourrisson et de l'enfant – Centre de Référence pour le diagnostic et le traitement de la mort subite du nourrisson au CHR de la Citadelle, boulevard du XI^{ème} de Ligne, 1, B-4000 Liège
Tél. : ++ 32 (0)4 225 66 15
Fax : ++ 32 (0)4 225 73 65
E-mail :
françoise.ravet@chrcitadelle.be

La consommation de drogue par les femmes en âge de procréer est un véritable problème de santé publique. Une femme toxicomane enceinte expose son fœtus, puis son nouveau né et son enfant à certains risques. L'article se concentre essentiellement sur les conséquences de la consommation des drogues dures telles que l'héroïne et la cocaïne, qui provoque des phénomènes de dépendance et de tolérance et entraîne des conséquences importantes sur le déroulement de la grossesse, sur la santé du fœtus et du nouveau né. Le cerveau est un organe clé du développement, il est malheureusement aussi la cible de choix de ces drogues consommées au cours de la grossesse. L'utilisation de la méthadone comme traitement de substitution chez les toxicomanes à l'héroïne doit également être recommandée pendant la grossesse.

		BB < mère toxico	Nombre de décès	Incidence MSN
Et. rétrospectives				
Harper, 5 th Nat. Conf. on Méthadone treatment, 1973	opiacés	244	4	16.4 ‰
Rajegowda, <i>Pediatr Res</i> , 1976	opiacés	383	8	20.9 ‰
Finnegan, <i>Pediatr Res</i> , 1978	opiacés	389	9	10.3 ‰
Chavez, <i>Pediatrics</i> , 1979	opiacés	688	17	24.7 ‰
Durand, <i>J Pediatr</i> , 1990	cocaïne	1137	10	8.9 ‰
Et. prospective				
Bauchner, <i>J Pediatr</i> , 1988	cocaïne	175	1	5.6 ‰

Tableau 1 : premières études rétrospectives concernant les «SIDS» (Sudden Infant Death Syndrome) chez les enfants de mères toxicomanes aux opiacés.

Introduction

La consommation de drogues par les femmes en âge de procréer est un véritable problème de santé publique. Une femme toxicomane enceinte expose son fœtus, puis son nouveau-né et son enfant, à certains risques : risques pendant la grossesse et à la naissance, risque de négligence ou de maltraitance pendant l'enfance. Les enfants exposés aux opiacés

ou à la cocaïne in utero présentent un retard de croissance intra-utérin, une incidence élevée de prématurité, un syndrome de sevrage de gravité variable, et des altérations du développement neurologique et psychomoteur. Ils ont de plus un risque accru de MSN et d'anomalies du contrôle cardio-respiratoire. Le cerveau est un organe-clé du développement : il est malheureusement la cible de choix de toutes ces drogues qui, consommées au cours de la grossesse, menacent le fœtus dès sa conception.

Epidémiologie

L'aspect illégal de la toxicomanie rend les études épidémiologiques très difficiles. En France, il y aurait environ 20 à 25 % de femmes consommatrices de drogues licites et illicites; on estime que plus de 20 % d'entre elles ont des enfants. Aux États-Unis, près de 10 % des nouveau-nés naissent de mères ayant consommé des drogues illégales au cours de leur grossesse. Ce constat est alarmant mais bien réaliste. Il peut s'agir de drogues «illicites» comme l'héroïne ou la cocaïne, mais aussi d'autres substances parfaitement «licites» telles que l'alcool et le tabac qui sont d'authentiques drogues tolérées et même valorisées dans nos sociétés où elles sont consommées abondamment, malgré leurs conséquences désastreuses sur la santé. Chaque jour leur consommation s'accroît y compris chez les femmes, alors que l'âge des consommateurs

s'abaisse [4].

C'est au début des années 70 que sont apparues les premières études rétrospectives concernant les «SIDS» (Sudden Infant Death Syndrome) chez les enfants de mères toxicomanes aux opiacés (cfr. tableau 1 page précédente).

Les taux de SIDS rapportés étaient extrêmement élevés [1, 2, 3, 5, 6, 11], mais la plupart des mères concernées étaient poly-toxicomanes, et cumulaient un certain nombre de facteurs de risque. Dans les années 70, peu de femmes utilisaient la cocaïne; la consommation de celle-ci crût de façon exponentielle dans les années 80. En 1988, Bauchner [1] réalisa une étude prospective, identifiant d'abord les mères cocaïnomanes par interrogatoires et tests diagnostiques urinaires (175 toxicomanes furent ainsi identifiées, parmi une population de 996 mères). Un seul enfant décéda de MSN par la suite, ce qui correspond à une incidence de 5,6‰. Bien que cette étude ne porte que sur un petit nombre d'enfants, il est vraisemblable que ce taux, nettement plus faible que ceux rapportés par les études précédemment citées, soit le résultat d'un meilleur suivi des mères ainsi identifiées.

Entre 1979 et 1990, les données du National Center for Health Statistics, analysées par Dicker et al., montrent aux E-U une augmentation de mères toxicomanes de 576 % et de nouveau-nés nés de mères toxicomanes de 456 % !

Quelles sont les drogues utilisées ?

Le tabac et l'alcool faisant l'objet d'autres articles de cette revue, nous nous concentrerons essentiellement sur les conséquences pour le fœtus et le nouveau-né de la consommation des drogues dures telles que l'héroïne et la cocaïne (cfr tableau 2, ci-contre).

L'héroïne et la méthadone

Ces drogues appartiennent toutes deux à la famille des opiacés, qui sont des produits actifs contre la douleur. A l'origine, on utilisait l'opium (extrait du pavot indien), remplacé plus tard dans les pays occidentaux par la morphine. Celle-ci fut découverte en 1805; son nom vient de celui du Dieu du sommeil «Morphée». L'héroïne est un dérivé de la morphine. La méthadone, elle, est un opiacé de synthèse, fabriqué industriellement, et dont certains effets sont très proches de ceux des autres opiacés, mais sans leur effet euphorisant ou sédatif.

La cocaïne

C'est une substance extraite des feuilles d'arbustes de la famille des Erythroxyla, qui poussent essentiellement en Amérique du Sud. Cette substance, connue depuis des millénaires, fut rapportée en Europe au 16^{ème} siècle par les Espagnols. Les propriétés médicales de la cocaïne n'ont été exploitées qu'au 19^{ème} siècle, principalement en psychiatrie et pour l'anesthésie locale. C'est au début des années 1980 seulement

que ses propriétés stimulantes ont été reconnues.

Dans certains quartiers des grandes villes américaines, plus de 15 % des femmes enceintes utilisent de la cocaïne. La toxicomanie à la cocaïne est en croissance régulière en Europe, mais comme elle est plus chère et moins accessible que l'héroïne, elle ne toucherait qu'environ 30 % des toxicomanes ... hélas, nous ne connaissons pas précisément la fréquence de cette toxicomanie chez la femme enceinte. Par contre aux États-Unis, de nombreuses études ont pu être effectuées; la prévalence de la toxicomanie à la cocaïne chez les femmes en âge de procréer y a été estimée : de 7,5 à 45 % (selon les études) [4]. Le National Institut on Drug Abuse (NIDA) a permis à Gombay et Shiono d'établir une estimation du nombre d'enfants exposés à une toxicomanie in utero : 4,5 % des nouveau-nés auraient été exposés à la cocaïne; 2 à 3 % aux opiacés; 7 % à la marijuana; 7,3 % à l'alcool.

Comment explique-t-on le phénomène de «dépendance» aux drogues ?

Les neurones de notre système nerveux «communiquent» entre eux par des substances que l'on appelle des «neurotransmetteurs» ou «neuromédiateurs». Notre organisme, en cas de douleur intense, fabrique et libère une catégorie particulière de neurotransmetteurs, appelés «endorphines», qui agissent comme la morphine sur notre organisme, bloquant ainsi momentanément la sensation douloureuse.

Drogues « licites »	Drogues « illicites »
✓ Tabac	✓ Héroïne
✓ Alcool	✓ Cocaïne
✓ Caféine	✓ Cannabis
✓ Anti-douleurs morphiniques	✓ (Marijuana, Hachisch)
✓ Amphétamines	✓ LSD
✓ Somnifères, barbituriques	✓ Méthadone

L'apport exogène d'opiacés (l'héroïne par exemple) va provoquer une diminution, voire une inhibition du relargage d'endorphines naturelles par les neurones, dont les activités sont ainsi remplacées par les morphiniques exogènes. Lorsque l'intoxication devient chronique, les neurones tarissent leur production d'endorphines. Dès lors, en l'absence de prise régulière d'opiacés exogènes, le toxicomane va ressentir un véritable état de «manque», car pendant un certain délai il n'aura plus ni d'opiacés exogènes, ni d'endorphines naturelles. Pendant ce

Tableau 2 : liste des différentes drogues utilisées par les mères toxicomanes.

même délai, il y a un relargage de noradrénaline, puissant neuromédiateur stimulant, à l'origine de phénomènes douloureux généralisés particulièrement pénibles. C'est une des raisons qui pousse le toxicomane à rechercher par tous les moyens la poursuite de la prise de morphiniques exogènes pour calmer cette situation parfois extrêmement désagréable.

Les effets physiologiques de la toxicomanie chronique aux opiacés font intervenir l'ensemble de l'organisme. Au niveau neurologique, les opiacés ont donc une action contre la conduction de la douleur au niveau central (sur le tronc cérébral notamment) et au niveau médullaire sur les neurones de la corne dorsale de la moelle épinière. L'action sur le tronc cérébral provoque, notamment, le classique myosis (rétrécissement des pupilles). Les opiacés agissent sur les appareils digestif et urinaire en intervenant sur les fibres musculaires lisses (constipation par diminution de la motricité intestinale et rétention d'urine par contraction du sphincter de la vessie). Au niveau cardiaque, ils entraînent une dépression du myocarde et une baisse de la tension artérielle. Au niveau respiratoire, les opiacés diminuent la sensibilité des centres nerveux au gaz carbonique. Cette dépression respiratoire peut être mortelle, d'autant plus que la drogue inhibe aussi la stimulation physiologique de la respiration par l'hypoxie (diminution de l'oxygénation). Ces conséquences sont à l'origine des décès des héroïnomanes en cas de surdosages ou d'overdoses.

La prolongation de l'exposition des récepteurs morphiniques à des doses importantes d'opiacés exogènes entraîne progressivement une diminution de leur sensibilité expliquant le phénomène de «*tolérance*». La dépendance psychique et physique aux opiacés est donc très puissante.

Consommation de drogues et grossesse

Tableau 3 : Conséquences de la consommation d'héroïne sur le fœtus.

Le principal opiacé actuellement consommé en Europe, même chez la femme enceinte, est l'héroïne.

Conséquences de la consommation d'héroïne sur le fœtus

- Altération du S.N.C. par perturbation de la migration neuronale et altération des cellules gliales
- Vasoconstriction des artères cérébrales avec ↑ des lésions ischémiques et hémorragiques
- ↓ d'oxygénation chronique par ↓ circulation placentaire lors des états de « manque »

La vie chaotique et tumultueuse d'une femme héroïnomane rend extrêmement difficile le déroulement et le suivi de sa grossesse. Le début de celle-ci est d'ailleurs parfois méconnue du fait de la fréquence des aménorrhées (absence de règles); elle est aussi déclarée tardivement ou non déclarée par la toxicomane qui refuse souvent le suivi obstétrical indispensable.

Fausses couches et avortements spontanés

Leur fréquence est élevée et varie selon les études entre 15 et 30 %. Il est fort possible qu'elle soit sous-estimée par les nombreuses difficultés des études épidémiologiques. Les perturbations hormonales, notamment les aménorrhées, rendent difficile l'évaluation précise de la fréquence des fausses couches.

Accouchements prématurés

Comme pour la plupart des toxicomanies, les opiacés sont responsables d'un taux élevé de prématurité qui varie de 20 à 50 % selon les travaux. Il est évident que les difficultés de vie de ces futures mères ont un rôle dans la genèse de ces accouchements prématurés, mais les opiacés jouent également un rôle important puisqu'ils provoquent des contractions violentes et répétées de l'utérus au cours des différents épisodes de manque.

Conséquences obstétricales

On observe un accroissement (difficile à évaluer avec précision) du taux de césarienne et du nombre de manœuvres obstétricales d'extraction du nouveau-né (ventouses, forceps). Les périodes de manque et les périodes d'excès de drogues répétées sont une des principales causes de survenue d'une souffrance chronique du fœtus.

Conséquences psychologiques

Le comportement des femmes héroïnomanes est souvent perturbé avec notamment une baisse des interactions mère-fœtus indispensables au bien-être du fœtus et au bon déroulement de la grossesse.

Actions des drogues sur le fœtus

L'héroïne et la cocaïne passent aisément la barrière placentaire et la barrière hémato-encéphalique. Trois minutes après une injection intraveineuse d'héroïne, environ 55 % de la concentration plasmatique de la mère est retrouvée dans le sang du cordon ombilical. Lorsqu'on analyse le taux sanguin de la drogue chez le fœtus, on constate, qu'en moins d'une heure, il est plus élevé que celui de la mère. Le fœtus va métaboliser ces produits au niveau de son foie et les excréter par ses reins; ils peuvent alors être mis en évidence dans le liquide amniotique (cfr tableau 3, ci-contre).

Au niveau de la formation de son Système Nerveux Central (SNC)

Chez le fœtus, la différenciation des neurones et leur organisation dans le cerveau nécessite une migration très précise. La construction du cerveau commence dès la 5^{ème} semaine de grossesse. La production des neurones par multiplication cellulaire est maximale au 3^{ème} et au 4^{ème} mois de grossesse : le rythme de production atteint alors 5000 neurones/seconde ! Cent milliards de neurones sont fabriqués avant la 20^{ème} semaine de grossesse. Dès la 20^{ème} semaine de gestation s'effectue un phénomène particulier de mobilité cellulaire : la migration des neurones. Chaque neurone se déplace pour migrer grâce à des guides cellulaires que sont les cellules gliales. Les neurones migrent de l'intérieur du cortex vers l'extérieur en suivant les guides gliaux. La vitesse de cette migration des neurones est d'environ un dixième de millimètre par jour. Le cortex cérébral est formé de six couches et représente la région périphérique du cerveau où se concentre la majeure partie des neurones du SNC. Pendant la migration, différents neurones stoppent leur course dans des couches bien précises et prédéterminées : l'endroit où chaque neurone s'arrête dans sa migration est soigneusement programmée génétiquement.

Les drogues (héroïne, cocaïne, alcool, ..) perturbent cette migration neuronale et de nombreux neurones «se trompent» de place. Il n'y aura non plus aucune possibilité de multiplication compensatoire ou de formation de nouveaux neurones si certains d'entre eux sont lésés ou détruits (infection, hypoxie, drogues). Des erreurs irréversibles se produisent donc dans les plans de construction du cerveau, et les neurones dont la migration aura été perturbée n'auront pas un fonctionnement optimal !

Entre la 20^{ème} et la 40^{ème} semaine de grossesse, les neurones vont donc établir entre eux un véritable réseau de connexion et de communication, et vont se «spécialiser» dans leurs fonctions. Cette étape de «spécialisation», de «différenciation», de «maturation» va se poursuivre ex utero, très rapidement entre 0 et 4 ans, puis plus lentement jusqu'à la puberté, voire même au-delà.

La cocaïne provoque également, par action directe, une vasoconstriction des artères cérébrales, ce qui entraîne des lésions d'ischémie ou d'hémorragie, qui peuvent être visibles à l'échographie transfontanellaire post-natale.

Au niveau de son oxygénation

L'ensemble du développement de l'embryon puis du fœtus dépend principalement des apports de nutriments et d'oxygène fournis par la mère à travers le placenta. Le cerveau du fœtus consomme à lui seul plus des deux tiers de l'énergie puisée chez la mère. Or, peu après l'apparition de signes de «manque» chez la mère héroïnomanne, on peut observer une augmentation des mouvements du fœtus. Il faut rappeler que les périodes de sevrage provoquent des contractions de l'utérus qui peuvent être violentes et qui entraînent une diminution de la circulation placentaire, donc des échanges nutritionnels et d'oxygène au fœtus. L'imprégnation du fœtus par les opiacés suivie de périodes répétées

de manque entraînent donc une souffrance fœtale chronique. Ces agressions fœtales récidivantes, source d'un véritable «stress» chez le futur enfant, peuvent parfois entraîner sa mort in utero. La souffrance fœtale peut se révéler, entre autres, par l'excrétion du méconium et l'élévation des taux de catécholamines au sein du liquide amniotique.

Conséquences chez le nouveau-né

Il n'est pas toujours aisé de préciser chez un nouveau-né les conséquences d'une toxicomanie maternelle aux opiacés et notamment à l'héroïne, puisque la plupart du temps, la mère toxicomane consomme simultanément de multiples produits toxiques (tabac, alcool, ..) et se nourrit mal (cfr tableau 4, ci-dessous).

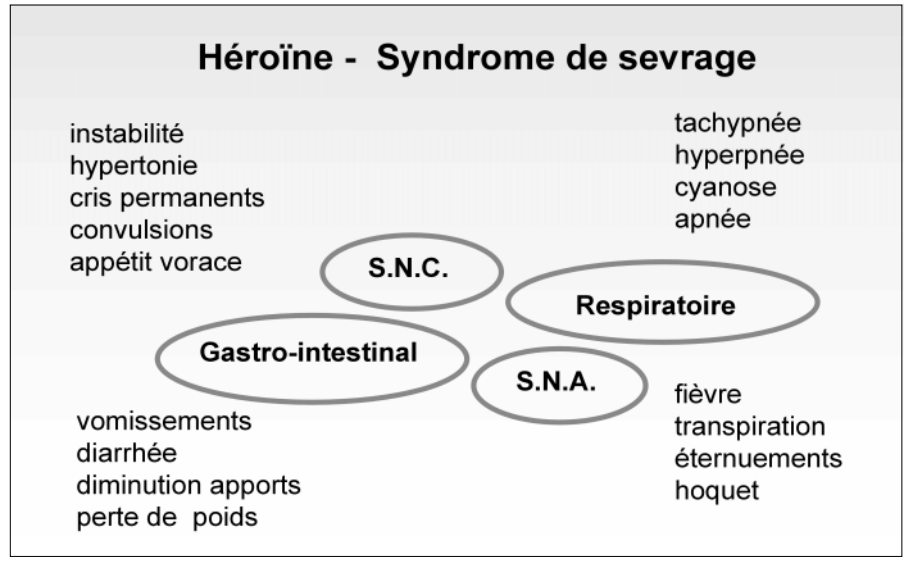
➢ R.C.I.U. avec ↓ du P.C.	30 à 50 %
➢ prématurité	25 à 55 %
➢ Syndrome de sevrage	60 à 95 %
➢ Mortalité par infections respiratoires	R x 2 à 3
➢ Mort subite du nourrisson	R x 5,8 à 8,9

Tableau 4 : conséquences d'une toxicomanie maternelle aux opiacés et notamment à l'héroïne sur le nouveau-né.

Hypotrophie néonatale, ou retard de croissance intra-utérin (RCIU)

Le phénomène de RCIU avec microcéphalie est observé chez environ 30 à 50 % des nouveau-nés de mères héroïnomanes. Le poids de naissance est le plus souvent touché et estimé entre 2 200 à 2 600 g selon les études. Bien entendu, la «polytoxicomanie» et la malnutrition de ces mères se répercutent aussi sur le fœtus, mais il semble bien que les opiacés tels que l'héroïne ont une action propre sur la survenue d'un RCIU tant chez l'homme, qu'expérimentalement chez l'animal.

Tableau 5 : syndrome du sevrage toxicomanique chez le nourrisson.



Prématurité

Sa fréquence est estimée entre 25 et 55 % selon les études. Tout comme pour le RCIU, d'autres facteurs peuvent intervenir, lors de leurs périodes de sevrage, parfois prolongées, les héroïnomanes vont présenter, avec une intensité variable, des épisodes de contractions utérines qui peuvent entraîner un déclenchement prématuré de l'accouchement.

Syndrome de sevrage néonatal

Le syndrome de sevrage existe chez la mère

Tableau 6 : L'intensité du syndrome de sevrage du nouveau-né selon les scores de Finnegan

Syndrome de sevrage néonatal	
Troubles du SNC	Cri aigu—excessif
	Cri aigu—excessif—continu
	Sommeil < 1 h après le repas
	Sommeil < 2 h après le repas
	Sommeil < 3h après le repas
	Réflexe de Moro hyperactif
	Réflexe de Moro très hyperactif
	Trémulations modérées (stimulé)
	Trémulations importantes (stimulé)
	Trémulations modérées (spontané)
Trémulations importantes (spontané)	
Troubles ➤ métaboliques ➤ vasomoteurs ➤ respiratoires	Hypertonie
	Excoriations
	Myoclonies
	Convulsions généralisées
	Transpiration
	Température ≤ 38°2
	Température ≥ 38°3
	Bâillement fréquent
	Marbrures
	Encombrement nasal
Troubles gastro-intestinaux	Éternuements (3-4)
	Battement des ailes du nez
	Rythme respiratoire > 60 min.
	Rythme respiratoire > 60 min.+tirage
	Succion excessive
	S'alimente difficilement
	Régurgitations
	Vomissements en jet
	Selles molles
	Selles liquides

Chaque signe ou symptôme donne lieu à un score bien précis qui est réévalué toutes les 3 heures afin d'ajuster au mieux la thérapeutique.

héroïnomane, mais affecte aussi malheureusement son bébé (cfr tableau 5, page précédente). Chez ces nouveau-nés, le syndrome de sevrage est observé dans 60 à 95 % des cas selon les études. Ce syndrome apparaît toujours après un certain délai qui peut varier de quelques heures jusqu'à une dizaine de jours. La sévérité et la précocité du syndrome de sevrage dépendent principalement de l'importance et de l'ancienneté de la toxicomanie de la mère ainsi que d'une éventuelle consommation maternelle peu avant l'accouchement. Bien qu'il n'y ait pas de véritable risque vital chez le nouveau-né, ce syndrome de sevrage doit être pris en charge rigoureusement. Sur le plan clinique les symptômes sont surtout neurologiques. Ils associent une hyperexcitabilité parfois très importante, une hyperactivité avec agitation qui peut être intense et gêner l'alimentation. On constate souvent des troubles du tonus à type d'hypertonie et des mouvements anormaux à type de trémulations. Une diarrhée est le principal signe digestif observé. L'intensité du syndrome de sevrage du nouveau-né peut être évaluée par des scores, notamment celui de Finnegan (cfr tableau 6, ci-contre) La gravité est ainsi établie pour une prise en charge adaptée à chaque situation, à l'aide d'un traitement médicamenteux (par exemple de l'élixir parégorique - solution de morphine dosée à 0,05 % - du Valium - du phénobarbital...).

La surveillance du nouveau-né de mère héroïnomane s'impose dès la naissance pour un dépistage des premiers signes du syndrome de sevrage. Il est évident que la prise en charge globale du couple mère-enfant est l'idéal afin de créer très tôt des liens indispensables. Psychologiquement, ce syndrome de sevrage du nouveau-né peut être très mal vécu par la maman toxicomane qui est le plus souvent fragile sur les plans émotionnel et de la personnalité. L'attitude de ces nouveaux-nés peut décourager certaines de ces mères. Elles s'imaginent parfois que leurs nouveaux-nés les rejettent et se croient incapables de faire face à cette situation nouvelle de mère. Le choix entre la poursuite de leur toxicomanie et la prise en charge maternelle de leur enfant est souvent difficile à faire. L'enfant est malheureusement plus rarement choisi, surtout si elles n'ont pas tout le soutien et l'aide nécessaires. Il existe souvent une période dite de « *post sevrage* » qui suit le syndrome de sevrage aux opiacés du nouveau-né. Cette période peut persister en moyenne 6 mois et comporte des pleurs et cris fréquents, des troubles du sommeil et de l'alimentation notamment. Tous ces symptômes ne font qu'amplifier les difficultés d'établissement de liens solides entre les mères et leurs enfants. Elles se sentent souvent impuissantes face au comportement perturbé de leur enfant qui se prolonge.

Mortalité par pathologies respiratoires néonatales

La mortalité périnatale serait 2 à 3 fois supérieure chez les nouveau-nés de mères héroïnomanes par rapport à la population néonatale générale. Les

pathologies respiratoires sont les premières causes de mortalité néonatale avec notamment une inhalation fréquente du liquide amniotique méconial (contenant du méconium) par le nouveau-né suite à une souffrance fœtale aiguë.

La dépression des centres nerveux peut entraîner un retard de l'autonomie respiratoire du nouveau-né avec de graves conséquences en l'absence de réanimation. Ce risque est majoré en cas d'anesthésie générale de la mère pour l'accouchement. La présence d'une équipe pédiatrique à la maternité, avant même la naissance, est indispensable.

Pathologies infectieuses en période néonatale (0 à 27j)

La toxicomanie par voie intraveineuse est à l'origine de certaines infections bactériennes locales mais aussi septicémiques. Elle est également pourvoyeuse d'infections virales redoutables, telles que le SIDA, les hépatites virales B et C. La contamination est souvent secondaire à un défaut d'hygiène des seringues échangées, un manque de stérilisation de la peau, mais également par voie sexuelle (partenaires multiples, non ou mauvaise utilisation de préservatifs, etc.). Cette contamination de la mère à son enfant peut survenir à différents moments de la grossesse et, dans certains cas, après la naissance par l'allaitement.

Augmentation du risque de MSN en période post-néonatale (28 à 365j.)

La MSN est la 1^{ère} cause de mortalité post-néonatale. L'âge de survenue des décès suggère la présence d'une immaturité de développement et donc de fonctionnement ayant débuté in utero, dans un environnement intra-utérin non optimal (jeunes mères, s'alimentant mal, anémiques, fumeuses, toxicomanes...). Bien que l'étiologie de la MSN reste inconnue à ce jour, il y a longtemps que l'on suspecte un déficit dans les fonctions de neurorégulation du système cardio-respiratoire. Les études de neuropathologie réalisées chez les nourrissons décédés de MSN supportent le concept que le cerveau de ces enfants n'est pas entièrement «normal» avant le décès mais présente des anomalies et donc une vulnérabilité qui les rend «à risque» de décéder.

Un modèle «à triple risque» (cfr tableau 7 ci-dessus) a été avancé pour expliquer la pathogénie de la mort subite du nourrisson; la MSN résulterait de la conjonction à un moment précis de 3 facteurs de risque : la vulnérabilité de l'enfant, la période critique de développement, la survenue d'un stress exogène.

Le concept de «vulnérabilité» est supporté par 4 arguments :

- 1 la présence d'anomalies subtiles du SNC ou systémiques à l'examen anatomo-pathologique des MSN.
- 2 la présence d'anomalies de fonctionnement du SNC et du Système Nerveux Autonome (SNA).
- 3 la présence d'anomalies physiologiques au niveau cardio-respiratoire et stades de sommeil.
- 4 la présence d'un environnement intra-utérin non optimal.

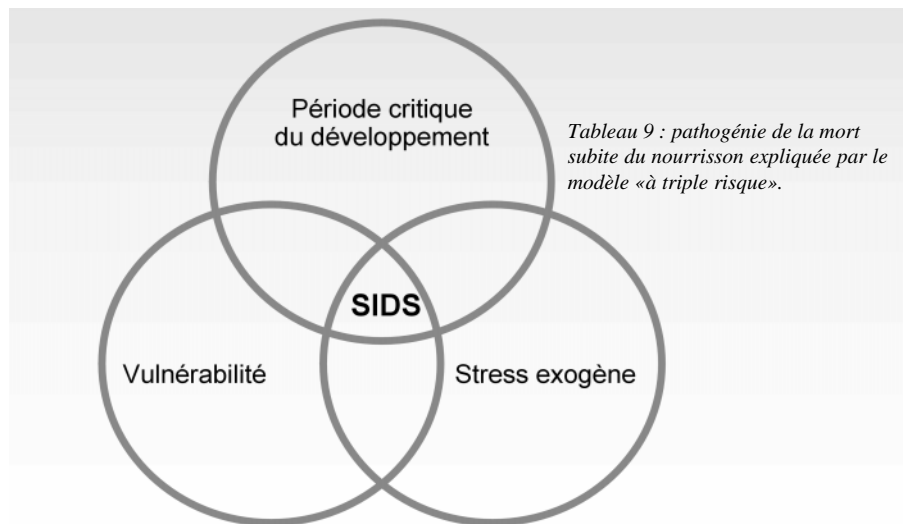


Tableau 9 : pathogénie de la mort subite du nourrisson expliquée par le modèle «à triple risque».

Le concept de «période critique de développement» est essentiellement basé sur l'âge de distribution des MSN, c'est à dire entre 1 et 6 mois. C'est en effet durant cette période que se mettent en place les régulations des systèmes de maintien de l'homéostasie, notamment au niveau du système nerveux autonome, de la ventilation, de l'organisation des stades de sommeil, de la thermorégulation et des rythmes circadiens. Bien que des changements surviennent tout au long de la vie, une configuration relativement stable de fonctionnement est achevée vers la fin du 6^{ème} mois de vie. Durant ces 6 premiers mois, le cerveau croît très rapidement en taille et en complexité de fonctions. Or, nous avons vu plus haut que l'utilisation des drogues dures entraîne une perturbation de migration neuronale génétiquement programmée et que ces «erreurs» dans les plans de construction du cerveau risquent d'en perturber le fonctionnement. Différentes anomalies neuropathologiques, correspondant notamment à la persistance de diverses caractéristiques fœtales dans les cerveaux (et surtout les noyaux du tronc cérébral) des victimes de MSN font suspecter un retard de maturation neuronale. On y retrouve des anomalies des cellules gliales, des neurones des noyaux du tronc, des retards de myélinisation au niveau du SNC et des nerfs périphériques, des anomalies des neurotransmetteurs et de leurs récepteurs. Ces altérations des neurotransmetteurs et de leurs récepteurs ont notamment été mises en évidence au niveau du noyau arqué du tronc cérébral, qui semble très hypoplasique chez les victimes de MSN [8, 10] entraînant ainsi un déficit de la réaction d'éveil en situation d'hypercapnie ou d'hypoxie. Ce déficit de la réaction d'éveil (réflexe protecteur) pendant le sommeil est un des mécanismes physiopathologiques les plus incriminés actuellement dans le syndrome de MSN.

Le concept de stress exogène «précipitant» vient du fait que de nombreuses études épidémiologiques ont démontré la survenue d'un phénomène infectieux, même banal, dans les jours ou les semaines précédant le décès (~ dans 63 % des cas). Il est donc aisé de comprendre qu'une perturbation survenant dans cette période de développement peut réellement et rapidement déstabiliser l'enfant et conduire à son décès.

Bibliographie

- [1] BAUCHNER H., AUCKERMAN B., MCCLAIN M. et coll. (1988), Risk of sudden infant death syndrome among infants with in utero exposure to cocaine, in *J Pediatr*, vol. 113, p. 831.
- [2] CHAVEZ C.J., OSTREA E.M., STYKER J.C. et coll. (1979), Sudden infant death syndrome among infants of drug-dependent mothers, in *J Pediatr*, vol. 95, n° 3, p. 407-409.
- [3] DURAND D.J., ESPINOZA A.M., NICKERSON B.G. (1990), Association between prenatal cocaine exposure and sudden infant death syndrome, in *J Pediatr*, vol. 117, n° 6, p. 909-911.
- [4] FERRARO F. (1998), «La grossesse et les drogues», coll. *Que sais-je ?*, Presses Universitaires de France.
- [5] FINNEGAN L.P., REESER D.S. (1978), The incidence of sudden death in infants born to women maintained on methadone [abstract], in *Pediatr Res*, vol.12, p. 405.
- [6] HARPER R.G., SIA C.G., BLENNMAN S. (1973), *Observations on the sudden death of infants born to addicted mothers*, Presented at the 5th National Conference on Methadone Treatment, vol 2, p. 1122-1127.
- [7] KANDALL S.R., GAINES J., HABEL L. et coll. (1993), in *J Pediatr*, Jul, vol. 123, n° 1, pp. 120-126.
- [8] KINNEY, FILIANO et coll. (1995), Decreased muscarinic Receptor in the arcuate Nucleus in SIDS, *Science*, vol. 269, N° 5229, pp. 1446-1450.
- [9] LYNKEY M., WHITE V., HILL D. et coll. (1999), Prevalence of illicit drug use among youth : results from the Australian School Students' Alcohol and Drugs Survey; in *Aust N Z Public Health*, vol. 23, n°5, pp. 519-524.

.../...

.../...

[10] MATTURI L., BIONDO B., MERCURIO P. et coll. (2000), *Severe hypoplasia of medullary arcuate nucleus: quantitative analysis in sudden infant death syndrome*; in *Acta Neuropathol (Berl)*, vol. 99, n° 4, pp. 371-375.

[11] RAJEGOWDA B.K., KANDALL S.R., FALCIGLIA H. (1976), *Sudden infant death syndrome (SIDS) in infants of narcotic-addicted mothers [abstract]*, in *Pediatr Res*, vol. 10, p. 334.

[12] WARD S.L., KEENS T.G. (1992), *Prenatal Substance Abuse*, in *Clinics in Perinatology*, vol. 19, n° 4.

[13] WARD S.L., BAUTISTA D., CHAN L. et coll. (1990), *Sudden infant death syndrome in infants of substance-abusing mothers*, *J Pediatr*, vol. 117, n° 6, pp. 876-881.

La prise de drogues dures, selon les auteurs, peut augmenter nettement le risque de MSN. Ward et al. [13] (en 1990) rapportent une incidence de 8.87 % de MSN chez les enfants de mères toxicomanes contre 1.22 % dans la population générale; Kandall et al. [7] (en 1993) 5.83 % contre 1.39 %.

La méthadone : un « plus » dans la prise en charge des mères héroïnomanes ?

La méthadone est employée comme traitement de substitution chez les toxicomanes à l'héroïne. Grâce à sa demi-vie de 24 heures, elle empêche le phénomène de «manque» induit par l'héroïne dont la demi-vie est de quelques heures seulement. Les programmes de prise en charge de femmes héroïnomanes alliant substitution à la méthadone et suivi obstétrical normalisent la mortalité néonatale et la morbidité chez les enfants ! La méthadone permet de réduire le nombre de morts fœtales in utero, n'entraîne pas de malformations évidentes et améliore la croissance intra-utérine. Le syndrome de sevrage qui en résulte chez les nouveaux-nés est plus sévère qu'avec l'héroïne, mais son traitement est actuellement bien maîtrisé.

Chez l'animal, l'exposition prénatale à la méthadone engendre un retard de croissance intra-utérin,

(épargnant le cerveau !) qui est rapidement récupéré en période postnatale. Par contre, aucune anomalie de la corticogénèse cérébrale n'est détectée. La méthadone apparaît donc comme un traitement de substitution avec peu de dangers pour le fœtus. Le suivi à long terme d'enfants nés de mères substituées à la méthadone pendant leur grossesse, montre des résultats discordants, probablement induits par des influences diverses telles que la poursuite de consommation d'autres drogues que l'héroïne (tabac, alcool, barbituriques, cocaïne,...) ou une mauvaise alimentation.

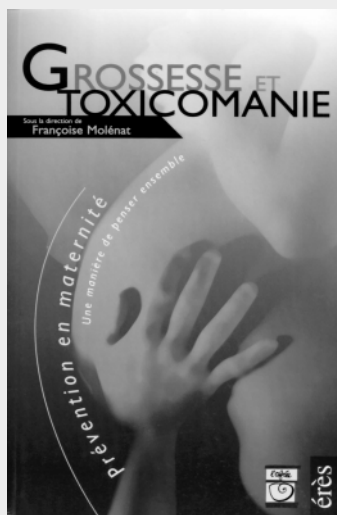
Conclusions

Des études menées à grande échelle chez les 12-17 ans [9] montrent que 36 % de ces jeunes consomment régulièrement du cannabis. Or, il existe une corrélation entre la consommation de drogues «douces» telles que le cannabis et celle, conjointe ou ultérieure, d'autres drogues, y compris le tabac et l'alcool.

Il est donc de notre devoir de mettre énergie et moyens financiers dans des campagnes de prévention, pour informer au mieux tous ces jeunes consommateurs des dangers potentiels qui les menacent, et à travers eux, leurs futurs enfants.

Ensemble, relevons ce défi ! ■

Grossesse et toxicomanies



* Association pour la formation et la recherche sur l'enfant et son environnement

** La cassette vidéo correspondant à cet ouvrage est disponible chez l'éditeur.

Une problématique à la fois médicale et sociale met particulièrement à mal les services d'obstétrique : la toxicomanie chez les femmes enceintes. Les peurs mutuelles violentes paralysent les relations et la prise en charge médicale se résume souvent à un malaise. Les placements d'enfant en urgence laissent toujours un sentiment d'insatisfaction. Là plus encore qu'ailleurs, l'intérêt d'une coordination, d'un accueil, d'une revalorisation des futures mères apparaît primordial. Comment mobiliser chez les soignants et les acteurs sociaux les représentations négatives sur ces parents, qui paralysent leur propre engagement et provoquent en miroir des passages à l'acte tels que le retrait non préparé d'enfant ?

En 1995, une sage-femme du service d'obstétrique du centre hospitalier régional de Montpellier, aidée par un obstétricien, un pédiatre et un pédopsychiatre, élabore un projet d'accueil personnalisé pour les futures mères toxicomanes à l'hôpital : ainsi naît en 1997 la cellule «Parentalité et usage de drogues». Pour la première fois, une sage-femme anime une prise en charge globale visant à intégrer au titre d'une

naissance à venir les registres somatique, social et psychologique. Elle pense son action de l'anténatal au postnatal, de l'intra à l'extra-hospitalier, anticipant d'emblée la place des professionnels à venir et le processus de séparation/individuation que les parents doivent permettre à leur enfant au cours des premières années.

Avec ce premier titre de la collection «Prévention en maternité», Françoise Molénat et l'équipe pluridisciplinaire rendent compte de cette expérience pratique et théorique d'un fonctionnement en réseau «habité», étroitement moulé sur l'expression des attentes et des peurs des parents. S'appuyant sur leur travail clinique et sur les formations pluridisciplinaires dispensées au sein de l'«Afrée»*, elles proposent des points de repères pour les professionnels de la périnatalité et militent pour une certaine manière de penser ensemble. Le témoignage filmé** des parents vient à la fois illustrer et étayer la réflexion tout en offrant une bonne garantie à l'encontre des dérives inévitables dans toute transmission «psychologique» prise au pied de la lettre.

Françoise Malénat est pédopsychiatre au CHU de Montpellier.

Avec la collaboration de : Paul Benos, gynécologue-obstétricien, Corinne Chanal, sage-femme, Evelyne Mazurier, Michèle Misraoui, pédiatres, Rose-Marie Toubin, pédopsychiatre, exerçant au CHU de Montpellier, et Anne Lloveras, sage-femme PMI (Perpignan).

Embryofœtopathie à l'éthanol ou syndrome foetal-alcoolique

(Un glossaire suit cet article, page 46)

par Alain Verloes (1) (2)

L'alcool est nocif pendant la grossesse. Le terme «Effets fœtaux de l'alcool» inclut trois types de manifestations cliniques liées à l'exposition intra-utérine à l'alcool :

- *l'embryofœtopathie alcoolique (fetal alcohol syndrome ou FAS),*
- *les troubles neuro-développementaux liés à l'alcool (alcohol-related neurodevelopmental disorder ou ARND) et*
- *les syndromes malformatifs liés à l'alcool (alcohol-related birth defect ou ARBD).*

Le FAS associe une dysmorphie faciale, un retard statural (90 %), une microcéphalie (90 %), des anomalies du développement psychomoteur (80 %). Le QI moyen du patient présentant un FAS se situe autour de 60 et s'accompagne d'une hyperactivité avec défaut d'attention, de troubles mnésiques et d'un déficit des fonctions cognitives. Les malformations associées à l'exposition intra-utérine à l'alcool incluent des anomalies microscopiques et macroscopiques du développement cérébral, des cardiopathies congénitales (50 %), des anomalies de l'arbre urinaire (20 %)... Environ 50 % des femmes en âge de procréer consomment quotidiennement de l'alcool. Parmi celles-ci, 5 % reconnaissent une consommation importante. Des données épidémiologiques concordantes estiment que la fréquence du FAS se situe entre 1/200 et 1/1000 naissances. Un nombre équivalent d'enfants présenteraient un ARND. Dans nos contrées, les effets fœtaux de l'alcool pourraient expliquer 10 à 20 % des cas de handicap mental léger et 5 % des malformations congénitales. Indépendamment du type de boisson alcoolisée, les études doses-effets ont montré qu'une consommation inférieure à 30 ml d'alcool pur par jour est probablement inoffensive. Avec une consommation quotidienne entre 30-60 ml, l'ARND apparaîtrait chez moins de 10 % des enfants. Avec une consommation quotidienne entre 60-150 ml, l'ARND ou le FAS apparaîtraient chez 20 % des enfants. Quarante pour cents des enfants pourraient présenter un FAS en cas de consommation quotidienne supérieure.

Les effets de l'alcool sont toujours dramatiquement sous-estimés dans notre population. L'alcool est de très loin le premier agent tératogène dans l'espèce humaine et la première cause exogène de handicap mental léger. La prévention primaire de l'alcoolisme maternel devrait être une priorité des politiques de santé dans tous les pays.

Introduction historique

L'effet néfaste de l'alcool sur la grossesse est connu depuis l'Antiquité et les manifestations cliniques ont été notées dès le 19ème siècle. Du début du 20ème siècle jusqu'aux années 70, l'effet tératogène de l'alcool a été considéré comme une superstition [1]. Ceci peut expliquer, par exemple, le recours aux perfusions d'éthanol comme tocolytique, à la fin des

années 60. On doit la première description sérieuse, claire et bien documentée de l'embryofœtopathie alcoolique au pédiatre nantais Paul Lemoine, qui décrit en 1968 son expérience à propos de 127 enfants [2]. Cet article passa totalement inaperçu. En 1973, Kenneth L. Jones décrit dans la revue Lancet 8 enfants de mères alcooliques [3]. Grâce à sa très large diffusion, cet article eut un impact considérable : le syndrome foeto-alcoolique était né.

Mots-clés : éducation pour la santé, alcoolisme fœtal, alcool, grossesse, fœtus, pathologie périnatale, prévention, syndrome, malformation congénitale

Bibliographie

- [1] WARNER RH., ROSSETT HL. (1975), *The effects of drinking on offspring. An Historical survey of the american and british literature*, in *J. Stud Alcohol*, Vol.36, pp. 1395-1420.
- [2] LEMOINE P. et coll. (1968), *Les enfants de parents alcooliques, anomalies observées. A propos de 127 cas*, in *Ouest Med*, Vol. 8, pp. 476-482.
- [3] JONES KL. et coll. (1973), *Pattern of malformation in offspring of chronic alcoholic mothers*, in *Lancet*, Vol. 1, pp. 1267-1271.
- [4] *Fetal Alcohol Syndrome and Alcohol-Related Neurodevelopmental Disorders (2000)*, in *Pediatrics*, Vol. 106, pp. 358-361.
- [5] CLARREN SK, SMITH DW. (1978), *The fetal alcohol syndrome*, in *New England Journal of Medicine*, Vol. 298, pp. 1063-1067.
- [6] MAJEWSKI F. (1993), *Alcohol embryopathy*, in *Dev Brain Dysfunct*, Vol. 6, pp. 248-265.
- [7] STREISSGUTH AP. et coll. (1991), *Fetal alcohol syndrome in adolescents and adults [see comments]*, in *Journal of the American Medical Association*, Vol.265, pp. 1961-1967.

....

(1) Centre Universitaire Wallon de Génétique, CHU Sart Tilman B-4000 Liège.
Tél. : ++ 32 (0)4 366 71 24
Fax : ++ 32 (0)4 366 81 46
E-mail : alain.verloes@chu.ulg.ac.be

(2) NDLR : *Cet article est paru initialement dans le Journal de Pédiatre Belge (Société Belge de Pédiatrie)*, vol. 2, n°4, 2000.

Bulletin d'Education du Patient, Vol. 20 - n°1 - 2001

.../...

[8] STREISSGUTH AP. et coll. (1998), A fetal alcohol behavior scale, in *Alcohol Clin Exp Res*, Vol. 22, pp. 325-333.

[9] ASTLEY SJ., CLARREN SK. (1992), Diagnosing the full spectrum of fetal alcohol-exposed individuals: introducing the 4-digit diagnostic code, in *Alcohol Alcohol*, Vol. 35, pp. 400-410.

[10] LEMOINE P., LEMOINE PH. (1992), Avenir des enfants de mères alcooliques (étude de 105 cas retrouvés à l'âge adulte) et quelques constations d'intérêt prophylactique, in *Ann Pédiatr*, Paris, Vol. 39, pp. 226-235.

[11] KLINE J. et coll. (1980), Drinking during pregnancy and spontaneous abortion, in *Lancet*, Vol. 2, pp. 176-180.

[12] GUERRI C. (1998), Neuroanatomical and neurophysiological mechanisms involved in central nervous system dysfunctions induced by prenatal alcohol exposure, in *Alcohol Clin Exp Res*, Vol. 22, pp. 304-312.

[13] IKONOMIDOU C. et coll. (2000), Ethanol-induced apoptotic neurodegeneration and fetal alcohol syndrome [see comments], in *Science*, Vol. 287, pp. 1056-1060.

[14] CLARREN SK. et coll. (1978), Brain malformations related to prenatal exposure to ethanol, in *Journal of Pediatrics*, Vol. 92, pp. 64-67.

[15] WISNIEWSKI K. et coll. (1983), A clinical neuropathological study of the fetal alcohol syndrome, in *Neuropediatrics*, Vol. 14, pp. 197-201.

[16] ROEBUCK TM., MATTSON SN., RILEY EP. (1998), A review of the neuroanatomical findings in children with fetal alcohol syndrome or prenatal exposure to alcohol, in *Alcohol Clin Exp Res*, Vol. 22, pp. 339-344.

[17] OLEGARD R. et coll. (1979), Effects on the child of alcohol abuse during pregnancy. Retrospective and prospective studies, in *Acta Paediatrica Scandinavica*, Vol. 92 (suppl.), pp. 112-121.

[18] CHURCH NW. et coll. (1997), Hearing, language, speech, vestibular, and dentofacial disorders in fetal alcohol syndrome, in *Alcohol Clin Exp Res*, Vol. 21, pp. 227-237.

[19] IOFFE S., HILDIA EVA R., CHERNICK V. (1984), Prolonged effects of maternal alcohol ingestion on the neonatal electroencephalogram, in *Pediatrics*, Vol. 74, pp. 330-335.

[20] ARONSON M. et coll. (1985), Children of alcoholic mothers : developmental, perceptual and behavioural characteristics as compared to matched controls, in *Acta Paediatrica Scandinavica*, Vol. 74, pp. 27-35.

De nos jours, tout le monde s'accorde à considérer l'alcool comme le plus important tératogène pour l'espèce humaine, et plusieurs centaines d'articles, chaque année, sont consacrés à l'un ou l'autre aspect de ce problème.

Aspects cliniques de l'embryofœtopathie alcoolique

Définition clinique et classification

Il a été proposé de désigner sous le terme d'effet fœtal de l'alcool (en Anglais : fetal alcohol effect ou FAE) l'ensemble des manifestations cliniques liées à l'exposition intra-utérine à l'alcool, et de subdiviser ce continuum en 3 groupes : l'embryofœtopathie alcoolique (fetal alcohol syndrome ou FAS), les troubles neurodéveloppementaux (alcohol-related neurodevelopmental disorder ou ARND) et les syndromes malformatifs liés à cette exposition (alcohol-related birth defect ou ARBD). Les définitions de ces 3 groupes figurent au tableau 1 [4]. Les manifestations les mieux connues sont celles du FAS. Il associe une dysmorphie faciale, un retard statural (90 %) , des anomalies du développement psychomoteur (80 %) et une microcéphalie (90 %) [2, 3, 5, 6]. Exprimé en déviations standard, la microcéphalie est souvent plus importante que le retard staturopondéral lui-même. De façon très intéressante, le retard de croissance est persistant après la naissance dans 90 % des cas, et s'accompagne d'un développement insuffisant du panicule adipeux jusqu'à l'adolescence. Il ne s'agit donc pas d'un simple effet nutritionnel. Le retard de croissance est sévère : 2335 g en moyenne à terme (environ - 3 DS) dans un échantillon de 112 enfants [6]. Il est d'autant plus sévère que l'imprégnation alcoolique a été importante et précoce au cours de la grossesse. A l'âge adulte la taille varie entre 0 et -6 DS (moyenne -2.1 SD) et le poids entre 0 et -4 SD (moyenne - 1.4 SD.) [7].

Les caractéristiques physiques sont variables en intensité : il existe un spectre d'expression, depuis les enfants profondément marqués jusqu'à des sujets dont les seules anomalies sont neuro-développementales.

La fréquence des malformations majeures est corrélée à la sévérité des signes extérieurs et à l'hypotrophie.

Plusieurs méthodes numériques ont été développées pour affiner le diagnostic du FAS [8, 9].

La dysmorphie faciale

Le faciès des enfants de mères alcooliques se caractérise habituellement par des fentes palpébrales étroites, voire un blépharophimosis (60 % des cas). Il existe fréquemment un épicanthus (40 %). Le strabisme et la myopie sont fréquents (20 %). Les oreilles sont souvent mal ourlées, rétroversées. Le nez est retroussé. La région prémaxillaire est altérée : il existe une hypoplasie du maxillaire dans 50 % des cas, combinée avec un aspect particulier du philtrum qui est long, lisse, convexe de profil en raison de l'hypoplasie du muscle orbiculaire, alors que la lèvre supérieure présente une bordure vermillon fine sans arc de Cupidon. On observe une fente palatine dans 10 à 15 % des cas et une micro-rétrognathie dans 30 % des cas. Des problèmes de mal occlusion ou malimplantation dentaire surviennent régulièrement. L'ensemble de ces signes, associé à une microcéphalie, donnent aux enfants de mères alcooliques une Gestalt très spécifique. Avec la croissance, certains traits se modifient [10, 6] : alors que le blépharophimosis et la microcéphalie persistent, le visage, chez l'adulte, est allongé avec un nez et un menton proéminents, et la lèvre n'est plus fine.

Les malformations associées (cfr Tableau 2)

De très nombreuses malformations sont associées à l'exposition à l'alcool. Des cardiopathies – en

<p>CRITÈRE DIAGNOSTIC.</p> <p>A. Exposition certaine à l'alcool en cours de grossesse, de façon chronique ou ectique.</p> <p>B. Dysmorphie faciale caractéristique.</p> <p>C. Retard de croissance intra-utérin et hypotrophie persistante inexpliquée.</p> <p>D. Microcéphalie congénitale et anomalies de l'examen neurologique.</p> <p>E. Retard intellectuel, troubles comportementaux et cognitifs.</p> <p>F. Malformations associées avec l'exposition à l'alcool (cfr. Tableau 2).</p>
<p>CLASSIFICATION CLINIQUE</p> <p>1. Le syndrome fœtoalcoolique (FAS). Il comporte obligatoirement les points B, C et/ou D. On peut diviser ce groupe en 3.</p> <p style="margin-left: 20px;">a. FAS confirmé : phénotype présent (A + B + C) et preuve de l'exposition (D).</p> <p style="margin-left: 20px;">b. FAS non confirmé : phénotype présent (A + B + C) sans preuve de l'exposition.</p> <p style="margin-left: 20px;">c. FAS partiel : A ou B ou C avec exposition prouvée.</p> <p>2. Les troubles du développement liés à l'alcool (ARND). Ce diagnostic peut être posé chez un enfant exposé in utero (point A), présentant les manifestations neurologiques (points D et E), sans avoir le phénotype caractéristique.</p> <p>3. Les malformations liées à l'alcool (ARBD). Ce diagnostic peut être posé chez un enfant exposé in utero (point A), présentant des malformations (points F), sans avoir ni le phénotype caractéristique, ni les troubles neuro-développementaux.</p>

.../...

Tableau 1 : Classification des effets de l'alcool sur la grossesse.

particulier une CIV – s'observent dans 50 % des cas (ce qui représente 10 à 15 % des cardiopathies congénitales), des anomalies de l'arbre urinaire dans 10 à 20 % des cas et des malformations mineures des organes génitaux dans 50 % des cas. La moitié des enfants atteints du syndrome fœtal alcoolique présentent des anomalies squelettiques, souvent discrètes, dont les plus caractéristiques sont l'hypoplasie de la 3ème phalange du 5ème doigt et de l'ongle sus-jacent (15 %).

La consommation de plus de 30 ml d'alcool/j multiplierait par un facteur 2 à 4 le risque de fausses couches au 2ème trimestre [11].

Les anomalies neurologiques de l'embryofœtopathie alcoolique

Anomalies morphologiques

L'alcool affecte toutes les étapes du développement cérébral. Il perturbe la division, la prolifération, la croissance, la différenciation et la migration neuronale. L'effet neurotoxique est particulièrement marqué sur les cellules de Purkinje, les neurones du néocortex et ceux de l'hippocampe. Des troubles du développement astroglial et des interactions entre neuronogliales ont été montrées, ainsi que des perturbations du métabolisme des neurotransmetteurs (GABA, NMDA, L-glutamate...) et/ou de leurs récepteurs, avec un effet proapoptotique sur les neurones [12, 13]. Le périmètre crânien des enfants de mère alcoolique se situe entre – 2.5 et – 4 DS. Leur cerveau se caractérise par un petit poids et des altérations de la migration neuronale. Celles-ci associent deux phénomènes distincts : d'une part un arrêt prématuré

de la migration, d'autre part des hétérotopies neuronogliales leptoméningées [14, 15]. Ces dernières sont très caractéristiques et permettent de faire le diagnostic anatomo-pathologique de l'affection. Il existe par ailleurs une augmentation significative du nombre de malformations cérébrales : agénésie du corps calleux, hydrocéphalie, gyration anormale, holoprosencéphalie [16] et de dysgraphies (2 %).

Troubles neurologiques

Lorsque l'ingestion d'alcool par la mère dépasse 90 ml/j, les enfants peuvent présenter des signes de sevrage : irritabilité, trémulations, hypertonie. Au-delà des premiers jours, une hypotonie s'installe. Chez les enfants plus grands, on note des difficultés dans la motricité globale et fine, une incoordination motrice et des troubles cérébelleux (tremblements, ataxie, dysdiadococinésie,...). L'incidence de l'infirmité motrice cérébrale est accrue [17], tout comme celle des déficits auditifs neurosensoriels [18]. L'électroencéphalogramme des enfants de mères alcooliques est caractérisé par une activité hypersynchronie durant les premières semaines de vie, et par un retard de maturation ultérieur [19]. Dix pour cents développent une épilepsie.

Troubles psychomoteurs et cognitifs

Un retard psychomoteur global est présent chez plus de 90 % des enfants présentant un FAE. Le quotient intellectuel moyen des enfants classés FAS se situe entre 55 et 65, et reste constant au cours du temps. Il existe une hyperactivité avec défaut d'attention (attention deficit-hyperactivity disorder ou ADHD) et des troubles mnésiques. Le déficit des fonctions cognitives supérieures se traduit par des capacités

SNC	SQUELETTE
<p><i>Microcéphalie</i> <i>Agénésie du corps calleux</i> <i>Holoprosencéphalie</i> <i>Hypoplasie du cervelet</i></p>	<p><i>Ankyloses articulaires (doigts, grosses articulations)</i> <i>Anomalies de segmentation rachidienne (hémivertèbres, Klippel-Feil)</i> <i>Scoliose</i> <i>Epiphyses ponctuées (talon, ...)</i> <i>Pectus excavatum</i></p>
CŒUR	SYSTÈME UROGÉNITAL
<p><i>CIA</i> <i>CIV</i> <i>Fallot</i> <i>Atrésie pulmonaire</i> <i>Transposition des gros vaisseaux</i></p>	<p><i>Hypo/aplasie rénale</i> <i>Anomalies du système collecteur (hydronéphrose, ...)</i> <i>Cryptorchidie</i> <i>Hypoplasie des grandes lèvres</i> <i>Hypospadias</i></p>
MEMBRES	ŒIL
<p><i>5ème doigt court et incurvé</i> <i>Hypoplasie unguéale (principalement : auriculaire)</i> <i>Synostose radiocubitale</i> <i>Pieds bots</i></p>	<p><i>Microphthalmie</i> <i>Hypoplasie du nerf optique</i> <i>Tortuosité des vaisseaux rétiniens.</i></p>
PEAU	
<p><i>Angiomes plans</i> <i>Pli palmaire transverse distal anguleux (en crosse de hochey)</i></p>	

Tableau 2 : Malformations associées à l'exposition à l'alcool

.../...

[21] STREISSGUTH AP. et coll. (1994), *Maternal drinking during pregnancy : attention and short-term memory in 14-year-old offspring – a longitudinal prospective study*, in **Alcohol Clin Exp Res**, Vol. 18, pp. 202-218.

[22] STREISSGUTH AP. et coll. (1994), *Drinking during pregnancy decreases word attack and arithmetic scores on standardized tests: adolescent data from a population-based prospective study*, in **Alcohol Clin Exp Res**, Vol. 18, pp. 248-254.

[23] ABKARIAN GG. (1992), *Communication effects of prenatal alcohol exposure*, in **J. Commun Disord**, Vol. 25, pp. 221-240.

[24] SHAYWITZ SE., COHEN DJ., SHAYWITZ BA. (1980), *Behaviour and learning difficulties in children of normal intelligence born to alcoholic mothers*, in **Journal of Pediatrics**, Vol. 96, pp. 978-982.

[25] THOMAS SE. et coll. (1998), *Comparison of social abilities of children with fetal alcohol syndrome to those of children with similar IQ scores and normal controls*, in **Alcohol Clin Exp Res**, Vol. 22, pp. 528-533.

[26] STREISSGUTH AP. et coll. (1991), *Fetal alcohol syndrome in adolescents and adults [see comments]*, in **JAMA**, Vol. 265, pp. 1961-1967.

[27] STREISSGUTH AP. (1993), *Fetal alcohol syndrome in older patients*, in **Alcohol Alcohol Suppl**, Vol. 2, pp. 209-212.

[28] SPOHR HL., WILLMS J., STEINHAUSEN HC. (1993), *Prenatal alcohol exposure and long term developmental consequences*, in **Lancet**, Vol. 341, pp. 907-910.

[29] AUTTI-RAMO I. (2000), *Twelve-year follow-up of children exposed to alcohol in utero*, in **Developmental Medicine and Child Neurology**, Vol. 42, pp. 406-411.

[30] FAM YC., STREISSGUTH AP., UNIS AS. (1998), *Mental illness in adults with fetal alcohol syndrome or fetal effects [see comments]*, in **Am J Psychiatry**, Vol. 155, pp. 552-554.

[31] FAST DK., CONRY J., LOOCK CA. (1999), *Identifying fetal alcohol syndrome among youth in the criminal justice system*, in **J Dev Behav Pediatr**, Vol. 20, pp. 370-372.

[32] BRIEN JF., SMITH GN. (1991), *Effects of alcohol (ethanol) on the fetus*, in **J Dev Physiol**, Vol. 15, pp. 21-32.

[33] BECKER HC., DIAZ-GRANADOS JL., RANDALL CL. (1996), *Teratogenic actions of ethanol in the mouse: a minireview*, in **Pharmacol Biochem Behav**, Vol. 55, pp. 501-513.

.../...

.../...

[34] SHIBLEY IA., JR., PENNINGTON SN. (1997), *Metabolic and mitotic changes associated with the fetal alcohol syndrome*, in *Alcohol Alcohol*, Vol. 32, pp. 423-434.

[35] PULLARKAT RK. (1991), *Hypothesis: prenatal ethanol-induced birth defects and retinoic acid*, in *Alcohol Clin Exp Res*, Vol. 15, pp. 565-567.

[36] HENDERSON GJ., PATWARDHAN RV., HOYUMPA AM. (1981), *Fetal alcohol syndrome: overview of the pathogenesis*, in *Neurobehav Toxicol Teratol*, Vol. 3, pp. 73-80.

[37] STREISSGUTH AP., DEHAENE P. (1993), *Fetal alcohol syndrome in twins of alcoholic mothers : concordance of diagnostics and IQ*, in *American Journal of Medical Genetics*, Vol. 47, pp. 857-861.

[38] FLOYD RL., DECOUFLE P., HUNGERFORD DW. (1999), *Alcohol use prior to pregnancy recognition*, in *Am J Prev Med*, Vol. 17, pp. 101-107.

[39] PANT ML. (1984), *Drinking amongst pregnant women : some initial results form a prospective study*, in *Alcohol*, Vol. 19, pp. 153-157.

[40] SULAIMAN ND. et coll. (1988), *Alcohol consumption in Dundee primigravidas and its effect on outcome of pregnancy*, in *British Medical Journal*, Vol. 296, pp. 1500-1503.

[41] MILLS JL., GRAUBARD BI. (1987), *Is moderate drinking during pregnancy associated with an increased risk for malformations ?*, in *Pediatrics*, Vol. 80, pp. 309-314.

[42] LITTLE BB. et coll. (1989), *Alcohol abuse during pregnancy : changes in frequency in a large urban hospital*, in *Obstetrics & Gynecology*, Vol. 74, pp. 547-550.

[43] STOLER JM., HOLMES LB. (1999), *Under-recognition of prenatal alcohol effects in infants of known alcohol abusing women [see comments]*, in *Journal of Pediatrics*, Vol. 135, pp. 430-436.

[44] HANSON IM., STREISSGUTH AP., SMITH DW. (1978), *The effects of moderate alcohol consumption during pregnancy on fetal growth and morphogenesis*, in *Journal of Pediatrics*, Vol. 92, pp. 457-460.

[45] ABEL EL., SOKOL RJ. (1987), *Incidence of fetal alcohol syndrome and economic impact of FAS-induced anomalies*, in *Drug Alcohol Depend*, Vol. 19, 51-70.

[46] ABEL EL. (1995), *An update on incidence of FAS : FAS is not an equal opportunity birth defect*, in *Neurotoxicol Teratol*, Vol. 17, pp. 437-443.

.../...

réduites d'abstraction et de raisonnement, des difficultés visuo-spatiales et une dyscalculie [20-22]. Le langage est pauvre et mal structuré, et la compréhension est limitée [23]. Parmi les enfants classés comme FAS selon les critères du tableau 1, 10 % seulement ont un QI dans les limites de la normale. Il existe une corrélation entre la sévérité des manifestations cliniques et le QI. Dans la série de Majewki [8], le QI moyen était de 66 dans le groupe des FAS complets, 79 dans le groupe des FAS partiels, et 91 dans le groupe des ARND.

Troubles comportementaux et relationnels

Ces troubles représentent l'expression la plus constante du FAE. Ils s'observent, à des degrés divers chez tous les sujets FAS et caractérisent tout particulièrement le groupe des sujets FAE ayant un QI dans les limites de la normale : dans le groupe classé ARND, ce sont en effet ces manifestations comportementales, associées à l'ADHD et aux antécédents, qui permettent de poser le diagnostic. Le profil comportemental des FAE se caractérise par une immaturité et une instabilité émotionnelles. Les comportements impulsifs, oppositionnels et antisociaux sont communs. Combinés aux difficultés cognitives, ces troubles expliquent les problèmes majeurs d'intégration scolaire qu'ils rencontrent. Il faut insister sur le caractère particulièrement marqué de ces troubles, qui ne sont explicables ni par les capacités intellectuelles ou le QI, ni par le contexte socio-culturel ou les antécédents, et qui s'observent aussi chez des enfants dont le QI est normal [25].

Les études au long cours [10, 26-29] montrent qu'à l'âge adulte, ces troubles persistent : les adultes FAS/ARND se présentent souvent comme des mal adaptés sociaux, incapables d'évaluer la portée de leurs actes, de lier des contacts persistants, enclins aux troubles psychiatriques (dépression, crises d'angoisse, dépendance à l'alcool et aux médicaments, troubles sexuels) [30] et les comportements délinquants [31].

Pathogénie du syndrome fœto-alcoolique

L'alcool ingéré diffuse librement dans l'organisme et est converti en acétaldéhyde par l'alcool-déshydrogénase, dont le zinc est cofacteur. L'alcoolémie fœtale est identique à l'alcoolémie maternelle. Les effets de l'alcool sur la physiologie fœtale sont bien connus : diminution du débit sanguin funiculaire par vasoconstriction des vaisseaux ombilicaux, dépression des mouvements respiratoires, maturation pulmonaire accélérée, effet tocolytique [32]... La tératogénèse chez la souris a été revue récemment [33].

Le mécanisme neuropathogène de l'alcool chez l'homme n'est pas entièrement compris. Il est vraisemblable que l'alcool par lui-même soit neurotoxique et embryotoxique, notamment en interférant avec la synthèse des acides nucléiques et des protéines [34]. Certains ont suspecté un rôle

pour l'acétaldéhyde. Certains effets tératogènes pourraient être médiés par une interférence avec la synthèse de l'acide rétinolique [35], ou par des modifications endocriniennes, affectant le métabolisme de l'IGF1, de IGF2, de la thyroxine,... Il faut également tenir compte des facteurs associés comme la malnutrition globale et les carences vitaminiques éventuelles (pyridoxine, acide folique, zinc), le tabagisme et un effet délétère d'éventuels autres composants des boissons alcoolisées consommées, en particulier le plomb et le méthanol [36].

Il existe très certainement une prédisposition génétique aux effets tératogènes de l'alcool. Celle-ci est attribuée en partie au polymorphisme de l'aldéhyde déshydrogénase mitochondriale. Elle peut expliquer que la corrélation quant à l'expression du syndrome soit plus importante entre jumeaux monozygotes qu'entre jumeaux dizygotes [37].

Alcoolisme maternel et FAS

L'éthylisme maternel

La définition de l'éthylisme n'est pas universelle. On considère habituellement comme étant buveur chronique quelqu'un qui consomme plus de 30 ml d'alcool pur par jour ou au moins une fois 75 ml d'alcool pur par mois (30 ml d'éthanol = 75 ml de spiritueux, 250 ml de vin ou 600 ml de bière). Selon ces critères, plus de 5 % de la population caucasienne est alcoolique, dont 20 % de femmes. Dans une étude américaine récente [38], 5 % des femmes en âge de procréer reconnaissent une consommation d'alcool importante. Quelques études systématiques sur la consommation d'alcool en cours de grossesse ont été publiées. Globalement, plus de 90 % des femmes consomment de l'alcool, et 50 à 60 % d'entre elles continuent en cours de grossesse, le plus souvent très modérément [39, 40]. Dans une étude californienne [41], sur une cohorte prospective de 32.870 femmes enceintes, 46 % consommaient moins de 15 ml/j d'alcool, 2,4 % de 15 à 30 ml, 0,4 % de 30 à 75 ml et 0,1 % plus de 75 ml par jour, soit une fréquence d'éthylisme chronique de l'ordre de 0,5 % des femmes enceintes. Des données épidémiologiques aux U.S.A. semblent indiquer une augmentation de ce chiffre [42].

Epidémiologie du FAS

Le problème principal des épidémiologistes est l'absence de critères minima de diagnostic. Si le FAS est relativement aisé à diagnostiquer pour un œil exercé, il reste difficile à reconnaître par les pédiatres [43]. Par définition, il est impossible d'identifier les enfants ARND, dont les troubles psycho-moteurs n'apparaissent que dans l'enfance... Néanmoins, un certain nombre d'études concordent pour établir que la fréquence du FAS se situe entre 1/200 et 1/1000 naissances [44-46] et celle du FAE se situe entre 1/100 et 1/500 naissances [17, 47] dans les pays industrialisés. Dans certaines populations aculturées ou déshéritées (Amérindiens [48], bidonvilles d'Afrique du Sud [49]), la fréquence du FAS dépasse 1%.

La plupart des auteurs s'accordent pour estimer que ces valeurs sont sous-estimées en raison de l'alcoolisme « cryptique » et de la non-reconnaissance du ARND. Si on tient compte de ces divers correctifs, près d'un pour cent de la population souffre de lésions cérébrales plus ou moins sévères secondaires à une exposition intra-utérine [50]. L'éthylisme maternel est l'origine du handicap chez 10 à 20 % des personnes ayant un retard mental léger (quotient intellectuel entre 50 et 80).

Relation dose-effets

L'exposition périconceptionnelle, jusqu'à la 8ème semaine de gestation, explique le syndrome malformatif. Les enfants exposés au-delà de la 12ème semaine ne présentent, en général, ni malformations ni dysmorphie. Le retentissement psychomoteur est observable quel que soit le moment où l'imprégnation alcoolique s'est déroulée, et le retard de croissance signe une exposition prolongée. Les essais de tocolyse à l'éthanol ont malheureusement illustré de façon dramatique qu'une exposition de courte durée au cours du troisième trimestre pouvait avoir des retentissements psychomoteurs marqués [51, 52].

Il n'existe pas de données très précises sur la dose seuil [53]. Dans une étude prospective, comparant 250 enfants exposés à de faibles doses à 250 contrôles, on a observé, à 7,5 ans, une diminution de 7 points de QI dans le groupe exposé à plus de 30 g/j d'alcool; un QI inférieur à la normale ne s'observant toutefois que chez les enfants exposés à plus de 60 g/j [54]. Les malformations du FAS et le sevrage à la naissance s'observent pour des apports supérieurs à 90 ml d'alcool pur par 24 heures. Une méta-analyse récente confirme l'innocuité apparente d'une consommation inférieure à 30 ml/j. Les risques de syndrome fœto-alcoolique en fonction de l'absorption maternelle ont été établis de façon relativement grossière : pour une consommation de 30 à 60 ml par jour, moins de 10 % des enfants présenteraient des manifestations (essentiellement de type ARND), pour une consommation de 60 à 150 ml d'alcool par jour 20 % (principalement ARND), pour une consommation supérieure à 150 ml d'alcool pur par jour 40 % présentent des manifestations (principalement de type FAS) [6, 55-57]. En raison de l'existence d'une sensibilité génétiquement déterminée aux effets de l'alcool, le risque de récurrence pourrait être plus élevé, après la naissance d'un 1er enfant atteint, mais on ne dispose pas de chiffres précis. Il faut noter que les doses pour lesquelles le risque de FAE devient notable n'ont rien d'exceptionnelles, et sont régulièrement atteintes par bon nombre « d'alcooliques mondains » : le FAE n'est pas le privilège de l'éthylisme massif !

L'apparition de lésions cérébrales chez les enfants de mères tocolysées à l'éthanol, et l'expérimentation chez le singe [58] ou le rat [59, 60] ont montré qu'une période d'exposition très courte suffisait à entraîner des lésions cérébrales. Le risque de FAE après une

intoxication aiguë occasionnelle a été étudié par plusieurs auteurs. Certains n'ont pu démontrer un effet mesurable de l'alcool dans ces circonstances [61]; d'autres ont noté que le nombre d'épisodes d'ivresse était un meilleur prédicteur du développement intellectuel que la consommation moyenne [62]. Des anomalies de l'EEG ont été notées à la naissance [63]. Néanmoins, l'avis est généralement qu'une prise occasionnelle d'alcool, même en quantité importante, ne représentait pas un risque majeur pour le fœtus. La consommation d'alcool pendant l'allaitement a entraîné une baisse significative des performances à 1 an dans une étude [64].

La prévention

La prévention primaire de l'alcoolisme maternel passe par une meilleure information et un meilleur dépistage des femmes à risque, et la possibilité de prendre celles-ci en charge et de leur proposer un sevrage avant toute conception. En matière de prévention, la seule recommandation serait de recommander l'abstinence totale d'alcool, même à dose minime, pendant toute la durée de grossesse. Même si certains pays ont imposé l'application d'un avertissement sur les bouteilles de boisson alcoolisée, il paraît évident au vu de la prévalence du FAE dans nos contrées, que les mesures prophylactiques et l'information générale du public demeurent catastrophiquement insuffisantes.

Le risque majeur (40 %) d'encéphalopathie grave chez les enfants de mères alcooliques sévères a pu faire discuter une interruption volontaire de grossesse [6].

Le poids social du FAE est considérable : représentant 10 % de la population handicapée mentale et 5 % des enfants malformés, son coût annuel en matière de santé publique a été évalué entre 250.000.000 et 320.000.000 \$ [45, 65].

Conclusion

L'alcool est, et de très loin, le premier agent tératogène dans l'espèce humaine et la première cause exogène de handicap mental modéré. En raison de manifestations subtiles et de dysmorphies peu frappantes pour un œil non averti, et du fait qu'un certain nombre de troubles développementaux modérés ne sont dépistés qu'au moment de l'entrée à l'école primaire (ADHD), le caractère nocif de l'alcool et l'impact sur le développement psycho-moteur de la consommation d'alcool, même à des doses « socialement acceptables » est encore très sous-estimé auprès des travailleurs de la santé. Dépister les femmes ayant une consommation régulière d'alcool, les informer, les conseiller et les aider à réduire drastiquement leur consommation avant et pendant toute grossesse devrait être une priorité de la médecine préventive dans nos contrées. ■

.../...

[47] DEHAENE P. et coll. (1981), *Aspects épidémiologiques du syndrome d'alcoolisme fœtal. 45 observations en 3 ans*, in *Nouv Presse Med*, Vol. 10, pp. 2639-2643.

[48] BURD L., MOFFATT ME. (1994), *Epidemiology of fetal alcohol syndrome in American Indians, Alaskan Natives, and Canadian Aboriginal peoples : a review of the literature*, in *Public Health Rep*, Vol. 109, pp. 688-693.

[49] CROXFORD J., VILJOEN D. (1999), *Alcohol consumption by pregnant women in the Western Cape*, in *S. Afr Med J*, Vol. 89, pp. 962-965.

[50] SAMPSON PD. et coll. (1997), *Incidence of fetal alcohol syndrome and prevalence of alcohol-related neurodevelopmental disorders [see comments]*, in *Teratology*, Vol. 56, pp. 317-326.

[51] SISENWIN FE. et coll. (1983), *Effect of maternal ethanol infusion during pregnancy on the growth and development of children at four to seven years of age*, in *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, Vol. 147, pp. 52-56.

[52] HALMESMAKI E., YLIKORKALA O. (1988), *A retrospective study on the safety of prenatal ethanol treatment*, in *Obstetrics & Gynecology*, Vol. 72, pp. 545-549.

[53] MILLS JL. et coll. (1984), *Maternal alcohol consumption and birth weight : how much drinking in pregnancy is safe ?*, in *Journal of The American Medical Association*, Vol. 252, pp. 1875-1879.

[54] STREISSGUTH AP., BARR HM., SAMPSON PD. (1990), *Moderate prenatal alcohol exposure : effects on child IQ and learning problems at age 7 1/2 years*, in *Alcohol Clin Exp Res*, Vol. 14, pp. 662-669.

[55] JONES K., SMITH DW., STREISSGUTH AP. (1974), *Outcome in offspring of chronic alcoholic women*, in *Lancet*, Vol. 1, pp. 1076-1078.

[56] HALLIDAY HC., REID MM., McCLURE G. (1982), *Results of heavy drinking in pregnancy*, in *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, Vol. 89, pp. 892-895.

[57] LARSSON G., BOHLINGER AB., TUNELL R. (1985), *Prospective study of children exposed to variable amounts of alcohol in utero*, in *Arc Dis Child*, Vol. 60, pp. 316-321.

[58] CLARREN SK., ASTLEY SJ., BOWDEN DM. (1988), *Physical anomalies and developmental delays in nonhuman primate infants exposed to weekly doses of ethanol during gestation*, in *Teratology*, Vol. 37, pp. 561-569.

.../...

.../...

[59] BROWN NA., GOULDING EH., FABRO S. (1979), *Ethanol embryotoxicity : direct effect on mammalian embryos in vitro*, in *Science*, Vol. 206, pp. 573-576.

[60] MAIER SE., MILLER JA., WEST JR. (1999), *Prenatal binge-like alcohol exposure in the rat results in region-specific deficits in brain growth*, in *Neurotoxicol Teratol*, Vol. 21, pp. 285-291.

[61] TOLO KA., LITTLE RE. (1993), *Occasional binges by moderate drinkers : implication for birth outcomes*, in *Epidemiology*, Vol. 4, pp. 415-420.

[62] STREISSGUTH AP. et coll. (1989), *Neurobehavioural effects of prenatal alcohol. Part III: PLS analyses of neuropsychologic tests*, in *Neurotoxicol Teratol*, Vol. 11, pp. 493-507.

[63] IOFFE S., CHERNICK V. (1988), *Development of the EEG between 30 and 40 weeks gestation in normal and alcohol-exposed infants*, in *Developmental Medicine and Child Neurology*, Vol. 30, pp. 797-807.

[64] LITTLE RE. et coll. (1989), *Maternal alcohol use during breast-feeding and infant mental and motor development at one year*, in *New England Journal of Medicine*, Vol. 321, pp. 425-430.

[65] ABEL EL., SOKOL RJ. (1991), *A revised estimate of the economic impact of fetal alcohol syndrome*, in *Recent Dev Alcohol*, Vol. 9, p. 117-125.

Glossaire

Acétaldéhyde : substance dérivée de l'alcool éthylique.

Acides nucléiques : molécules support de l'hérédité (ADN).

Acide rétinol : substance chimique apparentée à la vitamine A, qui joue un rôle important dans le développement des membres.

Aldéhyde déshydrogénase mitochondriale : enzyme contrôlant la transformation d'alcool éthylique en acétaldéhyde, présent dans les mitochondries (organites intracellulaires chargés de produire l'énergie utilisée par la cellule).

Ataxie : difficulté de coordination des mouvements volontaires, et en particulier troubles de l'équilibre.

Blépharophimosis : insuffisance de la largeur de la fente palpébrale.

Cellules de Purkinje : neurones principaux du cervelet.

Dysdiadococinésie : incapacité de faire des mouvements répétés rapides (par exemple : faire les marionnettes avec les mains).

Dysraphie : anomalie de formation de la colonne vertébrale, le plus souvent associé à des anomalies de la moelle épinière. Les 2 formes les plus communes sont le *spina bifida* (absence de fermeture du canal rachidien au niveau lombaire) et l'anencéphalie (absence des os de la voûte crânienne associé à une malformation majeure du cerveau).

Ectique : en crise brève.

Effet proapoptotique : effet favorisant la mort cellulaire programmée (« suicide cellulaire »).

Hétérotopie neuronale : amas de neurones localisés en un endroit inhabituel (par exemple dans la substance blanche).

Epicanthus : repli semi-lunaire de l'angle interne de la paupière supérieure recouvrant l'orifice lacrymal, à l'angle interne de l'oeil.

Fentes palpébrales : espace délimité par les paupières.

Funiculaire : qui concerne le cordon ombilical.

Gyration : mécanisme par lequel se forment les replis (ou gyri) du cerveau.

Holoprosencéphalie : malformation aboutissant à la formation d'un cerveau constitué d'une sphère médiane (au lieu de deux hémisphères séparés par un sillon) contenant un seul ventricule (au lieu de 3). L'holoprosencéphalie s'accompagne habituellement d'une malformation de la face dont la forme la plus sévère est la cyclopie (absence de nez et œil unique médian).

Hypoplasie : diminution de la taille d'un organe.

IGF1, IGF2 : hormones impliquées dans le contrôle de la croissance.

Leptoméningé : qui concerne une des membranes protectrices (méninge) enveloppant le cerveau.

Malocclusion : mauvais alignement des dents.

Micro-rétrognathie : menton petit et en retrait (de profil).

Muscle orbiculaire : muscle circulaire entourant la bouche ou l'orifice palpébral.

Neuronogliale : qui concerne les neurones et les cellules qui les entourent (cellules gliales).

Panicule adipeuse : couche de graisse sous-cutanée.

Philtrum : partie du visage située entre le nez et la lèvre supérieure, formée de deux plis verticaux.

Thyroxine : hormone produite par la glande thyroïde.

Tocolytique : qui inhibe les contractions de l'utérus.



Allaitement

Mots-clés : Allaitement, avantage, enfant, mère, limite.

Bibliographie

[1] ADA REPORTS (1997), *Position of the American Dietetic Association : Promotion of breast-feeding*, in **J the Am Diet Assoc**, Vol. 97, pp. 662-666.

[2] COMITÉ DE NUTRITION DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE PÉDIATRIE (1992), *Alimentation du nourrisson normal. Evolution des connaissances*, in **Arch Fr Pédiatr**, Vol. 49, pp. 261-269.

[3] LEREBOURS B., CZEMICHOW P., PELLERIN A.M., FROMENT LAROCHE T. (1991), *L'alimentation du nourrisson avant 4 mois en Seine-Maritime*, in **Arch Fr Pédiatr**, Vol. 48, pp. 391-395.

[4] CUNNINGHAM A.S., JELLIFFE D.B., JELLIFFE E.F. (1991), *Breast-feeding and health dans the 1980s : a global epidemiologic review*, in **J Pédiatr**, Vol. 118, pp. 659-666.

[5] LAWRENCE R.A. (1994), *Breast-feeding. A Guide for the Medical Profession*. Mosby-Year Book, St Louis, Mo.

[6] DUNCAN B. (1993), *Exclusive breast-feeding for at least 4 month protects against otitis media*, in **Pediatrics**, Vol. 91, pp. 867-872.

[7] BORCH JOHNSEN K., MANDRUP PAULSEN J., ZACHOU CHRISTIANSEN B. (1984), *Relation between breast-feeding and incidence rates of insulin-dependent diabetes melitus*, in **Lancet**, pp. 1983-1986.

[8] VIRTANEN S.M. (1993), *Early introduction of dairy products associated with increased risks of IDDM in Finnish children*, in **Diabetes**, Vol. 42, pp. 1786-1790.

[9] KOLETZKO S., SHERMAN P., COREY M. (1989), *Role of infant feeding practice dans development of Crohn's disease in childhood*, in **Brit Med J**, Vol. 298, pp. 161-168.

[10] KELLY D., PHILLIPS A., ELIOTT E. (1989), *Rise and fall of coeliac disease 1960-1985*, in **Arch Dis Child**, Vol. 64, pp. 1157-1160.

.../...

(1) Pédiatre, Société Européenne pour le soutien à l'allaitement maternel (Sesam), rue Jarente, 6, F-75004 Paris
Tél. et Fax : ++33 (1) 42 74 56 62

(2) NDLR : Cet article est paru initialement dans la revue **La Santé de l'Homme**, n°339, janvier 1999, pp. 17-18

Bulletin d'Education du Patient,
Vol. 20 - n°1 - 2001

Les intérêts de l'allaitement

La situation dans les pays industrialisés

par Mikel de Ajuriaguerra (1) (2)

Dans les pays en développement, l'allaitement est essentiel pour la survie du nourrisson. Dans les pays industrialisés, sa supériorité bien établie se traduit plutôt par une baisse de la morbidité [1] à court, moyen et long termes. Si un allaitement même bref est bénéfique, c'est lors d'allaitements prolongés exclusifs de quatre à six mois que les conséquences favorables sont les plus indiscutables sur les plans immunologique, nutritionnel ou psychologique, pour la mère comme pour l'enfant [2-4].

Les avantages sanitaires pour l'enfant.

Les avantages sanitaires de l'allaitement pour l'enfant sont nombreux.

Les propriétés immunologiques et anti-infectieuses

Elles permettent une diminution de l'incidence des infections bactériennes et virales [5]. Le lait maternel contient de nombreux composants qui contribuent à ses propriétés protectrices : notamment le lactobacille bifidus qui colonise l'intestin, des cellules immunocompétentes (polynucléaires, macrophages, lymphocytes) qui sont transférées en particulier par le colostrum au cours des premiers jours de vie, de la mère vers le nouveau-né, et des immunoglobulines qui inhibent la croissance des bactéries au niveau intestinal, pulmonaire et urinaire. Plusieurs études ont démontré que les enfants allaités ont cinq fois moins de gastro-entérites et trois fois moins d'infections respiratoires que ceux qui ne le sont pas [4]. La diminution du risque infectieux persiste après le sevrage. Ainsi, les enfants allaités exclusivement au sein pendant les six premiers mois ont moitié moins d'otites récidivantes au cours de la première année [4-6].

Les bénéfices nutritionnels [1, 4]

Par sa composition variable dans le temps, sa digestibilité, les nutriments adaptés et les facteurs de croissance qu'il contient, le lait de la mère assure une nutrition parfaite pour les nourrissons à une période où la vitesse de croissance est très élevée.

La diminution des affections allergiques [2, 4]

L'allaitement exclusif pendant quatre à six mois, et ce d'autant qu'il existe des antécédents familiaux

allergiques, a un effet préventif vis-à-vis des maladies allergiques chez le jeune enfant. L'allaitement constitue la meilleure prévention vis-à-vis de l'allergie aux protéines du lait de vache. Concernant l'eczéma atopique, la protection peut se poursuivre pendant plusieurs années.

Intérêt à long terme de l'allaitement

Par un effet sur le système immunitaire de l'enfant, il est possible que le lait maternel exerce un rôle préventif dans certaines affections telles que le diabète [7, 8], la maladie de Crohn [9], la maladie cœliaque [10] et certains cancers [4].

Intérêt dans le développement de l'interaction mère-enfant

La qualité de la relation qui s'établit entre une mère et son nourrisson lors de la tétée est sans doute optimale.

Les avantages sanitaires de l'allaitement pour la mère

Contrairement aux idées reçues, l'allaitement favorise la perte de poids et diminue la masse graisseuse. Une réduction du risque pour les femmes qui allaitent a été rapportée pour le cancer du sein avant la ménopause, dont le risque est diminué de 50 % après une durée d'allaitement d'au moins six mois, le cancer de l'ovaire [11], dont le risque chute de 25 % après un allaitement d'au moins deux mois, et la fracture du col du fémur [12] chez la femme de plus de 65 ans, dont la fréquence diminue de 50 %.

Les limites de l'allaitement maternel [1, 5]

Dans les pays industrialisés, trois situations sont à évoquer.

La transmission de virus et de rétrovirus

L'infection maternelle par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) entraîne un risque de contamination de l'enfant par l'allaitement. De ce fait, l'allaitement est contre-indiqué. En cas d'infection maternelle par le virus de l'hépatite C, les avis divergent car le risque de transmission du virus par le lait semble très bas.

La prise de médicaments par la mère qui allaite

Certains médicaments entraînent une contre-indication à l'allaitement du fait de leur passage dans le lait maternel, en particulier les antimétabolites, les antithyroïdiens de synthèse, l'iode radioactif et le métronidazole.

La contamination du lait par des polluants de l'environnement

Elle constitue un risque dans certains contextes

particuliers, notamment avec les métaux lourds et les insecticides. En cas d'exposition maternelle, une éventuelle contamination peut être décelée par une analyse du lait.

Notons que les contre-indications à l'allaitement maternel venant du nouveau-né sont extrêmement rares. Citons la galactosémie, maladie métabolique qui empêche l'assimilation du galactose présent dans le lactose, principal sucre du lait maternel, mais aussi des formules lactées de substitution habituelles. ■

.../...

[11] GWINN M., LEE N., RHODES P., LAYDE P., RUBIN G. (1989), *Pregnancy, breast-feeding and oral contraceptives and the risk of epithelial ovarian cancer*, dans *J. Clin Epidemiol*, Vol. 43, pp. 559-568.

[12] COMMINGS R.G., KLINEBERG R.G. (1993), *Breast-feeding and other reproductive factors and the risk of hip fracture in elderly women*, dans *Inter J Epidemiol*, Vol. 22, pp. 192-197.



Allaitement maternel : c'est bien pour la mère aussi !

par Irène Loras-Duclaux (1)

Mots-clés : Allaitement, avantage, mère

(1) Pédiatre, service d'hépatogastroentérologie et nutrition, Hôpital Edouard Herriot, Pav. S, F-69437 Lyon Cedex 03
Tél. : ++33 (0)4 72 11 03 83
Fax : ++33 (0)4 72 11 68 84

(2) NDLR : Cet article est paru initialement dans la revue *La Santé de l'Homme*, n°339, janvier 1999, p.18.

Bulletin d'Education du Patient, Vol. 20 - n°1 - 2001

L'allaitement comporte de nombreux effets bénéfiques sur l'organisme maternel. Il facilite les suites de couches et permet une perte de poids plus rapide s'il est suffisamment prolongé. Dans certaines conditions (peu présentes dans nos pays), l'allaitement a un effet contraceptif. Il ne comporte pas de risque esthétique ou de décalcification. Enfin, il existe un lien entre l'allaitement et la baisse de fréquence de certains cancers (sein, ovaire).

L'allaitement maternel est la suite physiologique de la grossesse. Le climat hormonal dans lequel il se déroule entraîne de nombreux effets bénéfiques sur l'organisme maternel.

- Des suites de couche facilitées :

Lors de la mise au sein du bébé, la sécrétion d'ocytocine favorise l'expulsion du placenta et l'involution utérine, diminue le risque d'hémorragie et les pertes sanguines, économisant ainsi des réserves en fer. L'ocytocine comporte également un effet relaxant et sédatif sur la mère. Simultanément à la sécrétion d'ocytocine, d'autres hormones post-hypophysaires sont libérées, chacune ayant un rôle physiologique précis : ACTH et vasopressine (maintien de la tension artérielle), hormone de croissance (cicatrisation)... [1].

- Pas de risque esthétique

pour les seins si l'allaitement est bien conduit : ce sont les variations brusques du volume de la glande (engorgement, sevrage brutal) qui risquent de léser le tissu de soutien.

- Perte de poids plus rapide

dans les six premiers mois du post-partum : l'allaitement, en effet, mobilise les réserves en graisses accumulées pendant la grossesse [2].

- Espacement des naissances :

dans des conditions strictes, difficiles à respecter et que l'on retrouve rarement dans la conduite de l'allaitement maternel en France, l'allaitement a un effet contraceptif : allaitement exclusif sans restriction à la demande y compris la nuit (6 tétées/24 h minimum dont au moins une la nuit), absence de retour de couches, bébé âgé de moins de 6 mois. Si toutes ces conditions sont réunies, le risque de nouvelle grossesse pendant cette période est compris entre 1 et 2 %. Dans le cas contraire, un autre mode de contraception doit être conseillé [3].

- Pas de risque de décalcification :

s'il est vrai que la minéralisation osseuse s'abaisse au cours des premiers mois de la lactation, elle revient à un niveau normal en cas d'allaitement prolongé ou après le sevrage [4].

- Allaitement et cancer :

la relation entre la baisse de la fréquence du cancer de l'ovaire [5] et le cancer du sein [6] avant la ménopause, et l'allaitement maternel fait l'objet de nombreuses études. Les conclusions de certaines d'entre elles restent cependant controversées. ■

Bibliographie

[1] THIRION M. (1994), *L'allaitement*, Albin Michel, Bibliothèque de la famille, Paris, 358 p.

[2] DEWEY K.G., HEINIG M.J., NOMMSEN L.A. (1993), Maternal weight-loss patterns during prolonged lactation, in *Am J Clin Nutr*, Vol. 58, pp. 162-126.

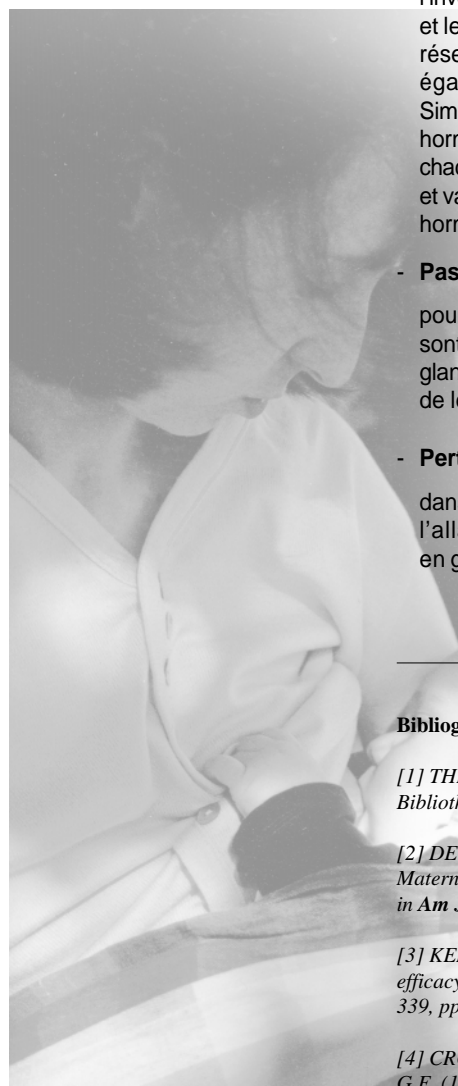
[3] KENNEDY K.I., VISNESS C.M. (1992), Contraceptive efficacy of lactational amenorrhoea, in *The Lancet*, Vol. 339, pp. 227-230.

[4] CROSS N.A., HILLMAN L.S., ALLEN S.H., KRAUSE G.F. (1995), Changes in bone mineral density and

markers of bone remodeling during lactation and postweaning in women consuming high amounts of calcium, in *J Bone M Res*, Vol. 10, pp. 1312-1220.

[5] ROSENBLATT K.A., THOMAS D.B. (1993), Who collaborative study of neoplasia and steroid contraceptives, in *Int J Epidemiol*, Vol. 22, pp. 192-197.

[6] NEWCOMB P.A., STORER B.E., LONGNECKER M.P. et coll. (1994), Lactation and a reduced risk of premenopausal breast cancer, in *N Engl J Med*, Vol.330, pp. 81-87.



Comment les professionnels peuvent-ils aider les mères à nourrir leur bébé ?

par Liliane Pirard-Gilbert (1)

Toutes les recherches épidémiologiques sont formelles : le lait humain est le meilleur aliment possible pour le bébé humain.

La durée de l'allaitement exclusif recommandée par l'organisation mondiale de la santé est de 6 mois et, ce, quel que soit le pays concerné. Mais pourquoi alors 25 % des enfants en Communauté française de Belgique ne reçoivent-ils jamais de lait maternel et pourquoi 50 % des enfants allaités ne le sont-ils déjà plus à 8 semaines de vie ?

L'article essaie de répondre à ces questions et tente de donner des pistes aux professionnels de la santé pour aider les mères, qui le désirent, et leur entourage, à mieux comprendre les enjeux de l'allaitement.

Un véritable objectif en santé publique.

Mots-clés : Allaitement, personnel de santé, éducation périnatale, Communauté française, Belgique.

Pourquoi parler encore d'allaitement maternel ?

L'accord des scientifiques et, de tout homme et femme de bon sens, est unanime : l'allaitement maternel est la meilleure manière de nourrir Bébé et ce quels que soient l'espèce (pour le bébé humain, le meilleur lait est celui de SA mère ...), l'époque ou le pays envisagés (pays en voie de développement mais aussi pays industrialisés).

Toutes les recherches épidémiologiques sont formelles : le lait humain est meilleur pour l'être humain... On s'en serait presque douté ! (Cfr Figure 1, page suivante)

Mais alors, pourquoi seulement 72,5 % des bébés de notre Communauté française sont-ils nourris au sein à la maternité en 1999 ?

Mais alors, et surtout, pourquoi 50 % des enfants allaités ne le sont-ils déjà plus à 8 semaines de vie ?

La communauté scientifique recommande, en effet, un allaitement exclusif au sein durant 4 ou même 6 mois puis un allaitement mixte (sein + biberon de lait adapté, puis sein et régime varié) compatible, moyennant aménagements, avec une vie active de travailleuse (dans nos pays les femmes au travail allaitent d'ailleurs en moyenne plus longtemps que les femmes dites « inactives »).

Désir d'allaiter

Actuellement, en Europe occidentale, le désir de nourrir son enfant au sein varie fort d'une population à l'autre et est très lié aux habitudes sociales du groupe.

Il ne faut pas oublier qu'en moyenne, une femme

sur 5 seulement a elle-même été allaitée.

Cependant, ce désir est enfoui au plus profond des femmes et l'on peut estimer qu'environ 85 % des jeunes mères désirent initier un allaitement.

A Bruxelles, 81,6 % des femmes allaitent leur bébé à la sortie de la maternité (données recueillies par la banque de données médico-sociales de l'ONE). Mais malgré ce désir profond, la moitié d'entre elles arrêteront avant 2 mois.

Plus de 2/3 des femmes arrêtent d'allaiter plus tôt qu'elles ne le désiraient car elles éprouvent des difficultés qu'elles n'arrivent pas à surmonter.

Or, il semble bien que la mère ne soit heureuse de son allaitement que si elle peut nourrir son petit au-delà de 3 voire même 4 mois.

Pourquoi donc tant « d'échecs » ?

Pourquoi donc tant de déceptions ?

Il semble bien que ce soit la médicalisation de l'allaitement, tout comme la médicalisation de la maternité et de la parentalité qui sont en partie responsables.

Malgré de bonnes intentions, les conseils donnés par les professionnels de la santé ne sont pas toujours judicieux.

Pourquoi ?

Quels sont les facteurs psychologiques, dans le chef des « soignants » comme dans celui des « soignés » qui ont limité la valeur des conseils donnés pourtant toujours de bonne foi ?

Quelles sont les raisons possibles de ces échecs ?

L'idéalisation de l'allaitement

Dans un but de « promotion » de l'allaitement, les

Bibliographie

[1] BUEKENS P., HENNART Ph. (1994), *Maternal and child health objectives for the year 2000*, in *Arch Public Health*, Vol. 52, pp. 177-179.

[2] DE SCHUYTENEER B., DE CONINCK B. (1997), *Médicaments et Allaitement*, Centre Antipoisons, Amette.

[3] DICKSTEIN M., BOURDOUX P.P. (1996), *Breastfeeding in Belgium : Tentative evaluation based on neonatal screening cards*, dans *J Hum Lact*, Vol. 12, pp. 37-39.

.../...

(1) Pédiatre, conseillère médicale au Comité subrégional du Brabant wallon, route de Gembloux, 2, B-1450 Cortil-Noirmont,
Tél. : ++32 (0)81 61 42 48
Fax : ++32 (0)81 62 27 66
Chef de Clinique au service de pédiatrie au Centre hospitalier d'Etterbeek-Ixelles, rue J. Paquot, 63, B-1050 Bruxelles
Tél. : ++32 (0)2 375 12 91
Fax : ++32 (0)2 375 04 40

.../...

[4] DRAMAIX M., MIAKALA N., TONGLET R., BRASSEUR D., HENNART Ph. (1990), *Etude prospective de la prévalence de l'allaitement maternel dans la province du Hainaut (Belgique)*, dans *Arch Public Health*, Vol. 48, pp. 99-108.

[5] DRAMAIX M., HENNART Ph., DONNEN Ph., TONGLET R., BRASSEUR D. (1994), *Socio-cultural factors associated with breastfeeding in Belgium – Part I : Duration*, in *Arch. Public Health*, Vol. 52, pp. 159-169.

[6] DRAMAIX M., HENNART Ph., DONNEN Ph., TONGLET R., BRASSEUR D. (1994), *Socio-cultural factors associated with breastfeeding in Belgium – Part II : Initiation*, in *Arch Public Health*, Vol. 52, pp. 143-158.

[7] KHIATI M. (1988), *L'essentiel en pédiatrie*, Frison-Roche.

[8] «Manuel MERCK de diagnostic et thérapeutique» (1988) Sidem Frison-Roche.

[9] ONE, Office de la Naissance et de l'Enfance, Banque de données et rapports annuels.

.../...

difficultés inhérentes à celui-ci comme à toute fonction naturelle (marche, sexualité,...) ont été occultées. Les «efforts» nécessaires ont été sous évalués : effort pour passer outre des difficultés, effort pour rester «disponible», effort pour «faire le tri» de ce que l'on ne pourra pas faire.

La valorisation livresque

La valorisation du savoir livresque et dévalorisation - involontaire mais bien réelle - des forces instinctives tant des mères que des bébés ou quasi toutes les mères peuvent allaiter et quasi tous les bébés savent se nourrir au sein.

Et les «quasi» pourraient presque être barrés.

Le plaisir physique

L'occultation de la notion de plaisir physique d'allaiter, de bonheur profond lié à l'allaitement, de développement personnel de la mère allaitante, d'épanouissement du couple (notamment sur le plan sexuel).

Les mères qui allaitent longtemps en sont heureuses mais elles ont souvent eu un cap difficile à franchir.

On s'est trompé d'unité de temps

Les réponses et les conseils sont donnés pour le court terme alors qu'il faut tenir compte aussi du long terme : usage de la tétérelle, de la sucette (appelée «pacifier» par les Anglo-Saxons), compléments au biberon, échantillons de lait offerts, ...

En effet, tous ces éléments (téterelle, sucettes, compléments au biberon, échantillons) sont reconnus comme des facteurs raccourcissant fortement la durée de l'allaitement et allant donc à l'encontre du but poursuivi.

Que peuvent faire les professionnels ?

Si nous sommes convaincus de la primauté de l'allaitement maternel et si nous désirons la santé de nos bébés et de leurs mères, alors nous pouvons, d'une part, promouvoir l'allaitement maternel (ce qui est une action scientifique) et d'autre part, aider les femmes - qui le désirent - à allaiter (ceci étant aussi une action scientifique mais accompagnée de la prise en compte des autres composantes sociale, psychologique, culturelle, ... et donc parfois de l'aide à l'arrêt de l'allaitement).

Promouvoir l'allaitement maternel

C'est faire savoir que

- Scientifiquement l'allaitement maternel est largement supérieur à l'allaitement artificiel (valeur nutritive, prévention des allergies, des infections, des troubles digestifs, ...),
- Le bébé a droit à ce qui lui convient le mieux : être allaité.
- La maman a, elle aussi, droit à ce qui scientifiquement lui convient le mieux : allaiter.

Figure 1 : Alimentation de 0 à 1 an - Profil de décroissance - Année 1998 (Source : Rapport 2000 de la Banque de Données Médico-Sociales de l'Office de la Naissance et de l'Enfance.)

LA PREMIÈRE COURBE (I)

La première courbe est constituée des enfants allaités exclusivement au lait maternel pendant au moins une semaine. Pour chacun de ces enfants, nous avons retenu leur âge lors de l'arrêt de l'allaitement exclusif. A partir de ces données nous avons pu construire une courbe de décroissance de l'allaitement exclusif.

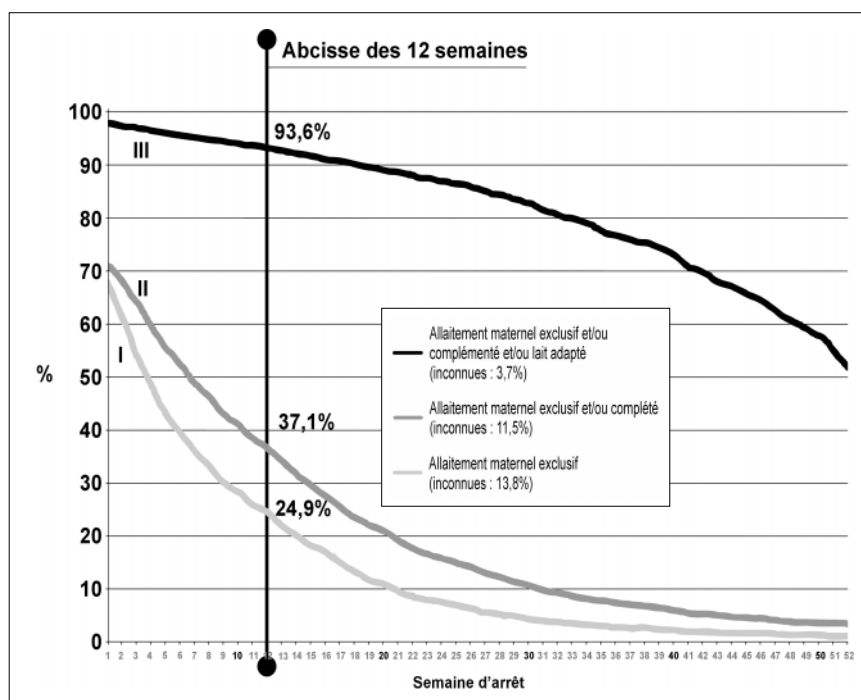
LA DEUXIÈME COURBE (II)

Cette courbe est construite à partir de données concernant les enfants allaités exclusivement et ceux allaités de façon complétée dès la naissance. Pour tous ces enfants, nous avons retenu l'âge maximum pour lequel l'enfant a arrêté l'allaitement maternel sous quelque forme que ce soit. A partir de ces données, nous obtenons une deuxième courbe de décroissance de toute forme d'allaitement maternel.

LA TROISIÈME COURBE (III)

Pour construire cette troisième courbe, nous avons ajouté aux données précédentes, celles concernant les enfants ayant reçu du lait adapté dès la naissance ou après une période d'allaitement maternel. Pour tous ces enfants, nous avons retenu l'âge maximum de l'arrêt de tout lait recommandé par l'O.N.E. pendant la première année de vie. Cette courbe représente donc les décroissances cumulées de l'allaitement exclusif, de l'allaitement complété, et du lait adapté.

On peut considérer que tous les enfants situés sous la courbe supérieure (III) «Allaitement exclusif ou Allaitement complété et / ou Lait artificiel adapté», sont correctement nourris selon les recommandations de l'O.N.E. Les enfants de moins d'un an nourris avec du lait adapté se situent donc entre la courbe supérieure (III) et la courbe du milieu (II). Par contre, les enfants se situant au-dessus de la courbe supérieure (III), sont des enfants qui ne sont pas nourris selon les recommandations de l'O.N.E. Il est fort probable que ces enfants reçoivent soit du lait de vache, soit un autre lait non adapté.



Aider les mères qui le désirent, à allaiter

- C'est leur permettre d'éviter de démarrer leur vie de mère sur un hypothétique sentiment d'«échec», ou du moins sur un malaise, une tristesse non dite mais qui risque bien un jour de rejaillir (à la génération suivante parfois ...).
 - C'est aussi les aider à y trouver du bonheur.
 - C'est aussi faire savoir qu'allaiter est plus que nourrir. Et donc que si le désir de la mère n'est pas présent, il peut être nocif de vouloir trop la persuader. Il faut seulement l'aider à découvrir son désir profond. Et s'il est de ne pas allaiter, la rassurer sur l'excellente qualité des laits de substitutions sans dire pour autant qu'ils sont équivalents au lait maternel.
- En cas de doute, les mères doivent savoir qu'il est facile d'arrêter un allaitement débuté, mais bien plus complexe (même souvent impossible) de faire la démarche inverse.

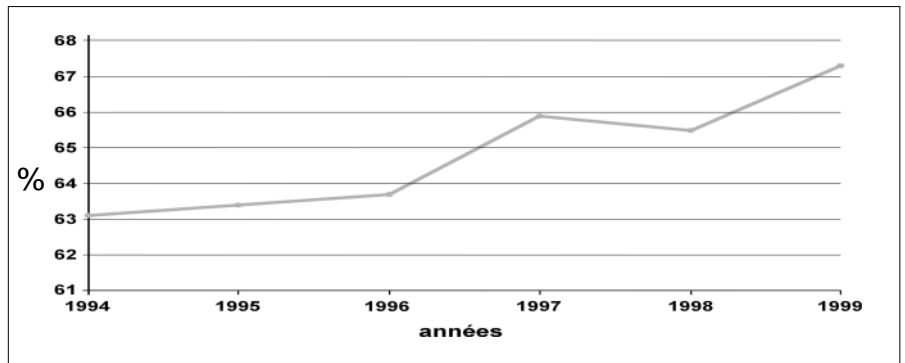
Comment aider les mères, qui le désirent, à allaiter ? Pistes à explorer

Avant l'accouchement

Seule est peut-être utile la préparation «Psychologique» : je recommande la lecture du livre «L'Allaitement maternel» de Marie Thirion. Quand à la préparation «physiologique», elle se fait toute seule. Aucune manipulation des seins n'est nécessaire, le corps se prépare spontanément durant la grossesse.

Après l'accouchement

- On recommande pour les mères qui allaitent :
- Une mise au sein précoce (si possible durant la première heure de vie)(Cfr. figure 2, ci-contre).
 - Des mises au sein fréquentes, avec patience et confiance - à la demande du bébé :
 - 5 à ... 13 x / jour si nécessaire,
 - en moyenne +/- 7 à 8 fois/jour,
 - tant le jour que la nuit,
 - et d'une durée à priori illimitée.
- Il ne faut donner aucun horaire ni notion de durée ni d'intervalle entre deux tétées. Chaque enfant est différent. Chaque enfant est unique. Si ses langes sont mouillés, s'il a l'air repu, il est suffisamment nourri.
- D'éviter les suppléments.
- Sauf si une perte de poids nettement supérieure à 10 % du poids de naissance est observée. En cas de nécessité, on donnera les suppléments de lait adapté de 1er âge, soit à la tasse ou à la cuillère de préférence pour éviter que l'enfant ne confonde deux manières de téter (sein-tétine),



- soit au biberon. Certaines études ne montrent pas de différence entre l'effet des suppléments à la tasse ou au biberon. D'autres bien. Ces suppléments sont très rarement médicalement nécessaire chez les bébés (du moins de plus de 35-36 semaines).
- D'éviter la tétérille.
La forme du mamelon n'a le plus souvent pas d'importance pour l'allaitement. L'enfant prend bien plus que le mamelon en bouche : une partie de l'aréole.
 - D'éviter les sucettes, quoique les études ne soient pas toutes concluantes sur leur effet néfaste sur l'allaitement.

Pour éviter les crevasses, on conseillera à la maman qui allaite de veiller à la bonne position du bébé et à ne pas sécher trop fortement les seins.

Pour éviter l'engorgement des seins, on préconise des mises au sein fréquentes. Si l'engorgement survient quand même, on le réduira en mettant bébé au sein ou par des massages péri-aréolaires, ou des douches chaudes, ou *in fine* au tire-lait manuel. En cas de lymphangite, il faut parfois ajouter des antibiotiques au traitement mais ceci ne nécessite pas l'arrêt de l'allaitement.

Les professionnels de la santé doivent aider les mères à arrêter ou à diminuer la consommation de tabac. Le tabagisme maternel est associé à une durée plus courte de l'allaitement exclusif.

Comment aider les mères, qui le désirent, à ne pas allaiter ?

S'il ne peut être dit que les laits adaptés ont la qualité du lait maternel, il peut cependant être dit que ceux-ci sont d'excellente qualité et que les bébés nourris exclusivement au biberon dès la naissance peuvent, aussi, se développer harmonieusement tant sur le plan physique que psychologique. Le désir maternel et parental doit rester écouté et entendu. Le couple mère-bébé ou la triade père-mère-bébé doivent toujours être considérés comme uniques. ■

Figure 2 : Evolution des mises au sein immédiates et précoces en pourcentages de 1994 à 1999. On constate une attitude s'adaptant progressivement aux recommandations de l'O.M.S. qui vise à favoriser un bon démarrage de l'allaitement maternel. (Source : Rapport 2000 de la Banque de Données Médico-Sociales de l'Office de la Naissance et de l'Enfance.)

.../...

[10] PAVOT Ch., *Essai d'évaluation de brochures maternel, Mémoire de fin d'études en Licence en Sciences Hospitalières, ULB, 1995.*

[11] PERELMAN R. (1985), *Pédiatrie pratique Périnatalogie, Maloine, et la première édition 1982 de l'ouvrage Pédiatrie pratique du même auteur.*

[12] PEREZ-ESCAMILLA R., POLITT E., LONNER-DAL B., DEWEY K.Q.G. (1994), *Infant feeding policies in maternity wards and then effect on breastfeeding and analytical overview, in Am J Public Health, vol. 84, pp.89-97.*

[13] THIRION M. (1994), *L'allaitement maternel, Albin Michel, Paris.*

[14] VRANCKX A.(1990), *Les buts de la santé pour tous. Situation en Belgique, Ministère de la Santé Publique, Cité par «La Santé dans la Belgique Fédérale et ses communautés, situation actuelle et tendances 1993», Ministère de la Santé Publique et de l'Environnement.*

Les représentations de l'allaitement, chez les femmes, le public, les soignants

par Ingrid Bayot (1) (2)

Mots-clés : allaitement, image sociale, femme, personnel de santé, public, éducation pour la santé.

Notre culture et notre société véhicule encore tout une série de représentations des seins et de l'allaitement maternel, parfois pittoresques, parfois nettement plus gênants. Notre imagination en roue libre, coupée du réel, a produit une riche fantasmagorie que chacun s'approprie à sa façon : «seins-réservoirs» qui permettent de théoriser froidement, «seins-sources» qui inspirent nos envolées poétiques, «seins-pis» qui nous renvoie à notre animalité et à nos ambivalences envers celle-ci, «seins-mythe» de la généreuse Déesse Mère néolithique, oubliée de tous et pourtant si présente dans notre imaginaire. Ces représentations parasitent notre perception de l'allaitement et occultent le fait que l'allaitement est d'abord une rencontre pleine d'émotions, une relation unique entre deux personnes.

De plus, des préjugés récents empêchent les professionnels de la santé de parler librement de l'allaitement et de ses bienfaits : la crainte de culpabiliser les mères qui préfèrent nourrir au biberon, et la crainte que le père se sente exclus en cas d'allaitement.

Représentations, fantasmes, mythes et poésie...

Le sein maternel et son lait semble inspirer beaucoup notre imagination... Il en découle un nombre incalculable de recettes-miracle, de conseils contradictoires, de méthodes saugrenues qui tentent d'encadrer et de réglementer l'allaitement maternel. Les autres mammifères semblent s'en sortir beaucoup mieux que nous, eux qui ne fantasment pas et ne possèdent ni bracelet-montre, ni pèse-bébé, ni biberon de supplément.

Que se passe-t-il donc dans l'espèce humaine, qui complique à ce point nos fonctions naturelles ? Il se passe que notre gros cerveau est capable de se représenter mentalement le monde extérieur et d'associer ces représentations mentales au gré d'une imagination fertile, parfois totalement fantaisiste : en effet, mentalisation n'est pas réflexion intelligente. Les humains sont toujours capables de mentaliser, d'imaginer, d'associer, mais pas forcément de réfléchir, critiquer, confronter au réel, discerner, bref, d'utiliser leur intelligence. Dans le domaine de l'allaitement, l'imaginaire (c'est-à-dire l'imagination

coupée du réel) a toujours été et est encore foisonnant.

Notre «monde mental» renferme donc des «images» des seins et de leur fonctionnement qui n'ont rien à voir avec leur réalité ? Eh oui ! Et ces images peuvent être des pièges. C'est pourquoi il est intéressant d'en découvrir quelques-unes. Elles s'expriment par nos paroles, nos mots, nos comportements, un peu comme le contenu d'une disquette s'exprime en s'affichant à l'écran du moniteur.

Le «sein-réservoir»

L'image fautive la plus répandue, tant chez les jeunes mères que chez les professionnels de la santé, est celle du «sein-réservoir». Elle s'exprime ainsi : «Les seins sont des espèces de biberons organiques. Ils se remplissent entre les tétées et se vident lors de celles-ci. S'ils sont «bien tendus», ils sont pleins de lait, tout va bien. Mais s'ils sont mous, c'est qu'ils sont vides; la ration insuffisante sera alors complétée par du lait artificiel.» Ou encore : «Il faut bien vider vos seins après chaque tétée, Madame, sinon du vieux lait pourrait y rancir, et provoquer un abcès.

(1) sage-femme et formatrice
rue Hatley, 40, Magog (Québec)
J1X-3G1 Canada
Tél. : ++ 1 819 868 4383
Fax : ++ 1 819 868 4383
E-mail: ibayot@abacom.com

(2) NDLR : Cet article a déjà été
publié initialement dans le *Ligreur* et
dans le *Journal de votre enfant*.

Poussez donc dessus pour les exprimer. En 5 minutes bébé a vidé le sein, inutile de prolonger.»
 Cette vision très mécaniste semble oublier un détail : les seins ne sont pas des vessies !

Les seins sont des glandes complexes, faites de canaux galactophores (où coule le lait) très nombreux et très fins, d'alvéoles (vésicules microscopiques dont la paroi est faite des cellules qui secrètent le lait), de très nombreux vaisseaux sanguins qui apportent aux cellules des alvéoles les «*matières premières*» du lait (eau, sucres, petites protéines, graisses, anticorps... etc.), de graisse, de tissu conjonctif (ou tissu de soutien), de nerfs...

Comme toutes les glandes du corps, les seins réagissent à une stimulation spécifique. Les glandes sudoripares produisent de la sueur si la température du corps s'élève anormalement; les glandes lacrymales produisent des larmes si il y a émotion ou nécessité de rincer l'œil d'un corps étranger; les seins produisent du lait si un bébé tète (certaines stimulations du mamelon peuvent donner des effets similaires).

Les seins sont parfois lourds et tendus car les vaisseaux sanguins peuvent «*trop se remplir*» : c'est la congestion, très fréquente entre le 3ème et le 5ème jour après l'accouchement. L'expression «*montée de lait*» laisse croire que volume des seins et production de lait vont obligatoirement de pair. Or, les femmes qui allaitent quelques mois constatent que leurs seins deviennent plus souples, tout en restant productifs. L'assimilation du sein avec un réservoir ou un biberon entraîne l'assimilation des mamelons avec une tétine : voyez tous les discours sur la forme, la consistance et la désinfection des mamelons, ainsi que tout le folklore sur la «*préparation*» de ceux-ci. Depuis quand doit-on préparer (étirer, brosser, allonger) un organe à sa fonction physiologique ? Préparez-vous votre bouche à manger ou votre nez à respirer ? Cette image du mamelon amène à les «*remplacer*» facilement par des téterelles en silicone : le langage populaire les nomme «*bouts de sein*», comme le mamelon lui-même. Confusion de langage et confusion des rôles vont ensemble. «*Une tétine en vaut bien une autre, non ?*» Eh bien non ! On sait maintenant :

- que le mamelon est remarquablement équipé pour recevoir la succion du bébé;
- que la succion du bébé stimule d'autant mieux le mamelon que le contact est direct
- et que la réaction de production de lait dépend largement de la qualité de cette stimulation...

L'image du sein-réservoir est une représentation simpliste qui tient plus de la plomberie que de la physiologie humaine. Les attitudes pratiques qui en découlent sont inconfortables et perturbantes.

Continuons notre exploration...

Le «sein-pis de vache»

Une autre image assez connue est celle du «*sein-pis de vache*».

Elle s'exprime ainsi : «*Tu es une bonne laitière, toi, d'une race solide... Voilà ton petit veau, ma Brunette... J'ai des jours de vache maigre et des jours de vache grasse... Voici la trayeuse (en désignant le tire-lait).*»

Jusque là, c'est encore gentiment pittoresque. Mais il arrive aussi que l'on entende ceci :

«Je ne suis plus qu'une vache à lait... L'allaitement, ça m'avachit... Cette odeur de laiterie, ça m'écoeure... Ce ne sont plus des seins, ça, ce sont des pis !»

Que se passe-t-il ? Autrefois (Inde, Egypte ancienne...), les vaches étaient des animaux respectés et appréciés : les humains leur étaient reconnaissants pour leur lait et leurs autres dons.

Actuellement, nous sommes très ambigus :

- d'une part, le lait et ses dérivés font quasiment l'objet d'un culte : recommandé pour la croissance des enfants et des adolescents, pour combler les besoins des femmes enceintes ou allaitantes, pour prévenir l'ostéoporose à la ménopause... le lait de vache aurait décidément bien des vertus !
- Mais d'autre part, ces bovidés sont méprisés, exploités par l'industrie alimentaire, réduits à des

Hiéroglyphe représentant une maman allaitant son enfant (temple de Kom-Ombo)



sacs à vider deux fois par jour, souvent sans ménagement (à l'exception de quelques fermes artisanales). Les expressions populaires ne sont pas tendres avec nos braves ruminantes : «*une sale vache*», «*peau de vache*», «*une vacherie*», «*pleurer comme une vache*», un regard «*bovin*»...

En toile de fond, il y a toute notre ambivalence envers notre propre nature animale, notre corporéité et nos pulsions, longtemps synonymes de péché et de perte. Il était de bon ton d'oublier, de négliger, voire de maltraiter le corps...

Il y a des parallèles éloquents : le lait maternel fait, lui aussi, l'objet d'un culte alors que leurs «*productrices*», en l'occurrence les femmes, ne sont pas toujours fières et heureuses dans leur corps de mère, épanoui, évident, concret. Le réalisme cru de l'accouchement et de l'allaitement est vécu par certaines dans le malaise ou le dégoût.

De plus, certains professionnels de la santé n'hésitent pas à faire du lait maternel un «*droit de l'enfant*», oubliant que ce lait vient des seins d'une femme. Faut-il leur rappeler qu'une femme est un être humain qui aime, désire, s'enthousiasme... et parfois doute, et en a «*ras-le-bol*» ? C'est quand une femme se sent pompée, ou niée qu'elle dit «*Je ne suis plus qu'une vache à lait...*».

Une parole de ce type doit attirer l'attention : c'est souvent un appel au secours.

Le «*sein-source*»

Un peu moins fréquente est l'image du «*sein-source*». Elle est très poétique. La femme est associée à la terre, son lait aux sources bénéfiques, génératrices de vie. Cette analogie a dû être plus puissante encore par le passé, où les sources étaient sacrées et leurs eaux, magiques. Cette image qui chante la nature et les forces féminines s'exprime par des expressions comme : «*La source maternelle... Les fontaines de la vie... Le jaillissement du lait... Le fleuve de lait.*»

Mais toute médaille a son revers : l'eau est précieuse... mais capricieuse. Le lait des femmes... aussi. Particulièrement chez les peuples qui ont connu des sécheresses, il s'est développé une crainte du tarissement, d'autant plus redouté qu'il était généralement imprévisible et mystérieux. Donc, à l'instar des sources et des cours d'eau, le sein maternel pourrait se «*tarir*» et être à «*sec*». Alors qu'à d'autres moments, ce sont «*les grandes crues*» et il «*déborde*».

Restons donc vigilant(e)s : l'image du sein-source peut entretenir l'idée que l'allaitement procède d'un caprice de la nature, bienveillant ou non. Avoir ou ne pas avoir du lait... Une chance ou une fatalité contre laquelle on ne pourrait rien.

Cette notion est subtilement entretenue par les fabricants de lait artificiel. Ne lit-on pas sur certains pamphlets publicitaires : «*Quand vous n'aurez plus de lait, le lait machin deuxième âge sera... Etc.*». Ne plus «*avoir*» de lait est présenté comme un fait irrémédiable et non comme le résultat d'un sevrage voulu ou d'une série d'erreurs tactiques.

Le «*sein-mythe*»

L'image du «*sein-mythe*» est presque devenue inconsciente bien que ses manifestations soient

encore aussi variées que courantes.

Les Déesses-Mères, ces antiques divinités féminines ont toujours été représentées avec des seins massifs, voire carrément obèses : ceux-ci symbolisaient la puissance féminine, l'assurance de la nourriture et de la chaleur, en des temps où ceux-ci n'étaient pas garantis. Ce sont les «*seins-mythes*», une image mentale très ancienne, porteuse de nos désirs d'abondance et de fusion bienheureuse. On comprend facilement que les peuples qui ont connu des guerres, des sécheresses et des famines aient été fascinés par les laits des femmes et des femelles. En toutes circonstances, même les plus terribles, le bébé ou le petit pouvait téter... Quelle magie !

Si les Déesses-Mères ont été éclipsées par l'histoire, leur survivance dans le mental collectif s'exprime encore de bien des manières.

- Bon nombre d'expressions populaires assimilent volume des seins, solidité et protection : une forte et opulente poitrine, des pare-chocs, des balcons en béton, et tout récemment, «*les airbags*»...
- Les seins sont désignés par des noms d'aliments gros, ronds et souvent très juteux : les melons, les pastèques, les miches, les citrouilles... ou par des mots à redoublement de phonèmes évoquant l'enfance et la profusion : les nènès, les lolos, les roploplos, les roudoudous, ...
- Les livres et les revues traitant de l'allaitement se complaisent à montrer des bébés heureux et repus auprès de seins énormes et rebondis...
- Le colostrum est bien souvent négligé : ce premier lait, produit les premiers jours après la naissance, répond à tous les besoins du nouveau-né. Tout le monde le «*sait*», mais personne n'y «*croit*» car le colostrum a le malheur de sourdre d'un sein encore mou et souple. Au moindre pleur, le bébé se voit présenter... de l'eau sucrée !
- Certains préjugés sont tenaces : combien de femmes ayant une petite poitrine n'ont-elles pas craint de ne pas avoir assez de lait ? Et d'autres, de s'entendre dire : «*ma pauvre, avec «ça», vous n'y arriverez jamais !*»

Oui, les archaïsmes ont la peau dure ! Le sein-mythe est un symbole (sein-bol ?) d'abondance mais cette image ne rend pas compte de la réalité fonctionnelle de la lactation. De plus, les «*vieilles*» images peuvent «*s'associer*» avec des images plus récentes : le sein-mythe et le sein-réservoir font très bon ménage et forment une représentation imaginaire pratiquement indéradicable !

Sein-réservoir, sein-pis, sein-source, sein-mythe...

Les images que nous avons évoquées ont ceci en commun : le sein est toujours imaginé comme un organe autonome, isolé du fonctionnement général du corps, isolé de la femme, de ses émotions et de son affectivité, isolé de son contexte conjugal, familial et social. De plus, ce sein imaginaire est indépendant de l'enfant, de la qualité de sa succion, de son comportement, des interactions qu'il établit avec sa mère. L'enfant est réduit à un consommateur passif, bénéficiant -ou non- des grâces de cet objet vivant, fascinant et capricieux. Le sein imaginaire sert de support à tous nos fantasmes, plus ou moins sympathiques, plus ou moins inquiétants.

Ni réservoir, ni pis, ni source, ni mythe, le sein, les seins plutôt, sont tout simplement... l'endroit d'une rencontre entre deux personnes. L'une est une femme qui désire donner la vie, accueillir son enfant et l'allaiter; l'autre est un enfant qui désire vivre, reconnaître sa mère, jouir de sa présence, de son odeur, de sa chaleur, de son lait. Les généralités s'arrêtent là. Il n'y a pas deux allaitements pareils car toute rencontre est unique et imprévisible, comme les personnes en présence,... Comme la vie !

Malgré l'influence considérable qu'elles peuvent présenter, les représentations sur l'allaitement ne se limitent pas aux images du sein et du lait maternel telles qu'elles viennent d'être évoquées. D'autres préjugés, largement répandus dans notre culture interfèrent malheureusement dans ce domaine. Tantôt, ils pourront mettre les professionnels mal à l'aise par rapport à leurs intentions d'informer les mères en matière d'allaitement, tantôt, ce sont les pères qui croient qu'il leur sera plus difficile de trouver leur place si leur enfant est allaité...

**«Dire trop de bien de l'allaitement :
ça culpabilise les mères
qui donnent le biberon.»**

C'est devenu le lieu commun de toutes les discussions sur la nutrition des nourrissons : il ne faut pas dire trop de bien de l'allaitement maternel car cela pourrait culpabiliser les mères qui nourrissent au biberon.

Les autorités politiques, religieuses ou médicales ont si souvent manipulé la culpabilité des mères, que les médias actuels tiennent à s'en démarquer. On peut les comprendre, mais...

De toutes les mères que j'ai pu observer en vingt ans d'activités obstétricales, je me demande vraiment qui, en fin de compte, se culpabilise le plus ? Celles qui biberonnent ? Pas sûr...

Dans notre culture, le biberon est un objet symbole de la maternité. Des faire-part de naissance en ont la silhouette ou le représentent. Les fillettes le donnent tendrement à leur poupée et l'ustensile fait partie de toute panoplie de maternage. Un bébé nourri au biberon est un tableau tellement coutumier qu'il attendrit, mais ne choque pas, alors qu'un bébé nourri au sein, étonne et parfois, dégoûte (des mères allaitant en public se sont vues intimider l'ordre d'aller faire «*cela*» dans les toilettes).

Dans tous les magazines traitant de la petite enfance, on trouve des publicités pour du lait industriel. Les firmes pharmaceutiques consacrent des budgets colossaux à la promotion de leurs produits et utilisent les techniques de communication et de marketing les plus pointues pour parvenir à leur fin. Elles sont remarquablement efficaces puisque, même dans les pays en voie de développement où le non-allaitement est une catastrophe sanitaire, elles parviennent à imposer l'image d'un produit technologiquement sûr, moderne et désirable.

«*Et puis, au biberon, on sait ce qu'il prend*»; entendez : les quantités ingurgitées. Quelle sérénité dans une société qui est rassurée par tout ce qui est visible, mesurable et fourni en grande quantité. Avec un biberon, le bébé a souvent trop, il ne peut pas

manquer, ouf !

Enfin, le lait en poudre coûte cher, ce qui, dans l'esprit de bon nombre de parents, garanti sa valeur et sa qualité nutritive. D'ailleurs, n'est-il pas le produit de la haute technologie scientifique ? N'est-il pas vendu en pharmacie, par du personnel médical dûment diplômé, dans un contenant attrayant, scellé, protégé de toute impureté ? Chaque année, l'une ou l'autre revue signale qu'on a trouvé des polluants dans le lait maternel. Mais jamais dans le «*lait de la science*». Qui s'imaginerait, devant ces beaux alignements de boîtes cellophanées que leur contenu provient essentiellement du lait de vaches génétiquement sélectionnées pour leur production, nourries de farines douteuses et gavées d'antibiotiques ? Donc, si bébé pleure après son repas, le lait du biberon ne sera que très rarement accusé : on sait ce qu'il a pris, on est tranquille.

Le biberon peaufine encore sa réputation en se présentant comme un outil de libération des femmes et de promotion de la paternité : deux valeurs sûres ! Le biberon et le lait industriel ont vraiment tout pour plaire...

Ceci dit, il est vrai qu'au moment d'annoncer leur choix, il y a parfois un petit pincement au cœur chez les futures «*biberonneuses*», voire même, le besoin de se justifier : «*Pour le premier, ça a été un cauchemar*»; «*Je suis travailleuse indépendante, je n'ai pas le temps*»... Mais passé ce cap, ces jeunes mamans accueillent leur bébé avec amour et le nourrissent sans arrière pensées avec cet objet qu'elles ont intégré depuis leur enfance, un objet banal, habituel, ... Normal quoi !

Et la mère qui allaite ?

Elle offre à son enfant un lait peu visible, impossible à mesurer, en quantité «*juste assez*», absolument gratuit, et produit... par le corps d'une femme, incontrôlable par définition. Réalise-t-on assez ce paradoxe ? L'allaitement est à la mode, mais ses aspects concrets, charnels, relationnels, émotionnels... Vont totalement à l'encontre des valeurs dominantes de notre société de consommation. Dans notre monde, il est bien vu d'être productif, actif, performant, immédiatement efficace et de surcroît, flexible et interchangeable. Or, l'allaitement demande de la disponibilité, du temps «*perdu*» en approche, en essais et erreurs; l'allaitement est artisanal, flâneur, hors du temps, jouissif, exclusif, personne ne pouvant remplacer la mère.

Et en pratique, les embûches ne manquent pas : la balance est prête à juger, dès la maternité ! Le bébé a «*maigri*» de 50 grammes ? En fait, il ajuste son taux d'eau corporel au milieu aérien, mais personne ne l'explique. «*Il maigrit, il ne mange pas assez, je n'ai pas assez de lait*», se culpabilise la jeune mère. Et l'infirmière de lui apporter un supplément (en biberon !) qui sauvera son bébé d'un manque supposé et ébranlera -déjà- sa confiance en elle. (NB : Le bébé de la voisine a perdu du poids également, mais lui, il est au biberon : «*on sait ce qu'il prend*».)

Bébé pleure-t-il après la tétée ? Il peut se manifester

pour mille et une raisons, mais la mère qui allaite s'accuse plus facilement et, si son bébé régurgite, s'il réclame souvent, s'il refuse le sein... il se trouvera toujours une bonne âme pour insinuer que le lait maternel n'est pas bon, ou pas assez nourrissant, ou...

Dans les pays industrialisés, la plupart des allaitements se terminent avant le premier mois, c'est-à-dire, plus tôt que prévu et bien souvent sur un vécu d'échec. Que de regrets et de culpabilité chez ces mamans... En mesure-t-on assez les conséquences ?

Toute femme qui devient mère traverse des périodes heureuses et d'autres plus difficiles. Au sein ou au biberon, leurs bébés sont plus ou moins gratifiants et leur procurent un sentiment de compétence plus ou moins fort.

Mais je soutiens que, dans notre société, les mères qui allaitent se compliquent singulièrement la tâche, et prennent le risque d'être confrontées bien plus que les autres, à des sentiments d'insuffisance, de doute et de culpabilité.

Il n'est pas démontré qu'une information plus abondante et largement diffusée sur l'allaitement culpabilisera beaucoup celles qui biberonnent, mais ce qui est certain, c'est qu'elle aidera grandement celles qui allaitent et qui ont sacrément besoin d'être rassurées.

«L'allaitement prive les pères de leur place auprès de leur bébé»

La notion de paternage est récente, dans notre culture en tout cas. Du coup, les pères de bonne volonté doivent inventer leur rôle, créer leur «art d'être père». Pas facile : beaucoup d'entre eux n'ont jamais (ou si peu) vu leur père s'occuper d'un tout petit et n'ont pas (ou si peu) le souvenir d'avoir été «paternés».

Donc, il faut innover. Cette innovation ne va pas sans tâtonnements. Comme il n'y a pas encore de modèle culturel bien établi de la relation père nouveau-né, un des réflexes est d'imiter la relation mère nouveau-né. Ce qui a amené pas mal de confusions entre autres dans le domaine de l'allaitement.

Éloge de la relation multisensorielle.

«L'allaitement maternel prive le père de sa relation au tout petit» est un des préjugés les plus regrettables qu'ait produit la mode des «papas poules».

Il est généralement suivi par le conseil suivant : «Donnez donc un p'tit biberon de temps en temps»... Piètre consolation !

Le bébé ne serait qu'un tube digestif ? Ses besoins ne seraient qu'alimentaires ? Les relations avec lui ne pourraient être que nourricières ?

Non, bien sûr. Des études récentes ont confirmé ce que les parents un tant soit peu observateurs ont compris depuis longtemps : le bébé est un être de perception et de communication; tous sens en éveil,

il découvre son environnement humain et matériel. Ses facultés sensorielles se mettent en place bien avant la naissance. De sa «bulle» (qui ne ressemble en rien à un caisson d'isolation !), il apprend déjà à percevoir son entourage et même, à communiquer. Dès la naissance, cet étonnant petit bonhomme (ou cette étonnante demoiselle) est prêt (e) à rencontrer Papa aussi bien que Maman, et pas seulement lors des repas.

Eloge de la différence

Un autre préjugé fait aussi des ravages : «L'allaitement artificiel, c'est mieux car il met à égalité le père et la mère».

«À égalité»... Cette phrase confond une fois de plus égalité des sexes et identité des sexes. Dans nos pays, plus personne ne conteste l'égalité salariale, légale, financière, scolaire, matrimoniale ou professionnelle. Mais il reste, hélas, beaucoup de confusions identitaires.

Un certain courant féministe s'est acharné à vouloir gommer les différences entre hommes et femmes, à en démontrer le caractère strictement culturel, «donc, artificiel» : à mort les machos, au feu les soutiens-gorge ! Que les femmes soient des superwomen; que les hommes donnent le biberon. Le balancier semble revenir à une position plus médiane. Sans doute aurons-nous gagné au passage quelques points positifs, comme la fin des carcans comportementaux rigides. Le réel progrès serait pourtant que chacun se sente la liberté d'être lui-même.

Dans le domaine de la sexualité et de la reproduction, il est évident, flagrant, incontournable... qu'un homme n'est pas une femme et réciproquement.

Quelle richesse ! Que ferions-nous sans cette chère différence ? En aurions-nous peur ? Peut-être : la différence attire, mais peut faire peur. Une femme et un homme ne réagissent pas de la même manière devant la vie, ou... devant un nouveau-né.

Par leur présence, leur attention, leur manière différente d'être, d'agir, de bouger, de parler (que le bébé perçoit très bien), les pères font à leurs enfants trois cadeaux inestimables, irremplaçables :

- L'enfant intègre dès le berceau que le monde est composé d'êtres différents mais également bienveillants; ainsi, le père prépare son ouverture d'esprit.
- L'enfant apprend que l'amour ne passe pas obligatoirement par la nourriture; ainsi, le père lui ouvre son champ de communication et coupe court aux pressions psychologiques qui se jouent parfois autour des repas (dans le style : «si tu m'aimes, termine ton biberon, ta panade, ton assiette...»).
- Et surtout, il découvre qu'il peut être heureux sans maman chérie, qu'il est une personne distincte d'elle, puisqu'il est désiré par un tiers. Ainsi, le père ouvre les portes de l'avenir. ■

Références bibliographiques

CYRULNIK B. (1989), *Sous le signe du lien*, Edition Hachette, Collection Pluriel, Paris, 319 p.

DELAISI DE PARCEVAL G., LALLEMAND S. (2001), *L'art d'accueillir les bébés*, Edition Odile Jacob, réédition, Paris, 322 p.

GROS D. (1987), *Le sein dévoilé*, Edition Stock.

ODENT M. (1990), *Votre bébé est le plus beau des mammifères*, Ed. Albin Michel, Paris.

PAGELS E. (1989), *Adam, Eve et le serpent*, Edition Flammarion, Paris, 260 p.

THIRION M. (1994), *Les compétences du nouveau-né*, Ed. Albin Michel, Paris, 315 p.

THIRION M. (1999), *L'allaitement de la naissance au sevrage*, Edition Albin Michel, Paris, 276 p.

THIS B. (1980), *Le père : acte de naissance*, Edition du Seuil.

L'allaitement maternel : un secret pour les jeunes ?

par les enseignants responsables de la formation des sages-femmes Hemes Institut Ste Julienne, Liège (1)

Les auteurs analysent les représentations qu'ont des jeunes âgés de 17 à 22 ans, de trois établissements de l'enseignement libre de la Province de Liège, interrogés à propos de l'allaitement maternel.

Les auteurs ont supposé qu'une raison de la lenteur des progrès autour de la promotion et du soutien à l'allaitement maternel serait liée à des représentations fausses et à un manque de connaissances des jeunes quant à l'allaitement au sein.

La recherche a été menée à partir d'une méthode descriptive par questionnaire. Les auteurs concluent en dégagant quelques axes pédagogiques d'éducation à la santé qui, intégrés aux programmes scolaires pourraient corriger les représentations actuelles de ceux qui, un jour, seront parents...

Introduction

En Belgique, près de 80% des mères choisissent d'allaiter, mais, trois mois, plus tard, seulement 30 % allaitent encore. Pourquoi ?

Les auteurs relèvent dans la littérature certains freins à la réussite de l'allaitement maternel :

- l'inertie d'un imaginaire qui se nourrit de représentations réductionnistes et erronées du fonctionnement des seins, du rôle des mamelons et de la relation mère-enfant, d'un imaginaire qui entraîne la culpabilité maternelle chaque fois que l'enfant pleure, qu'il ne prend pas assez de poids ou régurgite... Seules les femmes bien informées peuvent être suffisamment détendues pour écouter leur intuition et laisser s'épanouir dans la confiance la communication de corps à corps et de cœur avec leur enfant;
- le manque de repères vivants, c'est-à-dire la chance de pouvoir voir et rencontrer d'autres femmes qui allaitent avec bonheur;
- l'omniprésence subtile des laits industriels (affiches en milieux hospitaliers, notes de service, brochures dans les salles d'attente, gadgets, contenu de la «boîte rose» offerte en maternité...) qui pousse la maman inquiète à faire davantage confiance au savoir-faire pharmaceutique qu'à elle-même;
- le doute latent qui pèse sur les compétences des femmes à allaiter leur bébé : la suspicion tacite à l'égard du corps féminin subsiste dans la peur du mauvais lait (même si cette suspicion n'a plus officiellement cours, elle demeure dans les croyances) et de la mauvaise mère qui laisse son enfant mourir de faim;
- la difficulté d'admettre que l'allaitement est une fonction qui s'apprend et qui s'épanouit dans une relation qui se construit, se cherche et se tisse jour après jour. La patience n'est pas une vertu à la mode dans notre société.

Méthodologie

Les auteurs présentent dans cet article les résultats

d'une enquête par questionnaire.

L'objectif de la recherche était d'appréhender :

- l'expérience personnelle des jeunes face à l'allaitement maternel et leurs représentations face à ce mode d'alimentation;
- les connaissances et les méconnaissances des jeunes sur l'allaitement maternel.

Cent dix questionnaires ont été distribués dans trois établissements de l'enseignement libre de la Province de Liège:

- trois classes de rhétorique au Collège Saint-Barthélemy, Rue Hors-Château, Liège;
- une deuxième année de régendat maternel et primaire à l'Institut supérieur pédagogique Sainte-Croix/Saint-Barthélemy, rue Hors-Château, Liège;
- une classe de sixième année de l'enseignement technique, comptabilité et une classe de septième de l'enseignement professionnel, section mécanique du Collège Notre-Dame /Saint-Lambert à Herstal.

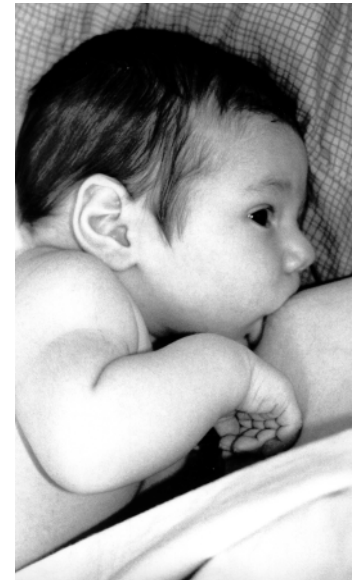
Le taux de réponses est de 98,1%. Les étudiants répondants sont 35% de garçons et 65% de filles, répartition résultant du hasard de la configuration des classes. Ils ont entre 17 et 22 ans.

Les représentations

De manière générale, la majorité des répondants perçoit l'allaitement maternel comme un apport nutritionnel sain, mais surtout comme une occasion d'échanges intenses entre la mère et l'enfant, moment de tendresse, d'épanouissement et acte naturel. Les jeunes semblent donc, dans un premier temps, enclins à faire de l'allaitement maternel un mode adéquat d'alimentation.

Toutefois, quelques fausses représentations apparaissent dans les réponses : les seins sont souvent associés à des biberons (certains pensent qu'ils grossissent pour se remplir de lait après l'accouchement; l'association à un pis de vache n'est

Mots-clés : allaitement, image sociale, jeune, enquête, communauté française, promotion de la santé, Belgique, éducation pour la santé.



(1) Article rédigé et remanié par l'équipe enseignante responsable de la formation des sages-femmes à partir du Travail de fin d'étude pour l'obtention du diplôme de sage-femme année académique 1999/2000 de Claire Nickels et Anne-France Olwi.

*Hemes-Institut Sainte-Julienne,
Rue Saint-Gilles, 199, B-4000 Liège
Tél. : ++32(0)4 223 30 77
E-mail : unite.stages@steju.hemes.be*

*Bulletin d'Education du Patient,
Vol. 20 - n°1 - 2001*

pas rare).

De plus, l'impossibilité d'allaiter paraît être, pour une majorité d'entre eux (69,4%), un fait fréquent, que cette impossibilité soit due à une maladie de la mère, à une insuffisance de lait, à une mauvaise qualité de celui-ci...

Mais, de manière générale, les auteurs concluent à une moindre quantité de représentations fausses qu'elles auraient pu croire repérer.

Par contre, si l'allaitement se voit jugé positivement dans le cadre familial, il choque ou gêne une majorité des jeunes interrogés (85,1%) lorsqu'il est pratiqué avec un public autre que «familial» ou dans un lieu public.

Les auteurs constatent en effet, une incohérence entre les réponses données par la majorité des jeunes interrogés : d'un côté, ils voient favorablement l'allaitement maternel, le décrivent comme un acte de tendresse, une alimentation naturelle et saine; mais, d'autre part, ils le jugent choquant s'il est pratiqué en public alors que nos modes de vie ne permettent pas toujours l'isolement lorsque l'enfant doit être allaité. Comment, dès lors, analyser ces deux réactions pour travailler l'image de l'allaitement maternel ?

L'information des jeunes

Les connaissances des témoins interrogés à propos de l'allaitement maternel sont soit très limitées, soit erronées en ce qui concerne la physiologie des seins, le fonctionnement de l'allaitement, la production du lait, la composition de celui-ci, son goût.

Un point positif pourtant est intéressant de noter : 90,7% des étudiants interrogés font part de la nocivité des médicaments pris par la mère sur le lait maternel. La médiatisation de «médicaments = danger» depuis de nombreuses années a eu un effet très positif sur la population...

Par contre, peu de jeunes savent, par exemple :

- quand un bébé doit être mis au sein,
- s'il y a ou non, modification de la poitrine avant, pendant ou après la période d'allaitement,
- si l'allaitement entraîne des conséquences sur la silhouette féminine, sur la fécondité,
- de quoi se compose le lait et comment la composition varie au cours de la tétée et en fonction de l'âge du nourrisson,
- comment le lait est fabriqué, quel goût il a,
- la quantité produite : 23,3% des jeunes comparent les seins à des biberons qui se vident au fur et à mesure des tétées du bébé; 16,6% pensent que les seins contiennent entre 100cc à 1 litre et plus, ce qui nous renvoie à la représentation «sein = récipient».
- Pendant combien de temps un allaitement peut être poursuivi.

De cette méconnaissance découle, on s'en doute, toute une série d'idées fausses.

Ainsi, bon nombre d'étudiants évoquent la possibilité :

- d'un lait qui se tarit ou qui est mauvais,
- de seins déformés par l'allaitement,

- d'une prise de poids liée à l'acte d'allaiter...

Les auteurs pensent que cette méconnaissance pourra constituer un frein dans le choix de l'allaitement maternel au moment où ces étudiants seront devenus parents. En effet, toute méconnaissance risque d'engendrer crainte, stress ou malaise face au choix entre le biberon ou le sein chez de jeunes parents déjà fragilisés par de nombreuses questions qu'engendre une naissance. Sans connaissance sérieuse concernant le mode d'allaitement, les éventuels avis divergents de l'entourage, du personnel médical et paramédical, ainsi que les problèmes liés à l'allaitement tels les crevasses, la congestion mal accompagnée, l'engorgement, pourraient amener la mère à se décourager rapidement, à vivre mal cette expérience (refusant dès lors de la recommencer pour un autre enfant), voire même à rejeter directement l'allaitement sans même l'avoir essayé.

Discussion et implications pour la pratique

L'enquête démontre un besoin important d'information : 71% des jeunes interrogés sont demandeurs d'une information, 95,3 % ont posé à leurs parents la question du mode d'alimentation personnelle lorsqu'ils étaient bébé et 51% en ont parlé en famille, avec leurs enseignants ou entre pairs.

Les auteurs estiment nécessaire de donner, dès la fin des études secondaires (voire même plus tôt, en primaire), une information globale aux jeunes.

L'OMS préconise d'ailleurs une éducation dès l'école primaire pour aller à l'encontre de l'image du lait industriel donné au biberon, image plus moderne et moyen permettant de déléguer à une tierce personne l'alimentation du bébé.

Quand bien même nous arriverions, par une éducation donnée aux enfants et aux jeunes, à les informer clairement sur l'allaitement de manière à ce qu'ils puissent choisir ou vivre celui-ci de manière épanouie, ne seraient-ils quand même pas confrontés à une société exigeante ?

La société n'insiste-t-elle pas sur une image de la femme svelte, active, indépendante contraignant souvent cette même femme à reprendre très tôt un horaire professionnel souvent incompatible avec les tétées ou générateur d'un stress s'opposant à l'allaitement. De plus, la publicité pour les laits de substitution demeure omniprésente dans notre société.

Réussir l'allaitement maternel à grande échelle semble nécessiter une réflexion en profondeur sur nos valeurs sociales, l'image de la femme, les relations parents-enfants et transgénérationnelles... réflexion supposant notamment un investissement politique à ce sujet. La promotion de l'allaitement maternel devrait donc s'inscrire dans un cadre plus large de démarche de promotion de la santé.

L'allaitement maternel restera-t-il encore longtemps «Un secret pour les jeunes» ? A suivre... ■

Références bibliographiques

BAYOTI. (1994), *Qu'en est-il de l'allaitement maternel en Belgique*, dans *Dossier de l'obstétrique*, avril 1994, pp. 38-49.

BRUYERE J. (1998/1999), *cours d'Éducation à la santé, texte non édité, 3ème sage-femme, Institut Sainte-Julienne, Liège, année académique 1998/1999.*

NICKELS C., OLWI A.F. (1999/2000), *Allaitement maternel : un secret pour les jeunes ?*, travail de fin d'études non publié, Hemes, Institut Sainte-Julienne, Liège, 97 p.

VENDITELLI F., ALAIN J., DUFETELLE B. et coll. (1994), *Motivations maternelles pour le choix du mode d'allaitement*, dans *J. gynécol. Obstet., Biol. Reprod.* 1994, Vol. 23, pp. 323-329.

Allaitement maternel : pourquoi et comment former les équipes soignantes ?

par Christilla Coussement (1)

Pourquoi une formation continue sur l'allaitement maternel ? D'abord, parce que l'accompagnement des allaitements pose partout problèmes (incohérence dans les discours adressés aux mères, nombreux échecs ou arrêts précoces d'allaitement, sentiment d'impuissance des soignants et manque de confiance des mères).

Ensuite parce que nous avons de nouvelles connaissances physiologiques, rarement enseignées dans les écoles, et qui nous permettent d'accompagner les allaitements, dans la pratique, en s'appuyant sur des bases scientifiques et non plus sur un imaginaire ou un vécu personnel.

La formation est donc une façon de se tenir à jour et de discuter, en équipe, de façon interactive, les difficultés rencontrées.

Mots-clés : Personnel de santé, formation permanente, allaitement, relation soignant-soigné, équipe de santé

La formation continue ou permanente des équipes soignantes

En matière d'allaitement maternel, nous proposons une formation continue ou permanente aux équipes soignantes.

Elle s'adresse par définition à des personnes déjà formées, qui ont déjà une expérience, des compétences et des acquis et chez qui il est aussi plus difficile de changer les schémas existants.

La formation continue est nécessaire parce que nous sommes à une époque où la recherche et les nouvelles connaissances évoluent très rapidement. Elle permet d'actualiser ses connaissances en un minimum de temps (puisque les nouveautés importantes sont sélectionnées et résumées).

De plus, être « au top » ou « up to date » est stimulant pour les soignants et permet une valorisation de l'institution hospitalière en lui donnant une image de compétence.

Une particularité de la formation continue est qu'elle ne donne pas une information hors de son contexte pour une personne isolée de son équipe. Elle est à introduire dans un service qui mobilise toute l'équipe autour d'un projet commun à réaliser et à continuer. Une particularité de la formation continue est qu'elle donne une information qui tient compte du contexte et du travail de l'équipe.

Il y a actuellement une insuffisance de formation continue pour les soignants dans le secteur de la périnatalité, que ce soit en matière d'allaitement ou en matière de relation.

Les connaissances évoluent dans le domaine de

l'allaitement. Les soignants qui ont quitté l'enseignement depuis quelques années ne les ont pas apprises puisqu'elles n'ont jamais été enseignées dans les écoles et dans les facultés.

Ce qui est enseigné actuellement dans les écoles est encore bien souvent dépassé, sauf quand les enseignants se sont eux-mêmes recyclés.

Un des gros problèmes en allaitement maternel c'est « que les professeurs, les soignants ne savent pas qu'ils ne savent pas » et qu'ils ne pensent pas à se recycler dans ce domaine.

La formation en allaitement maternel propose une mise à jour des connaissances physiologiques en allaitement maternel, compétences et rythmes du nouveau-né. Le formateur travaille avec l'équipe pour coordonner les vécus individuels.

La pédagogie est interactive : elle est centrée sur le dialogue avec l'équipe et sur les aspects pratiques, l'animation fait aussi intervenir le travail en équipe et les aspects relationnels de la rencontre entre une maman ou un couple et son ou leur bébé.

En terme de suivi, il est également nécessaire de proposer des journées post formation, dont le but est de clarifier certains points de connaissances si nécessaire, de voir comment ces connaissances se mettent en place dans le service avec les autres soignants et les patients, de fournir des outils, anciens ou nouveaux mais qui sont (re)travaillés ensemble et d'approfondir les aspects sensoriels, corporels et relationnels.

L'objectif de ces formations est de pouvoir accompagner le mieux possible les mères et les couples qui ont choisi d'allaiter leur bébé, leur épargnant ainsi la souffrance d'un échec dans le

(1) docteur en médecine, formatrice en allaitement maternel et rythmes du nouveau-né à l'Institut de formation Co-Naître, fondé par Marie Thirion, Membre du Réseau Allaitement Maternel (RAM), Membre d'Infor-Allaitement, Membre du Comité National Belge pour la promotion de l'allaitement maternel, Chargée du cours sur l'allaitement maternel pour les étudiants en médecine (projet UNICEF-Belgique).

premier projet mis en place avec leur bébé. Non seulement l'esprit de la formation est le respect du choix de l'allaitement maternel ou de nourrir le bébé au biberon, mais en plus, la formation, en abordant la physiologie et la relation mère-enfant au sens large, permet d'accompagner aussi les mères et les couples quel que soit le choix effectué.

Pourquoi proposer une formation continue en allaitement maternel ?

D'abord parce qu'il y a de nouvelles connaissances en matière d'allaitement maternel comme souligné plus haut. Ensuite et surtout, parce que nous constatons des problèmes ! Quels sont ces problèmes ?

La cohérence des discours

Nous observons des difficultés vécues par toutes les équipes dans l'accompagnement de l'allaitement maternel

Il y a souvent un manque de cohérence entre les discours des différents professionnels. Chacun dit un peu ce qu'il croit selon son expérience personnelle ou professionnelle, selon ses lectures, selon ses propres valeurs. Ce qui est dit aux mères actuellement ne repose donc pas sur un savoir médical, mais s'inspire soit d'une culture de service (ce que les autres ont fait avant) soit d'une culture individuelle (expérience personnelle, culture familiale).

On constate un sentiment d'impuissance des soignants face aux questions des mamans et aux problèmes concrets posés par l'allaitement maternel. (et parfois même un sentiment de soulagement lorsque la mère nourrit au biberon plutôt qu'au sein).

Certains soignants se désintéressent de l'allaitement ou sont franchement contre, ce qui est singulier lorsqu'on travaille avec des mères allaitantes.

De nombreux échecs

Cela semble contradictoire avec le fait que les mères ont en majorité envie d'allaiter (et vivent très mal un échec de l'allaitement), que la plupart des soignants soutiennent l'allaitement maternel et que le discours des médecins est en faveur du lait maternel.

La compétence des soignants

Les allaitements qui fonctionnent le mieux sont souvent ceux pour lesquels les mères n'ont pas écouté les soignants, n'en faisant qu'à leur tête, soit qu'elles viennent d'un pays où il est naturel d'allaiter, soit qu'il s'agit de leur deuxième ou troisième enfant. Cette réalité est difficile à vivre pour les soignants qui remettent en cause leur compétence et l'utilité de leur travail.

On a perdu le naturel de l'allaitement, on a perdu les modèles.

L'allaitement est entouré d'une tonne d'idées fausses « *Certaines femmes ne peuvent pas allaiter* », « *Certains laits ne sont pas assez riches* », ...

L'utilisation du biberon a donné d'autres habitudes, une autre façon de nourrir le bébé, et le mode d'emploi du biberon que l'on tente d'appliquer au sein ne fonctionne pas (par exemple des tétées à heures fixes).

Les mères ont maintenant le choix dans la manière d'allaiter et pour faire ce choix, elles attendent autre chose qu'un discours médical sur les bienfaits du lait maternel.

Quels objectifs pour une formation continue ?

Le but d'une formation est de travailler avec le soignant pour voir comment accompagner les mères et les couples qui ont choisi d'allaiter.

Accompagner l'allaitement maternel demande d'aborder 3 aspects :

- le savoir, la connaissance,
- le savoir-faire,
- le savoir être.

Cette notion des 3 savoirs est bien connue (et même parfois galvaudée) mais, bien utilisée, elle est le fil conducteur qui nous permettra de traiter le sujet avec efficacité.

Le savoir, la connaissance

Pour accompagner un allaitement maternel, la base c'est de la physiologie : Qu'y a-t-il dans le sein ? Comment le bébé arrive-t-il à faire produire du lait ? Qu'est-ce qui aide l'allaitement ? Qu'est-ce qui le perturbe ? A quel mode de fonctionnement répond l'allaitement ? Quelles sont les compétences du nouveau-né ? En quoi ses rythmes veille/sommeil influencent-ils la lactation ? Qu'est-ce que la faim et la satiété ? Qu'est-ce qu'une crevasse ? Pourquoi les seins changent-ils de volume le 3^e jour ? Comment savoir si l'allaitement produit assez de lait ? Comment savoir si le bébé est assez nourri ? etc...

Nombre de problèmes posés par l'allaitement proviennent du manque de connaissance du fonctionnement de l'allaitement : on compare le sein à un biberon et on lui impose alors des règles qui ne lui conviennent pas et qui le mettent en échec.

Par exemple, on sait actuellement que le sein n'est pas un réservoir, que penser alors des « *montées laiteuses* », du fait de « *vider le sein* » ?

La formation est un bon moyen pour acquérir cette connaissance de base.

Cela permet de gagner du temps puisque le formateur s'est spécialisé dans un domaine bien précis et en restitue ce qui est important, ce qui va pouvoir servir concrètement dans la pratique.

C'est au niveau du savoir que l'on pourra obtenir un maximum de cohérence dans ce qui est dit aux mères, puisque chacun raisonne sur la même base physiologique et s'appuie sur un savoir médical et non plus des concepts nés d'une culture de service ou d'une culture individuelle.

Le savoir-faire

Le savoir-faire va découler naturellement du savoir. Il sera logique et adapté à la physiologie.

La formation n'est pas seulement un temps où le formateur apporte de nouvelles connaissances. Tout l'aspect pratique qui en découle est travaillé avec l'équipe : en tenant compte de leurs observations, de leurs commentaires, des possibilités matérielles mises à leur disposition, en imaginant des solutions de rechanges quand l'idéal ne peut se faire et en tenant compte de la réalité pratique de leur quotidien de travail.

Ce temps doit se faire en commun. On ne peut pas faire l'épargne d'un travail et d'une discussion d'équipe avant de pratiquer un nouveau geste ou de mettre au point une démarche de soin.

C'est ici aussi que la formation continue sur le terrain diffère de l'école où les sujets sont seulement abordés en théorie et où les collègues ne sont pas présents pour organiser un travail d'équipe.

Ce nouveau savoir-faire est souvent bien utile et soulage les soignants là où ils se sentaient impuissants (ex. : gestion des tensions mammaires par le massage aréolaire. Que faire si un bébé refuse le sein ? Comment savoir que le bébé tète bien ? Que faire en cas de crevasses ? etc.).

Ce savoir-faire est abordé en formation de base. Quand l'équipe retrouve son quotidien de travail, il y a encore tout un travail à faire sur place pour intégrer ces nouvelles connaissances, les expérimenter et les confronter sur le terrain avec les autres soignants et les mères.

Là, se posent encore bien souvent des questions, la confrontation à la pratique de terrain n'est pas toujours facile et la mise en place de changements non plus.

Les problèmes les plus fréquents sont la chute de l'enthousiasme du départ, le retour aux anciennes méthodes, les difficultés de relations entre collègues, avec les autres soignants qui n'ont pas eu la formation ou qui résistent aux changements, ou avec les mères.

En cours de formation nous abordons ces difficultés et certains outils qui permettent d'y faire face, mais la formation peut aussi être suivie de journées post formation où sont traités ces sujets : ce qui fonctionne bien et moins bien suite à la formation initiale, la gestion des difficultés relationnelles avec l'équipe, les autres soignants et les mères.

Les journées de formation de base et surtout les journées post formation sont aussi l'occasion de

traiter les aspects plus corporels et sensoriels autour de l'allaitement et de la relation.

Le savoir être

Cet aspect est présent pendant la formation de base mais surtout en journées post formation.

Le savoir être, c'est la façon d'être du soignant, son attitude, son regard, sa façon de dire les choses.

Ce savoir être du soignant est un des aspects les plus importants dans l'accompagnement des mères et dans l'établissement de la première relation mère-enfant.

On ne peut pas faire l'économie de journées de bases plus théoriques, mais à quoi sert de donner une bonne information si l'attitude ne convient pas ou si le regard que l'on porte sur la mère est plein de jugement.

La formation permet de prendre conscience de nos attitudes vis à vis des autres et d'en travailler certains aspects.

Ce savoir être est abordé dans plusieurs aspects relationnels : relation à soi, relation aux collègues, aux autres soignants et aux patients.

Conclusion

La nécessité d'une formation continue, c'est donc tout cela : acquérir des connaissances nouvelles et pouvoir les appliquer en équipe.

L'amélioration de la qualité de l'accompagnement de l'allaitement maternel dans un service sera d'autant meilleure :

- que la formation se place dans un projet de service, concernant tous les soignants de l'équipe,
- et que ce projet est continué après la formation, par des visites post-formation, par de nouveaux groupes formés ou par des personnes qui s'investissent et soutiennent le projet de service.

Le temps de formation répond également à ce besoin qu'ont les soignants d'avoir des temps d'expression, de parole et de partage de leur vécu.

L'utilité d'une formation, c'est aussi d'apprendre à connaître ses collègues, en dehors du service et de l'uniforme, dans un esprit sympathique et convivial, et par là de renforcer l'esprit d'équipe.

C'est un temps d'arrêt dans le quotidien professionnel, un temps pour souffler, pour s'exprimer, pour reprendre de l'énergie pour le travail.

C'est la joie d'apprendre, une formation dynamise et redonne la motivation au travail.

C'est acquérir une cohérence entre les discours (soignants, parents informés et autres maillons de la chaîne de soutien de l'allaitement : préparation à la naissance, livres, groupe de soutien comme Infor-Allaitement).

La formation continue est un nouvel élan professionnel pour la personne, pour l'équipe et donc pour les services et l'institution. ■

Le droit d'être informé(e) ?

Oui,

mais pas n'importe comment !

par Ingrid Bayot (1) (2)

Mots-clés : allaitement, information, relation soignant-famille, écoute, éducation pour la santé.

Sous couvert du droit des patients à l'information, et mûs par leur enthousiasme pour l'allaitement maternel, certains professionnels de la santé n'hésitent pas à le promouvoir par tous les moyens. Sans remettre en question la valeur scientifique de leurs arguments, il est néanmoins indispensable d'en étudier la pertinence et les effets, en particulier à propos des avantages préventifs de l'allaitement (diminution des allergies, des infections, de la MSN, du cancer du sein...); pertinence en fonction des différents public cibles, pertinence en fonction des besoins des futurs et nouveaux parents. Attendre un enfant est un long processus psychique, incluant un centrage sur soi, un triage des différents héritages, une projection dans le futur avec son bébé. Bien plus que de convaincre à tout prix, le rôle des professionnels de la santé est de rejoindre les futurs parents et de les accompagner dans leur maturation. Ce sont les mères heureuses d'allaiter qui convaincront leur entourage.

«Les connaissances à propos de l'allaitement maternel doivent être accessibles, en particulier aux futures mères, qui seront ainsi à même d'opérer une décision éclairée...» A première vue cette phrase semble logique et, pour nous qui œuvrons à la promotion de l'allaitement, cette apparente simplicité du droit à l'information nous donne bonne conscience : tout est bon pour convaincre les futurs et nouveaux parents des nombreux bienfaits du lait maternel. Vraiment tout ?

J'ai sous les yeux une douzaine de feuillets et fascicules réalisés au Québec, en France ou en Belgique. Plus ou moins de photos et d'images, plus ou moins de textes, les uns très «enseignants», les autres, plus «affectifs», d'autres encore, très «moralisateurs», reflétant la variété et la subjectivité des équipes qui les ont produits, ... et ma propre subjectivité de lectrice. L'information n'est jamais neutre : elle est transmise par une personne (ou un groupe) qui a son histoire et sa sensibilité; elle est reçue et métabolisée par une autre, tantôt bien, tantôt mal. Un document ne peut plaire à tout le monde et c'est normal.

Cependant, il me paraît intéressant de nous interroger sur le contenu de nos écrits et de nos discours ainsi que sur la manière dont nous amenons les informations. Sont-elles pertinentes dans ce contexte-là ? Répondons-nous aux besoins des futurs parents ?

Pour être plus précise, c'est le ton très «convainquant» de certains documents qui me pose

question, en particulier lorsque les avantages préventifs de l'allaitement sont utilisés comme arguments pour convaincre et qu'ils occupent une place prépondérante. (Exemples d'avantages préventifs : les bébés allaités ont moins de diarrhées, moins d'otites, moins d'allergies, moins de risque de développer un diabète insulino-dépendant; le risque de mort subite serait trois fois moins élevé; une durée d'allaitement d'au moins trois mois réduit de 50 % le risque de cancer du sein en pré-ménopause... etc.) Suis-je en train de dire qu'il ne faut plus parler des bienfaits de l'allaitement ? Certes non. Les compagnies qui vendent le lait industriel consacrent d'énormes moyens à la promotion de leurs produits approximatifs, tant auprès du grand public qu'auprès des professionnels de la périnatalité. Si nous ne parlons pas de l'allaitement, qui le fera ? De plus, comme sa pratique a été perdue pendant quelques générations, il est l'objet de préjugés absurdes et de pratiques erronées. Donc, il faut diffuser une information juste. Mais attention, ... pas n'importe comment!

Professionnels de la santé ou bénévoles dans des groupes d'aide (ou les deux), nous consacrons du temps et de l'énergie pour écrire et transmettre l'information. Contrairement aux multinationales, nous n'avons pas les moyens de nous payer des experts en communication. Quelquefois, les effets conjugués de notre enthousiasme et de notre amateurisme produisent quelques maladroites. Ces réflexions ont pour objectif de les éviter et d'améliorer notre communication, donc, notre efficacité.

(1) sage-femme et formatrice
rue Hatley, 40, Magog (Québec)
J1X-3G1 Canada
Tél. : ++ 1 819 868 4383
Fax : ++ 1 819 868 4383
Email : ibayot@abacom.com

(2) NDLR : Cet article a été initialement publié dans la trousse d'action publiée par l'Association INFAC Québec, lors de la semaine mondiale de l'allaitement maternel 2000.

Comment améliorer notre communication ?

L'information sur la supériorité du lait maternel ainsi que sur la pratique et les avantages de l'allaitement concernent plusieurs publics et notre discours doit être adapté à son public cible, c'est la base des bases en communication.

Au niveau politique, notre discours doit être ferme, convaincant, militant. Les politiciens n'ont déjà que trop tendance à faire des concessions au profit économique immédiat. Pour rappeler aux décideurs leur devoir de protéger la santé de leurs électeurs, nous devons former des groupes de pression et obtenir des lois.

Avec les professionnels de la santé, dont beaucoup d'entre nous font partie, l'action comporte plusieurs aspects. Le premier qui vient à l'esprit est l'enseignement qui doit comprendre, cela va sans dire, les nombreux avantages de l'allaitement tant pour la mère que pour l'enfant, tant dans le domaine familial que dans celui de la santé publique. Mais cela ne suffit pas. Il faut y ajouter une formation à l'accompagnement des phénomènes physiologiques, relationnels, hautement émotionnels que sont la naissance d'un enfant, sa rencontre avec ses parents, son adaptation au monde et l'allaitement. La plupart des intervenants sont formés pour traiter des pathologies et sont par conséquent plus enclins à intervenir qu'à accompagner, c'est-à-dire, être présents sans obligatoirement faire quelque chose. C'est toute une démarche que les amener à penser l'allaitement en termes de compétences maternelles et infantiles... à respecter absolument. Et de réaliser que beaucoup d'interventions devenues par trop systématiques, créent beaucoup de perturbations.

Au niveau de la population, l'information commence au berceau. Quelques idées en vrac : promouvoir les livres d'enfants qui comportent des scènes d'allaitement, réintroduire des images d'allaitement dans les manuels scolaires, offrir des poupées qui donnent le sein à leur bébé, enseigner au cours de biologie du secondaire la supériorité du lait maternel, mettre des belles images d'allaitement dans les hôpitaux et les salles d'attentes, destinées aux usagers de tout âge, multiplier les associations qui favorisent les contacts entre les générations, informer les grands-parents... etc.

Et avec les futurs et nouveaux parents ?

Les futurs et nouveaux parents vivent l'expérience de transmettre la vie, avec tous les chamboulements physiques et émotionnels que cela suppose

Toute future maman se pose un jour la question du mode d'alimentation de son bébé. Et les futurs pères se sentent de plus en plus concernés. L'information vers les futurs mères et futurs pères doit tenir compte de l'ensemble de leurs préoccupations.

Sein ou biberon ? S'il ne s'agissait que de choisir entre deux façons de mettre de la nourriture dans la bouche d'un bébé, les choses seraient simples. Imaginez qu'il y aurait à se décider entre le biberon ou la cuiller. Il y aurait des experts en biberon et d'autres en cuiller. Chacun apporterait ses arguments : on comparerait, on compterait les points. Facile.

Ici, le débat se joue à un autre niveau : soit on nourrit son bébé à l'aide d'un ustensile connu, contenant un «produit pharmaceutique» donc, à priori rassurant puisque «médical», soit on nourrit son bébé... avec le lait de son propre corps. Nous, pour qui l'idée même de l'allaitement est devenue si familière, banale presque, réalisons-nous ce qu'implique cette deuxième proposition ? Avec le lait de son propre corps, cela suppose des contacts intenses. Un bébé va mettre sa bouche là. Là, c'est une aréole et un mamelon, zone sensible, érogène, intime, peut-être pas encore bien apprivoisée chez certaines jeunes femmes. Et là, un bébé va agiter sa langue, créer un stimulus puissant, déclencher une réaction dans le sein, et provoquer le jaillissement du lait, et déglutir goulûment, digérer, grandir grâce à ce lait-là... Quelle symbiose! Que de sensations, que d'émotions...

Et... que de questions aussi. Comment vivre une relation aussi étroite sans s'y engouffrer ? Être disponible tout en restant soi-même ? Quelles sensations et quelle impression produiront la succion de l'enfant à un endroit aussi sensible ? Douleur ? Jouissance ? L'une comme l'autre interpelle. Et comment gérer les relations si différentes qui se jouent autour des seins ?

Et puis, ce «lait-du-corps» sera-t-il suffisant ? Notre culture majoritaire occulte la puissance féminine et beaucoup de nos contemporaines ont parfaitement assimilé le modèle de la femme assistée : la grossesse



est une maladie à surveiller et l'accouchement, un acte médical à haut risque. Et puis, dans l'allaitement, comme par magie, le corps féminin retrouverait toutes ses capacités ? Et l'un de ses écoulements serait bénéfique et nourrissant ? Pour certaines femmes, c'est difficilement envisageable. Que disent-elles, d'ailleurs ? « *Je vais essayer d'allaiter, si j'y arrive, si j'ai du lait, si je peux...* ». Manque de motivation ? Non, reflet d'une société qui a perdu le contact avec le corporel, reflet d'une culture « *technologique* » qui fait plus confiance aux machines qu'au corps humain.

Les seins sont des symboles très investis de l'identité féminine, mais le langage utilisé le plus souvent pour décrire leur fonction nourricière tient plus de la plomberie que de la physiologie d'une glande sensible dont le bon fonctionnement dépend en grande partie du climat émotionnel. Dès qu'ils deviennent « *maternels* », les seins ne semblent plus être que des contenants qui se remplissent quand le lait monte, et se vident quand le bébé tire; on peut même les pomper avec un tire-lait. Les mamelons semblent réduits à de vulgaires tétines. On entend encore dire qu'il faut les « *désensibiliser* » (au mieux) ou les « *allonger et les endurcir* » (au pire). Faut-il dès lors s'étonner de l'éternelle question : l'allaitement abîme-t-il les seins ? Entendue au second degré, elle est peut-être très pertinente...

On s'en rend compte : le débat, et donc la décision, ne se situent pas au niveau cérébral, mais au niveau de l'investissement corporel et émotionnel. Par conséquent, privilégier une information orientée sur les avantages du lait maternel, c'est passer à côté des vraies préoccupations des futures mères.

Les « *avantages préventifs* » posent beaucoup de problèmes

Les pressions médico-légales, très importantes en Amérique du Nord et de plus en plus sensibles en Europe, mettent ou mettront les professionnels dans l'obligation d'informer les futurs parents des risques encourus en cas de non-allaitement; au Québec, le non-respect de cette consigne peut valoir un procès au médecin à la première otite du petit ! Il faut donc en parler...

Mais quand, comment et pourquoi, là est la question. Utiliser les conséquences négatives du non-allaitement comme argument pro-allaitement est une erreur. Examinons pourquoi.

D'abord, en matière de santé publique, les arguments négatifs adressés aux usagers sont strictement inefficaces.

Les campagnes anti-tabac qui brandissent le risque du cancer ont largement fait la preuve de leur nullité. Pourquoi ? Car le message est refoulé. Aucun fumeur ne peut s'imaginer cancéreux. Le voisin à la rigueur, mais lui, non ! De même, l'équation « *ne pas allaiter = risque accru de cancer* » (pour ne citer que celle-là) est absurde, non pas au niveau des statistiques, mais au niveau de la communication avec ce public-là.

Ensuite, sachant que « *madame tout le monde* » a de forte chance de vivre un accouchement médicalisé, de se faire rapidement confisquer son bébé pour des gestes non-urgents qui, s'ils concernent la sphère

péribuccale, hypothèqueront son réflexe de succion... Sachant que la séparation mère enfant est encore la norme dans de nombreux hôpitaux, que les horaires de tétée ne respectent pas les rythmes des bébés, que les biberons de suppléments sont donnés trop facilement... Bref, sachant que ce sont surtout les lacunes de l'accompagnement périnatal actuel qui expliquent les arrêts si fréquents de l'allaitement autour de trois semaines (et causent tant de déceptions)... n'y a-t-il pas une certaine indécence à faire peser sur les futures mères la « *responsabilité* » d'un risque accru de mort subite du bébé ou du cancer du sein ?

Et enfin, réalisons-nous les images que véhiculent nos mots ? Un bébé inerte... Un sein atteint... Mettez-vous à la place d'une femme enceinte qui lit ou entend ces mots : infections, mort subite, cancer... Se sent-elle rejointe, écoutée, comprise ? Non, car nous mettons sur elle une pression énorme. Nous avons beau enrober nos textes de quelques concessions démocratiques du genre « *en fin de compte, le choix vous revient* », notre message est paternaliste et moralisateur. En substance, il dit ceci : « *Madame, faites votre devoir; si vous n'allaitez pas, vous êtes non seulement inconsciente, mais carrément criminelle* ».

Ce faisant, nous rejoignons la cohorte des médecins, philosophes et religieux de ces derniers siècles plus soucieux d'imposer leur loi aux femmes que de les écouter et les aider à vivre pleinement leur potentiel féminin.

Plus une société nie la puissance féminine, plus elle réduit ses manifestations à des devoirs sans joie : la sexualité fut réduite au devoir conjugal; la maternité, au devoir de peupler la nation et d'allaiter ses enfants. Il faut en finir avec l'allaitement-par-devoir. L'allaitement est un corps à corps intime qui ne peut se concevoir sans le consentement et la pleine participation des personnes concernées.

Quand, dans un même pamphlet on trouve des mots comme « *contact privilégié avec votre tout petit* », « *liberté de choix* » et dix lignes plus loin : « *infections, allergies, diabète, mort subite, cancer* », on mélange l'affectif, la raison et la culpabilité. Ce genre de brouillage court-circuite le ressenti, la compréhension et la volonté de l'auditeur qui se sent acculé à infléchir sa décision dans notre sens. Ainsi, sans le vouloir, nous pratiquons la manipulation. Méfions-nous ! Ce procédé finit toujours par déclencher des réactions de rejet. Tôt ou tard, nous nous ferons traiter d'intégristes et nos efforts seront discrédités.

Pour parler d'allaitement aux futurs parents, il nous faut rejoindre plutôt que convaincre

Rejoindre, écouter donc, est la priorité. A plus tard l'information sur les risques du non-allaitement.

La première condition pour rejoindre l'autre, et cela peut paraître paradoxal, c'est d'abord de se connaître soi-même. La périnatalité est un domaine riche en émotions et porteur de valeurs parfois très différentes d'un individu à l'autre. Lorsque nous avons conscience de ce qui nous convient et nous rend heureux, lorsque nous avons pu dépasser les

expériences qui nous ont déçus, alors seulement, nous ne projetons plus nos désirs, nos déceptions ou nos fantasmes sur autrui. Nous le laissons libre de vivre et d'exprimer ses émotions et ses projets, fussent-ils aux antipodes des nôtres.

Comment rejoindre ? D'abord en écoutant. Depuis quelques décennies, de très bons outils de communications sont enseignés un peu partout. Oui, écouter, cela s'apprend. Le bon cœur ne suffit pas toujours. Il y a une manière d'écouter attentivement, d'acquiescer et de reformuler, qui aide l'autre à exprimer et comprendre ses émotions, à cerner son désir et ses limites, à préciser son projet, à étayer ses ressources.

D'autre part, rejoindre l'autre se fait mieux si l'écouter possède un cadre théorique minimum pour poser les bonnes questions et pour situer les réponses. Il est donc toujours utile de rappeler quelques notions élémentaires de la psychologie de la femme enceinte. À l'intense travail physique de la grossesse, se superposent tout un travail psychique, un remaniement intérieur : réaliser que l'on est enceinte, qu'un bébé se forme et va arriver, l'imaginer, se préparer à le mettre au monde, s'imaginer en mère, se repositionner dans les générations... «*Heureusement qu'une grossesse dure neuf mois*» confient bien des futures mères (et des futurs pères). Vu le taux de natalité en vigueur dans nos pays, beaucoup d'entre elles sont primipares. Elles font donc ce chemin pour la première fois.

Avant de se demander comment elles vont nourrir leur bébé, elles doivent d'abord élaborer l'image d'un bébé et se projeter dans l'avenir avec un nourrisson dans les bras. À la première rencontre prénatale, elles n'en sont pas encore là ! De plus, bien des femmes enceintes ont besoin de faire le point dans le fouillis de messages contradictoires que leur envoie la société, de démêler ce qui leur appartient de ce qu'elle ont absorbé. Que ce soit au cours d'une consultation ou d'une réunion de préparation, il est donc inutile de parler alimentation, et encore moins d'attendre une réponse précise, tant que ce travail de centrage sur soi, de projection dans l'avenir et de tri n'est pas encore réalisé.

Peut-être pourrions-nous remplacer la sempiternelle question «*Comment comptez-vous nourrir votre bébé ?*» si technique et superficielle, par celle-ci : «*Nourrir votre bébé..., cela évoque quoi pour vous ?*» qui invite l'interlocutrice à s'écouter elle-même. Comment s'imaginer-t-elle nourrir son bébé ? Quelles sont les émotions et les questions qui lui viennent ? Quel sens cela a-t-il pour elle de nourrir son bébé au sein ou au biberon ? Si elle reçoit une écoute accueillante, elle se sentira en confiance. Nous n'avons pas à juger les contenus émotionnels, mais si certaines des notions théoriques sont erronées (ex. : les petits seins ne donnent pas de lait; le lait en boîte est aussi bon que le lait maternel...), nous rectifierons sans chercher à convaincre.

Ce n'est qu'après cette écoute active permettant le travail de «*débroussaillage*» chez la future maman, que nous apporterons quelques notions sur la physiologie de la lactation. Il y a essentiellement cinq messages-clés à faire passer :

- Les rythmes des nouveau-nés sont encore irréguliers.

- C'est en éveil actif qu'il est le plus compétent pour se placer au sein et téter.
- C'est la succion du bébé qui déclenche et entretient l'activité des seins.
- La maman réagit d'autant mieux qu'elle se sent confortable, émotionnellement et physiquement.
- Elle peut percevoir quand le sein tété réagit : déglutition accélérée du bébé, chaleur et fourmillement dans le sein, soif...

Si un projet d'allaiter au sein prend forme, sens et conviction, nous pouvons alors parler des nombreux avantages de l'allaitement maternel (ou remettre un document) : ils apparaîtront alors comme des cadeaux supplémentaires. Les avantages préventifs feront partie de cette information et ne seront plus des arguments pour forcer l'adhésion. Au cas où la mère préfère nourrir son bébé au biberon et dans les pays où la jurisprudence l'exige, on réservera un temps pour parler des «*risques du non-allaitement*» avec le plus de tact possible. «*Je respecte entièrement votre décision, mais je suis dans l'obligation de vous informer...*». Si la relation a été respectueuse, ces données ne seront pas perçues comme une ultime tentative de récupération.

En résumé, rejoindre l'autre, c'est respecter son cheminement, l'écouter sans juger, lui apporter au bon moment une information juste et lui permettre de mettre en mots son projet de maternité, incluant le sein... ou le biberon.

Rejoindre l'autre sans chercher à convaincre est non seulement la méthode la plus respectueuse, c'est également la plus efficace à long terme car les femmes qui opteront pour l'allaitement seront celles qui s'y sentiront vraiment bien. Et plus il y aura de mères allaitantes heureuses, plus elles rallieront leurs contemporaines à l'allaitement. Ce sont elles qui convaincront les autres, pas nous.

Notons encore que le pourcentage de bébés allaités en maternité ne signifie pas grand-chose. La mode et les pressions exercées sur les futures mamans peuvent gonfler ce chiffre, mais après ? Le nombre de bébés allaités après un mois, ainsi que la différence entre le jour zéro et le jour trente sont des critères bien plus fiables. Une faible différence signifierait des allaitements mieux démarrés et mieux accompagnés.

Ce qui vient d'être décrit semble réalisable dans un entretien individuel, en couple ou en petit groupe. Mais avec une assemblée plus large ? Ou par le biais d'un feuillet d'information ? Dans ces deux derniers cas, les échanges avec l'auditoire sont réduits ou pratiquement inexistantes. On tâchera donc de reproduire l'ordre d'un suivi individuel : inviter à imaginer l'après-naissance, la nouvelle vie de parents, le nouveau-né, ses besoins, ses rythmes, ses compétences... Poser la question de l'alimentation, inviter par des images ou des questions, à réaliser l'implication émotionnelle et sensorielle de l'allaitement, donner quelques messages-clés de la physiologie, assurer les futures mères qu'elles peuvent trouver de l'aide rapide en cas de pépin et terminer par quelques avantages du lait maternel en formulant avec tact les avantages préventifs. ■

Références bibliographiques.

BRABANT I. (1993), *Une naissance heureuse*, Edition Saint Martin, Montréal, 394 p.
Réédition en juin 2001, dans une version revue et augmentée.

Du féminisme aux décrets de périnatalité (1999), in *Cahiers de maternologie, revue de la maternité psychique*, n°13, Juillet-décembre.

CRAMER B. (1996), *Secrets de femmes de mère à fille*, Ed. Calman Levy

KNIBIELHER Y., FOUQUET C. (1997), *Histoire des mères*, Edition Montalba, collection Pluriel, Paris, 359 p.

MORIN F.E. (1985), *Petit manuel de guérilla à l'usage des femmes enceintes*, Edition Seuil Paris, 215 p.

ODENT M. (1986), *La santé primale*, Edition Payot, Paris, 201 p. S

Sous la direction de KNIBIELHER Y. (1999), *Repenser la maternité*, Edition Corlet, Collection Panoramiques, Condé-sur-Noireau, 174 p.

Ouvrage collectif (1999), *Allaiter*, Edition Erès, collection Mille et un bébés, Ramonville Saint-Agne, 126 p.

ROSFELTER P. (1992), *Bébé blues, la naissance d'une mère*, Edition Calmann-Levy, Paris, 384 p.

Evolution dans l'accompagnement de l'allaitement maternel au sein d'une maternité

par Anne-Marie Corbier (1), Sœur Lucrèce (2), Marie Stevens (3)

Mots-clés : Allaitement, promotion de la santé, personnel de santé, éducation pour la santé, formation, qualité, maternité, hôpital, Belgique.

Soucieuse d'une prise en charge globale et axée sur la qualité, notre maternité (une des plus grosses de Belgique), a vu sa politique d'allaitement évoluer au cours du temps.

Le point de départ de la réflexion fut le constat d'un manque de cohérence dans les messages donnés aux mamans par les différentes disciplines. L'acquisition d'un langage commun s'est fait par l'intermédiaire de la formation en 1994 d'une grande majorité du personnel soignant concerné par l'allaitement maternel.

Après une longue période de restructuration institutionnelle et donc, de stagnation de plusieurs projets, la démarche est à nouveau lancée par la mise sur pied d'un groupe de pilotage de l'allaitement maternel, groupe pluridisciplinaire résolument orienté vers une politique d'accompagnement de l'allaitement maternel au sein de nos services de maternité.

Avec ses 3.300 accouchements par an, la Maternité de notre Centre Hospitalier compte parmi les plus importantes de Belgique.

Soucieuse d'une prise en charge globale et axée sur la qualité, notre politique en matière d'allaitement maternel a beaucoup évolué au cours du temps.

Le point de départ de notre réflexion fut le constat d'un manque de cohérence dans les messages donnés aux mamans par les différentes disciplines : les médias, les professions de la santé, ...

La rencontre avec Marie Thirion lors d'une journée de réflexion consacrée à l'allaitement maternel (organisée par l'O.N.E. dans le début des années nonante au C.H.U. de Liège) a été le moteur de notre démarche d'amélioration de la prise en charge de l'allaitement maternel.

Une étude réalisée en interne (travail de cadre) a permis de mettre l'accent sur la nécessité d'utiliser tous le même langage.

En 1993, deux accoucheuses et une infirmière pédiatrique ont suivi la formation organisée par Ingrid Bayot. Enthousiasmées par l'intérêt des notions acquises, ce petit groupe a interpellé la direction du département des soins infirmiers sur la nécessité de former un maximum de personnes.

En 1994, l'Institution investit dans la formation de plus ou moins 120 personnes, à raison de 3 journées de formation (par groupe de +/- 15 personnes).

En pratique, cela s'est traduit par la constitution d'un groupe relais «allaitement» composé de représentantes des différents services autour de la naissance (Maternité – Grossesses à Haut Risque – Centre Néonatal – Bloc Accouchement – Service O.N.E. – Diététiciennes – Kinés - ...).

Dans ce groupe relais étaient partagées les expériences quotidiennes. Les problèmes étaient exposés et discutés afin de trouver, ensemble, les solutions les plus adéquates. De plus, un thème différent était abordé par séance.

Des soirées d'informations prénatales orientées vers l'allaitement maternel ont également vu le jour en 1994.

Nous avons enfin le même langage ! Quoi que, la satisfaction fut de courte durée.

Le vécu quotidien et les valeurs véhiculées autour de l'allaitement ont rapidement repris le dessus. De plus, le turn over important au niveau des équipes de soins et l'impossibilité matérielle de coacher de façon optimale le groupe relais ont eu raison de notre enthousiasme.

Malgré tout, certaines démarches ont continué et ont abouti à des résultats plus qu'encourageants.

Le Centre Néonatal a beaucoup investi au niveau relationnel en intégrant les parents à tous les niveaux du processus de soins.

L'introduction de la tasse pour les compléments de lait (tasse introduite au départ par les infirmières et au vu des résultats obtenus, soutien actif de la méthode par l'équipe médicale), les stimulations oro-

(1) infirmière accoucheuse, bloc accouchements, Centre Hospitalier St-Vincent/Ste-Elisabeth, rue François Lefébvre, 207, B-4000 Rocourt
Tél. : ++32 (0)4 239 45 50
Fax : ++32 (0)4 239 45 59

(2) infirmière accoucheuse, Adjointe à la direction du département des soins infirmiers, référente des unités mères-enfants, Centre Hospitalier St-Vincent/Ste-Elisabeth, rue François Lefébvre, 207, B-4000 Rocourt
Tél. : ++32 (0)4 239 43 09
Fax : ++32 (0)4 239 41 12
Email :
lucrace.vanparijs@lescliniquesstjoseph.be

(3) infirmière accoucheuse et infirmière clinicienne, Adjointe à la direction du département des soins infirmiers, Centre Hospitalier St-Vincent/Ste-Elisabeth, rue François Lefébvre, 207, B-4000 Rocourt
Tél. : ++32 (0)4 239 43 08
Fax : ++32 (0)4 239 41 12
Email :
marie.stevens@lescliniquesstjoseph.be

faciales (programme de stimulation destiné à améliorer et/ou développer les mouvements intervenant dans les mécanismes de l'alimentation) développées par l'équipe de logopèdes, le développement de la méthode Kangourou sont autant d'éléments qui ont permis d'installer un climat propice à la remise en question de notre rôle capital autour de la naissance et de l'allaitement maternel.

Au niveau de la Maternité, les séances d'informations prénatales ont rapidement pris de l'essor. Une enquête réalisée auprès des futurs parents (en 1999) nous incite à réorganiser ces séances et à les élargir à d'autres thèmes que celui de l'allaitement maternel. Ce sujet reste cependant au centre de nos préoccupations. En effet, la Maternité reste pour beaucoup de futurs parents le lieu privilégié pour des informations et des échanges avec des professionnels de la naissance.

Après une période de restructuration institutionnelle entre 1998 et 2001 (ayant entraîné beaucoup de perturbations de ces projets) et pour répondre aux nombreuses demandes concernant l'accompagnement de l'allaitement maternel, un groupe de professionnels s'est à nouveau constitué. C'est ainsi que le groupe de pilotage a vu le jour (en décembre 2000).

Son objectif prioritaire est de revoir la politique d'allaitement de l'Institution en symbiose avec «Les dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel» publiées par l'O.M.S. et de la faire appliquer par tout un chacun.

Afin de sensibiliser et de mobiliser tous les professionnels de la santé, un engagement responsable dans la participation au groupe est sollicité.

Un appel aux personnes ressources a été lancé. Prochainement, sera organisée une journée de formation interne consacrée à l'accompagnement de l'allaitement maternel.

Cette journée s'inscrit dans la campagne soutenue par la Communauté Française, ayant pour thème «*le bien-être de la femme et de l'enfant*».

Nous profiterons de la semaine internationale consacrée à l'allaitement maternel du 1^{er} au 7 octobre 2001 (appuyée par l'UNICEF) pour organiser au sein du Centre Hospitalier Saint Vincent – Sainte Élisabeth des conférences scientifiques sur l'importance de l'allaitement maternel, l'alimentation de la femme et de l'enfant, ...

A cette occasion, nous ouvrirons nos portes aux futurs parents et aux familles, et nous leur proposerons un programme d'éducation à la santé dans lequel l'allaitement maternel occupera une place prépondérante. ■

Le Réseau Allaitement Maternel, a.s.b.l.

Le Réseau Allaitement Maternel, a.s.b.l. réunit, depuis 1992, des professionnels de santé et des membres d'associations soucieux de promouvoir, en Communauté française de Belgique, des initiatives en faveur de l'allaitement maternel.

Promouvoir l'allaitement maternel, c'est...

- le considérer comme une façon optimale de prendre soin de la santé des bébés et de leurs mères;
- permettre aux parents de faire le choix de l'alimentation de leur enfant en toute connaissance de cause, et les soutenir dans leurs décisions ;
- encourager les personnels de santé à reconnaître et respecter les besoins, rythmes et compétences de l'enfant et de sa mère, dans leur contexte familial et social ;
- contribuer à l'amélioration de toutes les conditions qui favorisent la pratique de l'allaitement.

Concrètement, que fait le Réseau Allaitement Maternel ?

Il soutient ou entreprend des activités d'information, de formation ou de recherche.

Il encourage l'adoption et l'application de lois et de réglementations favorables à l'allaitement.

Et il contribue à créer un environnement sanitaire, culturel, socio-économique et médiatique stimulant les mères à poursuivre leur projet d'allaitement aussi longtemps qu'elles le désirent ou l'estiment nécessaire.

Un Courrier périodique informe ses membres sur les initiatives prises pour encourager l'allaitement, au niveau national et international ; sur les nouveautés en matière de recherches et publications ; sur les actualités et manifestations diverses ainsi que les programmes de formation et d'information.

Vous souhaitez soutenir ou mener des actions

Si vous souhaitez soutenir ou mener des actions, ponctuelles ou à plus long terme, favorables à l'allaitement, vous pouvez vous joindre au Réseau Allaitement Maternel.

Pour devenir membre adhérent, participer aux réunions de travail et recevoir le Courrier du R.A.M. prenez contact avec le siège social.

Réseau Allaitement Maternel
Avenue Bois Williame, 32
B-5101 Erpent-Namur
Tél. : ++32 (0)81 31 04 39 Fax : ++32 (0)81 31 01 76

Campagne en faveur de l'allaitement maternel dans le Finistère 1993-2000

par Irène Le Gouill (1)

Mots-clés : allaitement, France, campagne, personnel de santé, public, outil d'information, formation.

Une campagne en faveur de l'Allaitement maternel s'est déroulée dans le Département du Finistère depuis 1993.

Conçue et pilotée par le Service de PMI du Conseil Général, elle a mobilisé les professionnels de santé des maternités publiques et privées, des services de pédiatrie et, dans une moindre mesure, les professionnels de santé libéraux. Leur ont été proposés des guides pratiques de l'allaitement, des formations, des colloques,...

Dans un second temps, la campagne s'est adressée aux mamans qui allaitent et au grand public par tous les moyens de communication dont disposait le Conseil Général : affiches, articles de presse, réunions-débat, permanences des personnels de PMI pour accompagner les allaitements.

Les évaluations ont montré rapidement une augmentation des allaitements en maternité, passant de 28 % en 1992 à 45 % en 2000. L'évaluation de la durée de l'allaitement est cependant plus lente et est l'un des reflets du chemin qui reste à parcourir.

Pourquoi une campagne ?

L'allaitement maternel était depuis de nombreuses années une préoccupation pour les personnels du service de Protection Maternelle et Infantile (P.M.I.) du Conseil Général.

Persuadé de son intérêt pour la nutrition du bébé et la relation mère-enfant, ils se désolent de voir le taux d'allaitement maternel rester nettement en dessous de la moyenne nationale (28% au niveau des certificats de santé du 8ème jour, moyenne nationale 40%).

Ils se désolent surtout de voir des mamans motivées se heurter à des difficultés pour allaiter en maternité et être parfois contraintes d'arrêter l'allaitement précocement du fait des conseils peu judicieux de leur entourage ou de leur médecin.

Une campagne d'information menée quelques années plus tôt par le service de pédiatrie du C.H.U. Morvan à Brest avait fait augmenter le taux d'allaitement, mais cette première impulsion n'avait pas eu de suite.

Un facteur déclenchant

En octobre 1992, des personnels du service de P.M.I. participent à une formation sur l'allaitement maternel

organisée par le service de néonatalogie du Centre Hospitalier Laënnec à Quimper et animée par Madame le docteur Thirion, pédiatre et spécialiste bien connue de l'allaitement maternel.

En situant leurs connaissances, sages-femmes et puéricultrices du service ont mieux compris les lacunes existantes dans leurs formations et dans celle des autres personnels médicaux et périmédicaux. Elles ont aussi pris conscience que si les connaissances qu'elles avaient acquises étaient diffusées, elles feraient évoluer durablement les pratiques.

L'idée d'une campagne en faveur de l'allaitement maternel faisait son chemin appuyé par Madame le docteur Derrien responsable à l'époque du Service Départemental de P.M.I.

Un accord de l'Assemblée Départementale a été acquis le 15 février 1993 avec le vote d'un budget spécifique.

Cette décision a permis d'engager une campagne d'envergure bénéficiant des moyens financiers et logistiques du Conseil Général (personnels, chargé de mission en communication, imprimerie). Il était également possible de faire appel à toutes les parties

(1) Docteur, Responsable du Service Protection Maternelle et Infantile Conseil Général du Finistère (P.M.I.) Service de Protection Maternelle et Infantile, rue du Stang Ar c'hoat, 12, F-29196 QUIMPER Cedex

Tél. : ++33(0)2 98 76 22 02
Fax : ++33(0)2 98 76 22 69
E-mail : irène.legouill@cg29.fr

(2) C.O.D.E.S. : Comité d'Education pour la Santé

(3) I.F.S.I. : Institut de Formation en Soins Infirmiers

concernées par l'allaitement : maternités, service de pédiatrie, médecins, associations, CODES (2).

Un comité de pilotage

Un Comité de pilotage composé principalement de personnels du service de P.M.I. avec quelques membres du CODES et une infirmière bénévole s'est rapidement mis en place avec pour mission de rendre cette campagne opérationnelle.

Sa démarche a été la suivante :

- Mobiliser les partenaires potentiels, en particulier les maternités publiques ou privées et les services de pédiatrie.
- Elaborer et faire réaliser des outils de communications (livrets, plaquettes, affiches).
- Penser et mettre en place des moyens d'évaluations.

A l'issue d'un premier état des lieux, deux grands axes d'action se sont imposés :

- Agir auprès des professionnels de santé.
- Toucher dans un deuxième temps le grand public et plus particulièrement les futurs parents et les mères qui allaitent.

La campagne proprement dite

Action auprès des professionnels de santé

Cette étape apparaissait prioritaire afin que les futures mères et les mamans qui allaitent bénéficient d'une information homogène et d'un soutien adapté. La campagne devait donc créer une motivation et une dynamique parmi les professionnels concernés et leur faire acquérir surtout un langage commun. La démarche inclut la réalisation d'une enquête, la mise en place d'outils de formation ainsi que le développement d'actions particulières.

L'enquête

- Lancer un questionnaire auprès des maternités, des services de pédiatrie, des pédiatres et des gynécologues libéraux afin de connaître leurs souhaits et de les sensibiliser à l'idée d'une campagne (et réunion d'information).
- Inviter les professionnels à une réunion pour leur restituer les résultats de cette enquête et entendre leurs commentaires et leurs attentes.
- Compte-rendu de l'écho favorable reçu.

La mise en place d'outils

- Elaboration d'un livret de poche sur l'allaitement destiné à être largement distribué aux professionnels qu'ils soient libéraux, hospitaliers ou en P.M.I. ou encore futurs professionnels, étudiants, s'orientant vers une profession de santé.

Les formations

- Organisation de formations assurées par des spécialistes de l'allaitement maternel, de

l'association Solidarilait puis co-naître (Madame le docteur Thirion et Madame Ingrid Bayot sage-femme formatrice). Six stages de quatre jours ont eu lieu formant environ cent vingt professionnels.

- Propositions de journées dites de «sensibilisation» gratuites et ouvertes à tous sur le thème de l'allaitement et animées par le même formateur que les stages.

Les actions particulières

- Organisation avec le CHU de Brest d'un Colloque sur ce thème le 1er décembre 1994. Deux cent quatre-vingts personnes y ont participé dont de nombreux professionnels des Côtes d'Armor et du Morbihan.

Affiche quadri du programme 1993 - 2000 éditée par le PMI du Conseil Général du Finistère (format A2).

**ALLAITEMENT MATERNEL,
RIEN DE PLUS NATUREL.**

FINISTERE
Penn-ar-Bed

Pour la santé de nos enfants.

Tableau 1 : Evolution du taux d'allaitement au 8^{ème} jour de vie de 1992 à 2000 dans le Finistère

1992	27,8 %
1993	31,53 %
1994	35,20 %
1995	37,36 %
1998	37 %
1999	38 %
2000	45 %

- Mise en place de cours de formation sur l'allaitement maternel pour les étudiants en médecine et les élèves de I.F.S.I. (3)

Actions auprès du Grand Public

Elles ont débuté en février 1994 soit un an après le début de la campagne. Leur conception a largement bénéficié du travail des concepteurs du service «*communication du Conseil général*» et leur lancement a été soutenu par le Président de la Commission de l'Action Sociale de l'époque. Elles peuvent être résumées comme suit :

- Réalisation d'une campagne d'affichages dans les Atribus du Département en mars et avril 1994.

Parallèlement cette même affiche était diffusée à tous les médecins généralistes, pharmaciens, pédiatres, gynécologues et dans les centres médico-sociaux du Département.

- Diffusion d'une plaquette de sensibilisation à l'allaitement maternel «*Rien de plus naturel*». Petit document regroupant quelques messages essentiels largement distribué pour les salles d'attentes de ces mêmes professions de la santé et dans les carnets de santé de la maternité.
- Réalisation d'une plaquette pour les mères qui souhaitent allaiter ou qui allaitent (1995). Ce livret qui donne les bases indispensables pour mener à bien un allaitement est disponible dans les cours de préparation à la naissance, dans les maternités, dans les centre de P.M.I.
- Mise en place de permanences d'informations pour les futures mères et de soutien pour les mères qui allaitent à Brest et Quimper en parallèle de soirées «*Tout public*».

Brochure de la campagne éditée par le conseil général du Finistère



Evaluation

Les résultats de cette campagne ont été suivis à travers :

1. Le taux d'allaitement enregistré chaque année à partir des certificats de santé du 8^{ème} jour : (Cfr tableau 1, ci-contre).

Ces taux correspondent plutôt à des «*Intentions d'allaiter*» et ne donnent pas un reflet de la situation de l'allaitement dans le Département.

2. Des enquêtes réalisées auprès des mamans qui allaitent (fin 1994 et 1995/98) et auprès des professionnels.

Résultats :

- Seulement 50 % des mamans qui ont débuté un allaitement, allaitent encore à deux mois.
- Beaucoup d'allaitements sont arrêtés vers 15 jours, 3 semaines ou vers 1 mois 1/2. Le premier pic correspondant aux allaitements mal démarrés ou mal soutenus, le deuxième pic à la reprise du travail.
- Les professionnels de santé, sont peu déterminants dans les décisions des femmes pour allaiter. Par contre ils sont très sollicités pour les soutenir.
- Les professionnels de PMI ont modifié leur façon de soutenir les allaitements et sont davantage sollicités par les mamans à ce sujet.

3. L'évaluation de 1998 confirme ces résultats et amène à regarder objectivement la situation.

- Les taux d'allaitement n'augmentent que peu et restent en dessous de la moyenne nationale, autour de 39 % en 1999.
- Les pratiques sont très diverses dans les maternités, certains prenant peu en compte les conditions d'un bon démarrage.
- Les médecins généralistes ont été peu touchés et restent peu sensibles à ce sujet.
- La campagne est restée trop exclusivement Conseil Général.

Tenant compte de ces constats la campagne du Conseil Général est réorientée :

- Aux formations individuelles se sont ajoutées des formations en intra proposées gratuitement aux équipes de maternité.
- Le Comité de Pilotage a été élargi à des institutions qui pourraient favoriser la diffusion de l'information.

A ce jour la tâche reste importante pour maintenir une mobilisation suffisante du grand public et des professionnels. La situation évolue peu à peu et des indices sont encourageants 45% d'allaitement au Certificat de Santé du 8^{ème} jour pour le premier semestre 2000. On constate aussi davantage d'allaitements dans la durée.

Cependant il faudra du temps pour que se diffuse à nouveau toute une culture autour de l'allaitement maternel. ■

L'allaitement maternel en France en 1995

par Monique Kaminski (1), Monique Crost (2) (3)

Une enquête nationale périnatale a été réalisée en 1995 en France. Les femmes ont été interrogées pendant leur séjour en maternité. Les données recueillies concernent 12.179 enfants. Les résultats montrent que l'allaitement au sein est peu répandu en France et n'a pas progressé depuis 1981. Ils mettent en évidence l'influence de la situation sociale et culturelle des femmes et de leur comptotement plus général en matière de prévention, sur le choix d'allaiter. Ce choix est aussi déterminé par des facteurs liés aux pratiques médicales et à l'organisation des maternités.

Mots-clés : Allaitement, enquête, France.

Combien de femmes allaitent leur enfant au sein et qui sont-elles ? L'enquête nationale périnatale réalisée en 1995 [1] a permis d'avoir une photographie assez précise de la situation de l'allaitement maternel en France (encadré).

L'allaitement au sein est peu répandu en France. Actuellement, à la sortie de la maternité, 52 % des enfants sont allaités au sein [2]. L'allaitement maternel n'a pas progressé depuis 1981 (54 %), alors qu'il avait régulièrement augmenté entre 1972 (37 %) et 1981. La France se caractérise par un taux nettement plus bas que celui observé dans les autres pays européens : 65 % en Grande-Bretagne, 75 % en Italie et des taux encore plus élevés dans les pays scandinaves. Parmi les femmes qui accouchent en France, les étrangères, quelle que soit leur nationalité sont plus nombreuses à allaiter leur enfant au sein que les Françaises : 49 % des Françaises allaitent leur enfant, 69 % des autres Européennes, 79 % des femmes originaires d'Afrique du Nord et 88 % des femmes originaires des autres pays africains.

Les disparités régionales sont importantes : 71 % d'allaitement au sein à Paris et Petite-Couronne, 62 % en Rhône-Alpes, moins de 40 % en Picardie, Nord-Pas-de-Calais ou Haute-Normandie. En dehors de l'Île-de-France, les régions à fort allaitement se situent à l'Est du pays et les régions à faible allaitement dans le Nord.

Le profil sociodémographique des mères

Globalement, l'allaitement au sein est plus fréquent dans les groupes sociaux plus favorisés et il est souvent associé à d'autres comportements « préventifs ». Il augmente avec l'âge des mères, de 37 % chez les moins de 20 ans à 58 % chez les femmes de 35 ans et plus. Il augmente également avec le niveau d'études : 40 % au niveau collège, 66 % pour un niveau supérieur au baccalauréat. La tendance est la même selon la catégorie socioprofessionnelle de la mère et du père. Chez les Françaises, les femmes sans activité professionnelle (au foyer) ou au chômage sont les moins nombreuses à allaiter au sein. Ne pas fumer, participer à la préparation à l'accouchement et allaiter

au sein sont des comportements très liés (cfr tableaux 1 et 2, ci-dessous).

Consommation de tabac pendant la grossesse	Allaitement au sein
Non-fumeuse habituelle	57 %
Fumeuse ayant arrêté 1-9 cigarettes/jour	51 %
> ou = 10 cigarettes/jour	43 %
	32 %

Tableau 1 : Pourcentage d'allaitement au sein à la maternité selon la consommation de tabac

Participation à la préparation à l'accouchement	Allaitement au sein
Non	46 %
Oui	61 %

Tableau 2 : Pourcentage d'allaitement au sein à la maternité selon la participation à la préparation à l'accouchement

Les modalités d'accouchement et les caractéristiques de la maternité

L'âge gestationnel, le poids de naissance, le sexe de l'enfant, la grossesse unique ou multiple ou le transfert dans un autre service du même établissement que la maternité, influent peu sur l'allaitement au sein. En revanche, les femmes ayant eu un déclenchement du travail, les femmes étrangères et celles ayant eu une césarienne, allaitent moins souvent que les autres. Enfin, les pratiques de la maternité interviennent également, avec une tendance plus grande à l'allaitement au sein dans le secteur public que dans le secteur privé, et dans les grandes maternités plutôt que les petites.

Ces résultats montrent comment intervient le choix des mères, largement influencé par leur situation sociale et culturelle et par leur comportement plus général en matière de prévention. Mais ce choix est aussi déterminé par des facteurs liés aux pratiques médicales et à l'organisation des maternités. ■

L'enquête nationale périnatale porte sur toutes les femmes ayant accouché pendant une semaine (du 30 janvier au 5 février 1995) dans tous les départements de France métropolitaine. Les femmes ont été interrogées pendant leur séjour en maternité. Les données sur l'allaitement concernent tous les enfants vivants, non transférés dans un autre établissement, soit 12.179 enfants.

Bibliographie

[1] BLONDEL B., BRÉART G., DU MAZUBRUN C. et coll. (1997), La situation périnatale en France : évolution de 1981 à 1995, in *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, Vol. 26, pp. 770-780.

[2] CROST M., KAMINSKI M. (1998), L'allaitement maternel à la maternité en France en 1995. Enquête nationale périnatale, in *Arch Ped*, Vol. 5.

(1) Épidémiologiste, directrice de recherche à l'Inserm, Unité de recherches épidémiologiques sur la santé des femmes et des enfants (U. 149) Villejuif Avenue Paul Vailland Couturier, 16 94807 Villejuif Cedex

(2) Statisticienne, ingénieure à l'Inserm, (actuellement au Centre de recherche médecine, sciences, santé et société, U. 502)

(3) NDLR : Cet article est paru initialement dans la revue *La Santé de l'Homme*, n° 339, janvier 1999.

Pour protéger, encourager et soutenir l'allaitement maternel une initiative internationale et un label de qualité «Hôpital Ami des Bébés»

par Françoise Moyersoen (1)

*Mots-clés : allaitement,
hôpital, maternité, critère,
qualité, international.*

Depuis son lancement en 1992 par l'UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance) et l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), l'Initiative Hôpital Ami des Bébés, pour la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel, s'est développée comme un phénomène international unique en son genre. Très rapidement, elle fut soutenue de façon créative et avec une grande détermination par des organisations internationales, des travailleurs de la santé, des associations d'information et d'aide aux mères qui allaitent, et des décideurs politiques, et ce tant dans les pays en développement que dans les pays les plus développés. Dans la plupart des pays engagés, un Comité National pour la promotion de l'allaitement a été officiellement mis en place pour coordonner cette initiative. Suite à quoi des politiques de santé publique et de protection de l'allaitement maternel ont pu être actualisées en partenariat à tous niveaux, gouvernemental, communautaire, institutionnel et individuel. Où en est-on en Belgique près de dix ans plus tard ?

(1) Présidente du Réseau Allaitement Maternel asbl, avenue du Bois William, 32, B-5101 Erpent-Namur
Tél. : ++ 32 (0)81 31 04 39
Fax : ++ 32 (0)81 31 01 76
E-mail : f.moyersoen@wanadoo.be

(2) «Formulaire d'auto-évaluation» (recommandations mondiales de l'OMS-UNICEF en matière d'aide à l'Allaitement Maternel) que l'on peut se procurer au Comité Belge pour l'Unicef, avenue des Arts, 20 bte 18, B-1040 Bruxelles ou auprès du Réseau Allaitement Maternel
Fax : 081/31 01 76
Tél. : 081/31 04 39

(3) En attendant sa mise en place officielle qui se prépare en Belgique, les demandes peuvent être adressées au Comité Belge pour l'UNICEF ou au Réseau Allaitement Maternel.

(4) Rappelez-vous cette campagne, sûrement bien intentionnée, qui faisait, à l'époque, appel à nos généreux dons pour «Un biberon pour la Pologne», notamment via les pharmacies.

Depuis son lancement en 1992 par l'UNICEF (Fonds des Nations Unies pour l'Enfance) et l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), l'Initiative Hôpital Ami des Bébés, pour la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel, s'est développée comme un phénomène international unique en son genre. Très rapidement, elle fut soutenue de façon créative et avec une grande détermination par des organisations internationales, des travailleurs de la santé, des associations d'information et d'aide aux mères qui allaitent, et des décideurs politiques, et ce tant dans les pays en développement que dans les pays les plus développés.

Cette Initiative a eu le mérite et le pouvoir d'être un important catalyseur, au cours de la dernière décennie. Elle s'est focalisée sur un accroissement des compétences des professionnels de la santé des services hospitaliers de maternité, avec l'idée que ces services pouvaient devenir des centres de référence pour un bon démarrage et un soutien de l'allaitement.

Dans la plupart des pays engagés, un Comité National pour la promotion de l'allaitement a été officiellement mis en place pour coordonner cette initiative. Suite à quoi des politiques de santé publique et de protection de l'allaitement maternel ont pu être actualisées en partenariat à tous niveaux,

gouvernemental, communautaire, institutionnel et individuel.

Dix ans après son lancement, où en est l'Initiative Hôpital Ami des Bébés ?

Fin 2000 [1, 2], 14.993 services de maternité avaient obtenu le label de qualité délivré dans le cadre de cette initiative, et ce dans 132 pays (cfr. Figure 1, page suivante). A cette date également, dans sept pays, 100 % des maternités avaient obtenu le label (en Suède par exemple, mais aussi en Erythrée, Namibie, Iraq, Oman, etc.).

En Europe, on totalise 320 services labellisés, dont 170 en Europe de l'Ouest. Aucun en Belgique. Un premier tout récemment en France, à Lons-le-Saunier, qui a vu les taux d'allaitement augmenter de 49 % en 1991 à 64 % en juin 2000 suite aux efforts réalisés.

Ce label est attribué aux établissements de santé qui réussissent à créer un environnement favorable à la pratique de l'allaitement maternel et dont le personnel a acquis les compétences nécessaires pour conseiller adéquatement les mères. Un protocole d'évaluation rigoureux précède l'attribution officielle du label.

Quel est le minimum de critères à respecter pour obtenir le label «Hôpital Ami des Bébés» ?

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

Les services de maternité qui répondent à ces dix critères peuvent se voir décerner le label :

- si leurs compétences à soutenir l'allaitement sont telles que le taux de mères qui allaitent leur bébé exclusivement au sein a progressivement atteint 75 %,
- et s'ils ont renoncé à leur approvisionnement gratuit ou à prix réduit de substituts du lait maternel pour les bébés nourris artificiellement, ainsi qu'à toute promotion de ces produits, comme le préconise le Code International de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel ratifié en 1981 par les Nations Unies et traduit dans la législation belge par arrêté royal en 1993.

Pratiquement, comment un service de maternité peut-il obtenir ce label ?

Première phase : une auto-évaluation

Le service juge lui-même si ses pratiques en matière d'aide à l'allaitement maternel correspondent aux recommandations mondiales de l'OMS-UNICEF à l'aide du «*Formulaire d'auto-évaluation*» (2). Ceci peut permettre au service d'identifier des progrès à réaliser ou une formation complémentaire à prévoir pour le personnel.

Deuxième phase : évaluation par des experts désignés

Lorsque le service s'estime prêt, il demande au Comité Fédéral de l'Allaitement Maternel (3) une évaluation par des experts formés à cette fonction et reconnus compétents par le bureau européen de l'UNICEF. L'évaluation se déroule dans l'hôpital même, selon le protocole international, sur une durée de deux-trois jours durant lesquels personnels et mères sont interviewés.

S'il obtient le label, il pourra en faire état auprès de ses usagers notamment en apposant une plaque murale avec le logo de l'Initiative. Pour garantir le maintien du niveau de compétence, une réévaluation régulière est prévue tous les deux-trois ans. Si toutes les conditions ne sont pas remplies, un «*Certificat d'engagement*» atteste des efforts déjà fournis et de l'intention d'atteindre bientôt les exigences du label.

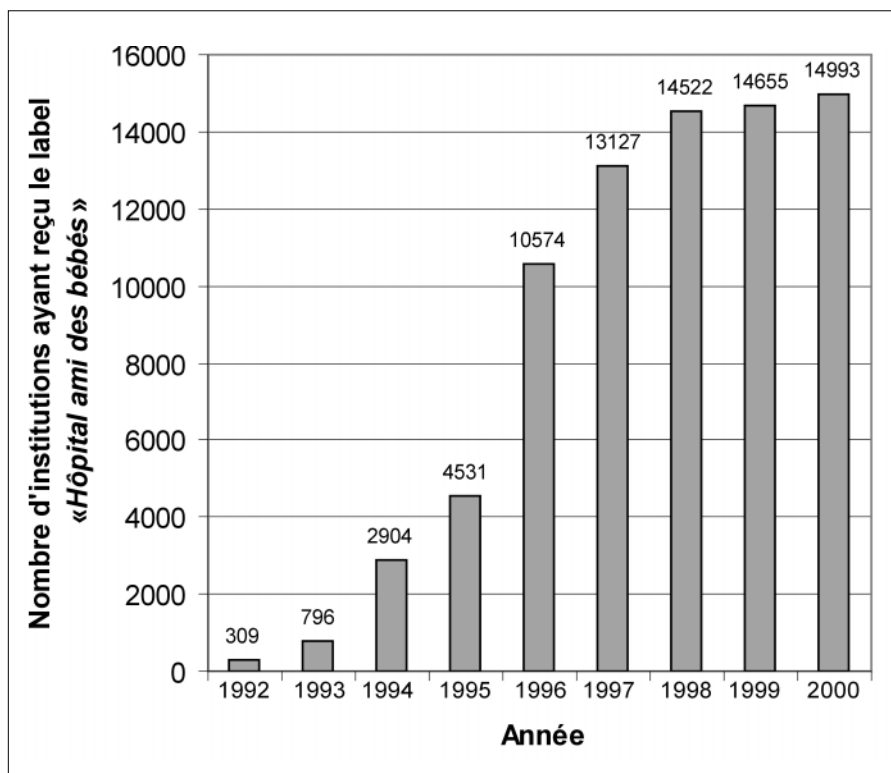
Qui ce label peut-il intéresser ?

La grande majorité des futures mères projettent d'allaiter leur enfant. La moitié d'entre elles y renoncent dans les deux à six semaines après la naissance, souvent faute de conditions, conseils ou encouragements adéquats. Le label leur permettra de repérer les services de santé compétents pour les soutenir dans leur projet, aussi longtemps qu'elles le décideront.

Quant aux professionnels de santé, ils sont généralement conscients des avantages de l'allaitement maternel et ils sont de plus en plus nombreux à prendre le temps nécessaire et à acquérir plus de compétences pour aider les mères

Figure 1 : représentation graphique de l'accroissement du nombre d'institutions qui ont reçu le label «Hôpital ami des bébés» depuis l'année 1992.

Source : BFHI News Nov./Déc. 2000, UNICEF, Nutrition Section, New-York.



Le Comité Fédéral de l'Allaitement Maternel

Depuis 1992, sous l'impulsion de l'OMS et de l'UNICEF, les gouvernements de très nombreux pays ont installé un comité national chargé de coordonner localement les campagnes en faveur de l'allaitement maternel. En Belgique, c'est à l'initiative des associations de soutien à l'allaitement et de pédiatres, appuyés par 9 parlementaires, qu'une loi a été proposée, puis votée en avril 1999, instaurant le Comité Fédéral de l'Allaitement Maternel. Les 18 membres, nommés pour des mandats de quatre ans, émaneront des associations bénévoles de soutien et d'information, des organisations professionnelles d'accoucheuses, d'infirmières, de médecins, de l'ONE/Kind en Gezïn, ainsi que des Ministères de la Santé Publique, des Affaires Sociales, et de l'Emploi et du Travail. Dès que les arrêtés d'exécution seront pris, ce comité aura à la fois une mission d'avis et de promotion. C'est notamment lui qui désignera le comité d'évaluation et d'attribution pour le label «Hôpital Ami des Bébés». Parution au Moniteur Belge du 02/12/99.

à réussir leur projet d'allaitement. Travailler en équipe à l'obtention de ce label peut amener plus de cohésion et d'efficacité dans l'aide proposée aux mères et à leur famille.

Et les mères qui n'allaitent pas ?

Un service de santé «Ami des Bébés» respectera, c'est évident, le désir de chaque mère de faire ce qu'il y a de mieux pour elle et son enfant et lui manifestera tous les encouragements et toute l'aide dont elle aura besoin pour prendre soin de lui. Il pourra spécialement veiller à ce qu'elle soit suffisamment informée pour assumer son choix avec sérénité et compétence quelle que soit sa décision. Une information prénatale rigoureuse et objective, dans un climat chaleureux et respectant l'évolution de chaque mère et de chaque couple sera un atout majeur.

Continuer à offrir information et accompagnement aux mères tout au long de la période d'allaitement

Pour que cette initiative soit soutenue dans sa continuité, certains pays mettent actuellement en œuvre des programmes sur deux niveaux. D'une part, des procédures d'évaluation continue mesurent la qualité de soins et de conseils que les mères reçoivent dans les structures hospitalières ayant déjà obtenu le label. D'autre part, des campagnes de sensibilisation et de formation cherchent à étendre le champ de l'Initiative à l'ensemble des services de santé communautaires et des associations qui s'adressent aux mères et aux jeunes enfants.

Au Nicaragua, par exemple, les universités ont développé une initiative facilitant l'allaitement pour les mères étudiantes, professeures et autre personnel féminin.

En Angleterre, un plan de protection, promotion et soutien de l'allaitement maternel a été lancé dans le cadre des services de santé primaire.

Des résultats ?

Il est sans doute prématuré d'évaluer les effets globaux, et à long terme, sur la santé des populations concernées. Cependant, les résultats de cette

Initiative se marquent partout par une augmentation des taux et de la durée des allaitements exclusifs (selon cette définition, l'enfant ne reçoit que le lait maternel, à l'exclusion de tout autre apport alimentaire liquide ou solide). Or on connaît les innombrables avantages pour la santé des mères, des bébés et des adultes qu'ils deviendront, d'un allaitement maternel *exclusif*, et ce d'autant plus s'il peut être prolongé pendant les 6 premiers mois de la vie. Ils seront moins souvent malades, moins souvent hospitalisés, moins sujets à divers problèmes de santé dans des tas de domaines et ce tout au long de leur vie. Les études s'accumulent depuis des années pour le confirmer.

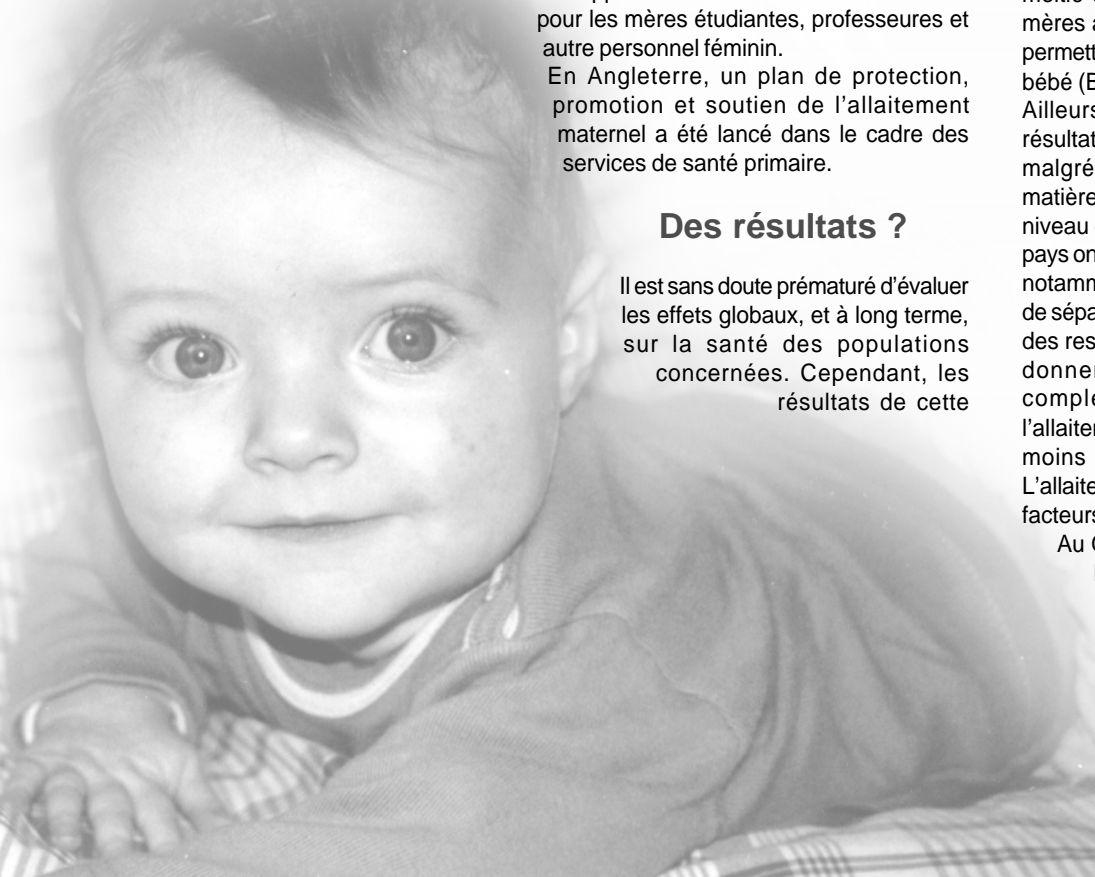
En Pologne, par exemple, où l'ouverture du marché économique avait entraîné une promotion intensive des laits artificiels et un abandon progressif de la pratique de l'allaitement maternel (4), les taux d'allaitement exclusif, à 4 mois, sont passés de 17 % en 1995 à 45 % en 1997 et, à 6 mois, de 3 % en 1995 à 35 % en 1997. Sur une période de deux ans, 15.000 professionnels de la santé y avaient suivi une formation d'un minimum de 3 jours et certains d'entre eux avaient continué à en former d'autres. Quelques points clés avaient été identifiés pour être améliorés : c'est ainsi que la pratique de laisser le bébé avec sa mère 24H/24, pendant le séjour en maternité, est passée de 19 % en 1988 à 60 % en 1995, alors que celle de compléter l'allaitement par de l'eau et d'autres boissons a pu être réduite de 54 % à 22 %.

Au Royaume-Uni, en février 2000, 10 hôpitaux avaient obtenu le label international et 16 autres répondaient à tous les critères, sauf celui du taux requis de 75 % de bébés sortant de maternité exclusivement allaités, ce qui leur a valu un label «national» pour les encourager à poursuivre leur démarche. Dans un de ces hôpitaux, les suppléments au lait maternel avaient diminué de moitié suite à une politique qui encourageait les mères à nourrir leur bébé à la demande tout en se permettant de rester au lit et donc de se reposer avec bébé (B&B, Babies in Bed).

Ailleurs, c'est sur la mortalité infantile que les résultats sont probants. En Mongolie par exemple, malgré une réduction de moyens financiers en matière de santé publique et une augmentation du niveau de pauvreté, les 27 plus grands hôpitaux du pays ont tous obtenu le label «Ami des Bébés» grâce notamment à l'abandon de pratiques comme celle de séparer mères et bébés à la naissance, d'imposer des restrictions dans la fréquence des tétées et de donner systématiquement des biberons de complément. En sept ans de promotion de l'allaitement, on a vu la mortalité des enfants de moins d'un an baisser de 65/1000 à 40/1000. L'allaitement maternel a été identifié comme un des facteurs les plus importants dans ces progrès.

Au Gabon, autre exemple parmi d'autres, dans les deux années qui ont suivi la mise en application de l'Initiative à l'hôpital central de Libreville, on a pu constater une baisse de 15 % des diarrhées néonatales et de 8 % de la mortalité.

Enfin, le plus souvent, des résultats



inattendus ont été soulignés : une augmentation de motivation et une meilleure collaboration, à tous les niveaux de l'équipe hospitalière, liée à la poursuite d'un but commun [2].

En Belgique, pourquoi a-t-on boudé aussi longtemps cette initiative mondiale ?

Au cours de la dernière décennie, un effort de formation des professionnels de santé en matière d'allaitement maternel s'est manifesté clairement. De nombreux services de maternité ont organisé une formation interne ou ont envoyé l'un ou l'autre membre de leur équipe se former à l'extérieur (5). Cependant ces formations restent limitées, ponctuelles et on y dénonce partout l'absence des médecins dont les avis et les prescriptions influencent pourtant grandement les mères et les politiques de service. Selon les chiffres de l'O.N.E., les taux d'allaitement augmentent lentement depuis quelques années, signe encourageant sans nul doute.

Mais les rares équipes qui ont cherché à s'informer sur les conditions d'obtention du label «*Ami des Bébés*» semblent s'être découragées, pourquoi ? Dans l'une ou l'autre, la peur de faire fuir les femmes qui n'ont pas l'intention d'allaiter a bloqué tout processus : clientélisme oblige. Comme si mieux accompagner les mères qui allaitent allait forcément de pair avec un moins bon accompagnement de celles qui alimentent leur bébé au biberon ? Et que non !...

Dans d'autres, le taux d'allaitement exclusif requis a découragé : il paraissait trop élevé par rapport à la pratique en cours dans la maternité. Or il n'est bien sûr pas question de pousser les mères à allaiter, dans le seul objectif d'atteindre un taux requis !

Dans d'autres encore, des pratiques obstétricales de plus en plus médicalisées et l'augmentation de la fréquence des accouchements artificiellement programmés et induits semblaient faire obstacle au bon démarrage des allaitements. Ce qui n'est pas faux..., ce qui ne réunit certes pas les conditions les plus favorables, ce qui nécessite donc un accompagnement nettement plus intensif des débuts de l'allaitement, mais ce qui n'est pas irrémédiable non plus.

Enfin, dans des maternités belges ayant des taux d'allaitement maternel supérieurs à 75 %, notamment celle qui s'est actuellement le mieux préparée pour l'obtention du label, l'obstacle majeur est le renoncement aux fournitures gratuites de laits artificiels soit utilisés pour les bébés qui séjournent à la maternité, soit offerts aux mères qui quittent cette maternité. Ces fournitures gratuites continuent de faire l'objet de contrats entre médecins et firmes productrices de laits artificiels, alors que depuis 1993 un arrêté royal les interdit.

Du côté du Ministère de la Santé Publique, les trois derniers ministres ont pris l'une ou l'autre initiative en faveur de la promotion de l'allaitement maternel : ils ont bien conscience qu'il s'agit d'un facteur de santé publique important. Et cependant, il est clair

que ce n'est pas un domaine qui ait bénéficié d'une priorité. L'arrêté royal de 1993 interdisant la promotion des «*préparations pour nourrissons*», sous toutes ses formes, ne fait l'objet d'aucun contrôle d'application et reste donc lettre morte un peu partout. La subvention demandée pour lancer l'Initiative «*Hôpital Ami des Bébés*» en Wallonie, n'a toujours pas pu être débloquée, alors qu'elle l'a été en Flandres en avril 1999.

Et le Comité Fédéral de l'Allaitement Maternel ?

Etabli par une loi du 29 avril 1999, le comité connaît depuis deux ans déjà le long pèlerinage administratif et décisionnel qui devrait mener à son installation effective et à la nomination de ses membres ! (voir colonnette, page précédente) C'est ce comité qui devra notamment organiser l'Initiative «*Hôpital Ami des Bébés*» en Belgique, désigner des évaluateurs pour les hôpitaux candidats au label et décerner celui-ci après consultation du bureau international de l'UNICEF.

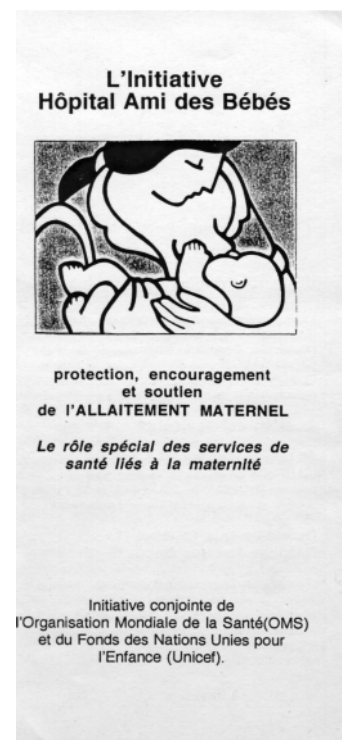
En ce mois d'avril 2001, on attend toujours la désignation des membres... qui ne devrait pas tarder. Et aucun budget n'a pu être inscrit pour l'année en cours afin de donner à ce comité les moyens de ses premières actions...

Pourquoi soutenir une telle initiative chez nous, dans les maternités, mais aussi dans les consultations pour nourrissons, dans les services de pédiatrie/néonatalogie ?

Peut-être, avant tout, pour permettre aux parents qui donnent naissance de la donner activement, avec l'assurance de décider ce qu'il y a de meilleur pour leur enfant, et pour eux-mêmes. Etre correctement soutenus dans la décision qu'ils prendront, que ce soit celle d'allaiter ou celle d'utiliser des laits de substitution, pourra leur permettre d'acquiescer et d'assumer en toute responsabilité, leurs compétences de nouveaux parents.

Etre encouragés à prendre soin du capital santé de leur enfant et, dès la naissance, dès la première tétée, être stimulés à découvrir et apprécier les extraordinaires capacités de leur nouveau-né pourra les rassurer sur leurs propres capacités à lui assurer ce dont il aura besoin pour grandir et s'équilibrer.

Les preuves de l'efficacité des «*Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel*» autour desquelles s'articule l'Initiative sont devenues suffisamment nombreuses pour justifier son développement au niveau de tous les services concernés par les nouveau-nés. Il n'est d'une certaine façon plus acceptable d'envisager l'existence de maternités qui ne répondraient pas à ces critères de qualité minimums en matière de nutrition infantile. Alors à quand la première maternité belge récompensée par le label «*Hôpital Ami des Bébés*» ? ■



Dépliant explicatif de l'initiative «*Hôpital Ami des Bébés*» préparé par le Réseau Allaitement Maternel asbl (Cfr p.69 pour la présentation de cette association).

Bibliographie

[1] UNICEF Nutrition Section New-York, dans *Baby-Friendly Hospital Initiative Newsletter*, nov./déc. 2000.

[2] *The Baby Friendly Hospital Initiative*, Action Folder 2000, édité par la World Alliance for Breastfeeding Action.

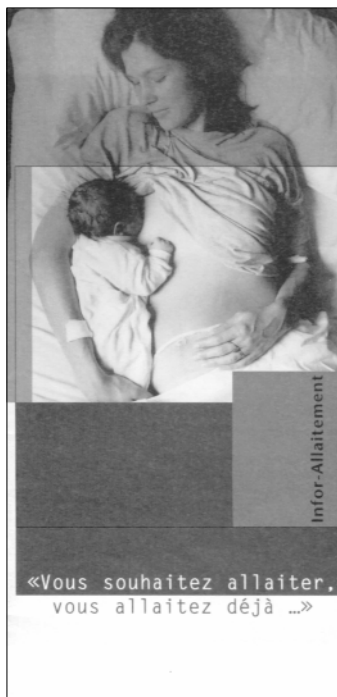
[3] *Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel. Le rôle spécial des services liés à la maternité*, Déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF, (1989), diffusé par Patrimoine sprl, rue du Noyer, 168, B-1040 Bruxelles, 02/736 68 47

[4] *Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel* (1999), OMS, Genève, diffusé par Patrimoine sprl, rue du Noyer, 168, B-1040 Bruxelles, 02/736 68 47

[5] *L'Allaitement Maternel : un facteur de santé publique. Rapport d'enquête menée auprès des services de maternité en Wallonie et à Bruxelles, entre janvier et août 1997*, Réseau Allaitement Maternel (1997) à consulter ou commander avenue du Bois William, 32, B-5101 Erpent-Namur, 081 / 31 04 39.

Infor-Allaitement

par Liliane Schaner (1)



Livret distribué gratuitement d'information générale. Sa diffusion se fait directement ou par l'intermédiaire de services de maternité, de consultations de l'O.N.E., de médecins, de kinésithérapeutes, de planning familial, de centre de santé.

Pour répondre aux multiples questions que se posent les femmes enceintes, allaitantes et les professionnels de la santé à propos de l'allaitement maternel, des femmes de tout horizon ont créé, en 1983, un groupe qui a d'abord travaillé au sein de l'association «Changer la Naissance» puis, comme association sans but lucratif depuis 1991.

Afin de répondre à ses objectifs, c'est-à-dire promouvoir et assurer le soutien dans le domaine de l'allaitement auprès des futurs parents, mères allaitantes et personnel de santé, les membres bénévoles d'Infor-Allaitement offrent plusieurs services : permanence téléphonique, publications et animations.

Permanence téléphonique

Le répondeur au 02 / 242 99 33 indique quand et à qui téléphoner dans toute la Communauté française de Belgique. Les répondantes écoutent, informent et encouragent les appelants. Ceux-ci sont principalement des mères allaitantes (82% en 1999), des femmes enceintes (6%) et des professionnels de la santé (5%). Les questions posées sont très variées et multiples, mais de grands thèmes s'en dégagent : la crainte de ne pas avoir assez de lait, le sevrage, la durée et la fréquence des tétées, l'extraction et la conservation du lait maternel, les douleurs aux mamelons.

Publications

- Le «*Guide de l'allaitement*» est destiné aux professionnels et mis à jour annuellement. Il reprend dans un épais classeur, sous forme d'un fichier alphabétique, les réponses aux multiples questions pratiques, juridiques, psychologiques et sociales autour de l'allaitement maternel.

- «*Allaiter oui ..., mais ai-je assez de lait ?*» est une brochure de 44 pages proposée à tous ceux et celles qui désirent s'informer davantage sur la capacité à allaiter un enfant (1995).

- «*Prévenir et guérir les douleurs aux mamelons*» est une publication de 20 pages destinée aux femmes concernées (1997).

- «*Comment tirer votre lait et le conserver*» est une brochure de 30 pages utile à toutes celles qui pour toutes sortes de raisons sont amenées à tirer leur lait et à le conserver. On y trouve une foule de renseignements pratiques, un tableau comparatif des différents tire-lait, des adresses utiles, ... (1999).

- «*Vous souhaitez allaiter, vous allaitez déjà*» est un livret distribué gratuitement afin d'informer les femmes enceintes, allaitantes et le personnel de santé de l'existence des services offerts par Infor-Allaitement et d'assurer une réponse à leur demande d'information sur l'allaitement. Sa publication a bénéficié de l'aide de la Communauté française de Belgi-

que. Sa diffusion se fait directement ou par l'intermédiaire de services de maternité, de consultations de l'O.N.E., de médecins, de kinésithérapeutes, de planning familial, de centre de santé.

Animations

Des séances d'information sont assurées pour les futures et jeunes mères auprès de kinésithérapeutes, des maisons d'enfants, des consultations de l'O.N.E., etc et à destination des étudiants dans des écoles de formation de puéricultrices.

Formation

Les membres d'Infor-Allaitement ont suivi une formation de base en allaitement maternel avec une formatrice professionnelle : la pédiatre Marie Thirion ou l'une de ses collaboratrices, le docteur Christilla Coussement ou la sage-femme Ingrid Bayot. Avec le soutien de la Fondation Roi Baudouin, Ingrid Bayot a assuré récemment une formation approfondie en allaitement maternel auprès des membres d'Infor-Allaitement et d'autres bénévoles d'associations d'aide à l'allaitement.

Infor-Allaitement se tient informé des résultats des recherches ou études scientifiques récentes en matière d'allaitement par le biais d'abonnements à des revues étrangères ou belges et en participant à des colloques.

Parmi nos membres actifs nous pouvons compter sur la compétence d'un médecin qui est aussi formatrice en allaitement maternel, une pédiatre et deux infirmières.

Infor-Allaitement possède une documentation importante sur l'allaitement maternel : livres, brochures, dépliants, articles, revues, cassettes vidéo.

Collaboration

Infor-Allaitement collabore étroitement avec le Réseau Allaitement Maternel afin d'encourager l'adoption et l'application de lois et réglementations favorables à l'allaitement.

La publication trimestrielle «le Courrier du Réseau Allaitement Maternel» est réalisée avec l'appui d'Infor-Allaitement.

Le groupe Allaitement-Infos de l'asbl Charleroi-Naissance utilise et diffuse nos publications lors de ses activités.

Expérience

En Belgique et dans la Communauté française en particulier, Infor-Allaitement est reconnu comme interlocuteur et association de référence. ■

(1) Rue de Braives, 11, B-4210 Vissoul (Burdinne)
Tél. : ++ 32 (0)85 71 29 37
Fax. : ++ 32 (0)85 71 29 37
E-mail : liliane.schaner@softhome.net

Le rôle Educatif



Rôle éducatif du gynécologue dans l'information des parents à l'hôpital et au retour à domicile

par Christiane Brasseur (1)

Le gynécologue a le privilège bien souvent de rencontrer les futures mamans en consultation dès l'adolescence, il a donc en tant que professionnel de la santé une opportunité pour influencer les comportements tabagiques, alimentaires, sanitaires de ces jeunes patientes.

Pour réussir avec succès son rôle éducatif, le gynécologue doit pouvoir :

- dépister,
- informer,
- orienter vers d'autres professionnels de la santé.

Dépistage

Le dépistage commence par une anamnèse approfondie qui permettra au fil des consultations anté et pré-natales, de mieux cerner la patiente et «les conditions futures de vie» du fœtus à naître.

Antécédents médicaux

- Antécédents héréditaires et risques génétiques.
- Antécédents médicaux et familiaux du couple :
 - allergie,
 - obésité,
 - diabète,
 - maladie cardio-vasculaire,
 - hypertension artérielle,
 - néphropathie.
- Antécédents personnels du couple :
 - médicaux,
 - chirurgicaux,
 - gynécologiques,
 - andrologiques.
- Antécédents obstétricaux et antécédents de mort subite d'un nourrisson.

Contexte socio-économique

- Niveau d'instruction.
- Conditions de travail : on essaye d'évaluer
 - le niveau de stress,
 - l'ambiance de travail,
 - la présence d'un tabagisme passif,
 - la difficulté des navettes.
- Conditions sanitaires : le gynécologue s'informe sur
 - le type de logement,
 - le type de chauffage (risque d'intoxication au CO),
 - la possibilité d'une aide familiale.
- Le rôle du médecin-traitant est primordial dans ce dépistage, puisque bien souvent il connaît
 - l'habitat des patientes;
 - l'entente familiale;
 - l'entente au sein du couple.

Hygiène de vie

Des sujets plus difficiles seront abordés au cours des consultations, à savoir :

- le comportement par rapport au tabac, à l'alcool, aux médicaments usuels et occasionnels, aux drogues;
- l'hygiène du sommeil;
- l'alimentation et soins dentaires;
- les facteurs de risques liés au milieu familial ou professionnel : on retiendra
 - les risques liés à l'alcoolisme du conjoint,
 - le tabagisme passif,
 - la violence,
 - le harcèlement moral,
 - la pollution acoustique,
 - l'activité sportive.

La prévention et l'éducation

Les facteurs de risque mis en évidence, le gynécologue peut à bon escient prendre un ensemble de mesures pour tenter de réduire ce risque. Il sera aidé en cela par d'autres professionnels de la santé, par l'apport de revues et de fascicules, par la mise en place au sein des maternités, de cycles d'information réalisés par les accoucheuses en collaboration avec un référent médical.

Rôle éducatif par rapport au tabac

La grossesse, et en particulier la première, est une période privilégiée pour réduire et arrêter le tabagisme parental. Il faut que les professionnels de la santé en soient convaincus et proposent une aide [1].

Le gynécologue est en première ligne pour sensibiliser sa patiente aux méfaits de la cigarette en général, et particulièrement sur l'enfant à naître. Lors de la prescription d'une contraception orale, lors d'une visite préconceptionnelle, lors d'une visite prénatale, il aborde le sujet, informe des risques mais semble mal préparé à prendre en charge un sevrage. La grossesse paraît être un moment privilégié pour arrêter de fumer, car elle constitue une motivation supplémentaire : 30% des femmes enceintes arrêtent plus ou moins de fumer lorsqu'elles constatent leur état de grossesse. Sans stratégie particulière, 8% d'entre-elles restent non fumeuses 1 an après l'accouchement [2].

Le gynécologue a peut être peur d'aborder ce problème, car il ne veut pas culpabiliser ni rendre la mère encore plus nerveuse.

En effet, des études ont démontré que les femmes fument pour se détendre et faire disparaître angoisses et sentiments dépressifs. Ainsi un cercle vicieux se crée. Tout en se sentant coupable de fumer, la femme n'est pas à même d'arrêter, ce qui

(1)Gynécologue-obstétricienne,
membre effectif du Conseil national
des Accoucheuses
Clinique Saint-Pierre,
Service de Gynécologie,
Avenue Reine Fabiola, 9
1340 Ottignies-Louvain-la-Neuve
E-mail :
cr.brasseur@clinique-saint-pierre.be

Tél. : 010/437 280
Fax : 010/417 805

à son tour provoque plus de stress et moins d'estime de soi. Puis ce sentiment est apaisé par une nouvelle cigarette [3].

Beaucoup d'effets négatifs liés au tabagisme pendant la grossesse ou le post-partum sont mal connus par les futurs parents.

Comment sensibiliser la patiente ?

Le gynécologue pourrait dans un premier temps demander à la patiente si elle connaît les conséquences du tabac sur sa santé et celle de l'enfant à naître.

Il devrait fournir des informations adaptées au niveau de connaissance de sa patiente.

Dans la revue «*Naître et grandir sans tabac*» [2], on reprend une sélection limitée des problèmes de santé liés au tabac :

- Les femmes qui fument pendant leur grossesse ont un risque accru de 30% de faire une fausse-couche.
- Les enfants de parents fumeurs ont environ deux fois plus de risques de souffrir d'une bronchite, d'une pneumonie ou d'autres infections des voies respiratoires supérieures.
- Selon des estimations faites aux Etats-Unis, le nombre total d'enfants asthmatiques diminuerait de 8 à 13 % s'ils n'étaient pas exposés au tabagisme passif.
- Une analyse de toutes les études cas-contrôles sur la mort subite du nourrisson, réalisée de 1993 à 1995, conclut qu'au moins 2/3 des morts, à la naissance et dans la période périnatale, pourraient être évités si les enfants n'étaient pas exposés à la fumée de cigarette pendant et après la grossesse.

Par la suite, nous devrions inviter nos patientes fumeuses à cesser de fumer, mais nous devons leur proposer une aide efficace, un plan d'action; c'est ici que nous pouvons référer à d'autres professionnels de la santé impliqués eux aussi.

Une collaboration avec le médecin-traitant qui connaît le niveau de vie de la patiente et peut impliquer le conjoint dans cette démarche, est souhaitable. Il peut aider à l'arrêt et assurer le suivi. Nous pouvons également référer nos patientes vers le Centre d'Aide aux Fumeurs (CAF) initié et coordonné par la FARES.

Il serait peut être intéressant de mettre sur pied au sein des maternités, une cellule d'aide aux fumeurs regroupant accoucheuses, médecins et personnel du CAF.

Rôle éducatif par rapport à la santé de la mère et de l'enfant de manière plus générale

Le rôle éducatif passe par l'information. Lors du contact avec la patiente, nous ne pouvons aborder toutes les facettes d'un problème. C'est pourquoi nous attachons une grande place à l'information orale plus structurée et à l'information écrite.

L'information orale

De nombreuses maternités organisent des séances d'information en cours de grossesse. C'est ainsi que l'accoucheuse et tantôt le gynécologue, le pédiatre, l'assistante sociale, l'anesthésiste informent les patientes et leur conjoint afin de préparer ensemble la naissance du bébé à venir. Ci-joints quelques exemples de thèmes des séances d'information :

- les premiers jours de bébé;
- l'alimentation du nouveau né;
- la périnéale;
- l'accouchement;
- santé et grossesse, hygiène, alimentation, voyage, sport et sexualité;
- travail, grossesse, famille : le point sur la législation;
- rôle de l'équipe et différentes méthodes de préparation à la naissance.

En tant que gynécologues hospitaliers, nous conseillons vivement la participation à ces séances et nous abordons en plus, en dehors de ces séances, les risques liés à la consommation du tabac, y compris le risque augmenté de mort subite, le pour et le contre de l'allaitement maternel, ses bienfaits en cas d'allergie familiale et d'hérédité.

Là aussi, il faut pouvoir en référer à l'accoucheuse, au pédiatre, à l'employeur afin d'obtenir par exemple le congé de maternité optimal pour préserver l'allaitement maternel le plus longtemps possible.

La surveillance de la prise de poids au cours des consultations prénatales nous permet d'aborder l'importance de l'hygiène alimentaire de la femme enceinte avec conseil d'une diététicienne si nécessaire.

Les effets néfastes de la consommation excessive d'alcool et de drogues doivent être abordés.

L'information écrite

En principe, à portée de tous, le carnet de la mère ONE, «*Le Journal de votre Enfant*» édité par le Ligueur, et d'autres brochures, sont autant d'aides didactiques.

Mais bien souvent, les milieux sociaux les moins favorisés, sont hermétiques à l'information orale ou écrite; alors, il nous faudra être à l'écoute du stress, des conflits familiaux et sociaux, afin de dépister les familles en souffrance.

Lors du séjour en maternité, notre rôle sera d'informer le pédiatre, les travailleurs médico-sociaux, les accoucheuses, le personnel de l'ONE, des succès ou échecs de nos démarches prénatales afin que là aussi l'aide se poursuive afin d'assurer à l'enfant les meilleures conditions d'allaitement et de développement.

Lors de sa visite en maternité, le gynécologue s'assurera que les outils de communication (affiches, fascicules) ont permis au personnel de maternité d'informer les patientes et les familles sur les précautions à prendre pour prévenir la mort subite du nourrisson et veillera à ce que cette information ait bien été assimilée par la patiente.

De retour au domicile, la fatigue, le baby-blues, la solitude, sont autant de facteurs qui pourraient entraîner l'abandon de l'allaitement.

Il invitera la patiente à prendre contact avec la maternité, l'accoucheuse, l'infirmière de l'ONE, le médecin-traitant en cas de problèmes d'allaitement afin de tout mettre en oeuvre pour l'optimiser.

Si la patiente se sent soutenue, entourée, éduquée, elle procurera à son enfant les meilleures conditions pour un développement harmonieux.

En conclusion

Le rôle du gynécologue sera de dépister, d'informer, d'éduquer en sachant déléguer vers d'autres professionnels de la santé. ■

Bibliographie :

[1] NETTER J-C. (1998), *Tabac - Grossesse et MSN : Enquête évaluant le comportement des professionnels de santé*, Rouen 98 SIDS International conférence.

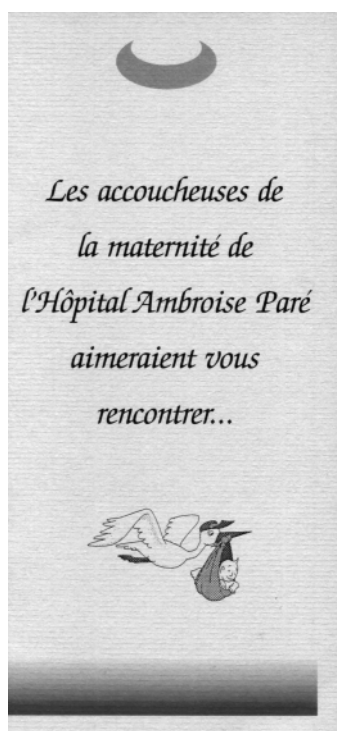
[2] Les médecins confrontés au tabagisme de la femme = recommandations, dans *Naître et Grandir sans Tabac, Newsletter 1*, Novembre 1999, p 4, éd. Responsable Pr. BARTSCH.

[3] Vous sentir coupable, ça vous est aussi arrivé ?, dans *Naître et Grandir sans Tabac, Newsletter 2*, Mai 2000, p 4, éd. Responsable Pr. BARTSCH.

[4] «*Le Journal de votre Enfant*» périodique personnalisé, Edité par la Ligue des Familles.

Sage-femme, praticienne de la naissance

Nouls Annick (1)



Dépliant d'accueil remis depuis 1997 aux mères lors des consultations prénatales à l'hôpital Ambroise Paré.

Sage-femme : qui es-tu ?

La grossesse, l'accouchement et l'allaitement sont des processus physiologiques de la vie de la femme. Pour surveiller cette normalité et prévenir les incidents, un des professionnels spécialisés est la sage-femme. Les sages-femmes sont des praticiennes à part entière pour l'accompagnement de la femme et de l'enfant au cours d'une grossesse et d'une naissance normale, elle est la spécialiste de l'eutocie. Elle fait partie de l'art de guérir comme le médecin mais elle laisse au gynécologue les pathologies ou la dystocie.

Elle s'intéresse au passé personnel, social et culturel de la femme, à ses expériences antérieures ce qui lui permet d'établir un profil du comportement et des possibilités de la femme. C'est ainsi que la sage-femme peut contribuer à une expérience positive de la grossesse, de l'accouchement et des suites de couches [1].

Pour accompagner, il faut être formé

Une formation continue est nécessaire, elle s'adressera à des personnes formées qui ont déjà une expérience, des compétences et des acquis et chez qui il est aussi plus difficile de changer les habitudes.

Pour accompagner, il faut aborder 3 aspects :

Le savoir, la connaissance

Il faut se baser sur les connaissances anatomiques et physiologiques (ex : pour l'allaitement maternel, qu'y a-t-il dans les seins ? A quel mode de fonctionnement répond l'allaitement ?,...).

Le savoir faire

Le savoir faire découle du savoir. Il sera logique et adapté à la physiologie. C'est la manière de faire passer l'information, les outils utilisés.

Le savoir être

Le savoir être, c'est la façon d'être du soignant, son attitude, son regard, sa façon de dire les choses.

Ce savoir être est un des aspects les plus importants dans l'accompagnement des mères et dans l'établissement de la première relation mère-enfant.

Il est important d'acquérir une cohérence dans les discours, les informations et d'harmoniser les pratiques dans une équipe de professionnelles de la santé [2].

Ensemble, préparons la naissance

La prévention de la mort subite se réalise très tôt au cours de la grossesse.

Un bon suivi de la grossesse favorisera :

- une information et une éducation précoce (information sur les bienfaits de l'allaitement maternel, l'hygiène alimentaire, les bons gestes afin de diminuer les risques de mort subite, ...);
- la délections des assuétudes (drogues, tabac, etc.);
- le bon déroulement de l'accouchement;
- la diminution des risques de prématurités, des pathologies néonatales,

La sage-femme, grâce à sa formation peut établir un lien de confiance avec les futurs parents et les informer dès le début de grossesse mais trop peu d'institutions hospitalières laissent aux sages-femmes la possibilité de réaliser des consultations prénatales. Au cours de celles-ci, les bons gestes peuvent être éduqués, informés, pratiqués et évalués.

Ensemble, réduire les risques de mort subite, c'est possible !

La sage-femme a un rôle important à jouer en salle de naissances et en post-partum parce qu'elle est continuellement présente dans ces services. L'accompagnement des futures mères, déjà commencé durant la grossesse, va se poursuivre en maternité pour préparer au mieux le retour à domicile (aide à l'allaitement maternel, position de couchage, température de la chambre, prévention du tabac, sécurité du bébé dans son lit, ...).

L'allaitement maternel, le plus naturel

Si le bébé est équipé pour téter, la mère est, elle, préparée pour allaiter. L'allaitement est naturel, mais il arrive aussi souvent que l'allaitement soit vécu

(1) Sage-femme Chef, Services salle de naissances, post-partum, néonatal
Boulevard Kennedy, 2
7000 Mons
Tél. : 065 / 39 26 42
E-mail : annicknouls@freeyates.be

comme une expérience difficile par certaines femmes. Elles peuvent douter de leurs compétences et leurs identités de mères peuvent être ébranlées. La confiance en elle est primordiale, c'est le facteur émotif qui rentre en premier lieu dans la mise en route de la lactation et ensuite la stimulation de l'aréole par le bébé.

Même notre ancêtre la baleine n'accouche pas toute seule son baleineau. Une marraine veille sur lui, le pousse vers la sortie pour qu'il prenne un grand bol d'air et vient le piloter jusqu'au téton nourricier pour qu'il reçoive sans tarder un grand jet de lait sous pression.

Il est indispensable d'informer les femmes sur l'allaitement dès le début de la grossesse, voire même à l'école si le sujet peut être plus naturellement évoqué ou étudié [3]. L'information est basée sur :

- l'anatomie, la physiologie de la lactation (la tétée, comment cela marche ?, ...);
- les arguments (allergies, prévention de la mort subite, coût, ...);
- la préparation à l'allaitement (fascicule théorique et pratique, cassette vidéo, séance individuelle et en groupe, ...);
- l'écoute.

En pratique, à l'hôpital

Il y a maintenant 5 ans, notre équipe a choisi d'améliorer l'accompagnement des futurs parents : accompagnement utile pour que l'expérience de la naissance soit vécue de la meilleure façon possible. Un mémoire a été réalisé afin de connaître les attentes des futures mères au cours de la grossesse et déterminer leur choix parmi les moyens d'informations [4].

A la suite de cela, nous avons changé nos pratiques.

Pendant la grossesse

Les consultations prénatales

Elles ont débuté en octobre 1996, sont réalisées seule ou en couple. Ces consultations ont pour but d'informer, éduquer, de prévenir : information sur l'accouchement, l'allaitement maternel, les premiers jours de vie,.... Les futurs parents préfèrent recevoir les informations en couple : ils sont, en général, plus à l'aise pour poser des questions, et cela nous permet également de mieux connaître le couple. Une relation de confiance se crée déjà au cours de la grossesse. Un fascicule d'information est donné par le gynécologue ou l'infirmière de l'ONE sur l'existence des rencontres. Une secrétaire se charge de prendre les rendez-vous. A chaque rencontre, un rapport est établi afin de noter les points discutés. La durée moyenne de discussion est d'une heure. Ces rencontres peuvent se répéter plusieurs fois au cours de la grossesse et sont remboursés par l'INAMI.

Un fascicule sur l'allaitement maternel

Il a été conçu par l'équipe en 1997.

Les journées «portes ouvertes»

La première journée «portes ouvertes» a été réalisée

en mai 1998. Elle informe sur la grossesse (l'hygiène, l'alimentation, les préparations,...), l'accouchement, l'allaitement maternel, les soins aux nouveaux-nés, le néonatal via des stands réalisés par l'équipe soignante. Elle permet de faire connaissance avec toute l'équipe pluridisciplinaire de la maternité (les gynécologues, les pédiatres, les anesthésistes, les sages-femmes, les puéricultrices, les psychologues, les assistantes sociales,...).

Une visite des salles de naissances, du post-partum et du néonatal est organisée. En octobre 1999, nous l'avons axée sur la prévention de la mort subite du nourrisson avec l'utilisation des stands, de l'affiche, des fascicules, de la vidéo de la campagne. Un projet pédagogique sur la mort subite du nourrisson a été conçu par l'équipe sous forme de jeu et a remporté un réel succès.

En salle d'accouchement

Nous offrons la possibilité d'utiliser la baignoire de dilatation et le ballon.

Les salles d'accouchements sont transformées en salles de naissances (couleur pastel, peu de matériel médical,...).

Une mise au sein précoce est souhaitée et proposée par l'équipe. Elle est effectuée en fonction des possibilités du moment et du désir de la mère.

En post-partum

Nouvelles propositions

La maman propose son sein à un enfant éveillé manifestant un désir de téter dans une position adéquate pour elle et pour lui; l'odeur de la mère favorise le contact avec son enfant : la maman ne se nettoie plus les seins avant la tétée, une hygiène corporelle quotidienne est suffisante. Au besoin, le complément de lait sera proposé à la tasse ou à la seringue afin d'éviter la confusion «sein-biberon» ; vers le 3^{ème} jour, la congestion de la glande mammaire prouve la fabrication de lait.

Les tétées sont alors plus longues; les bébés ne sont plus pesés avant et après tétées sauf si la perte de poids est trop importante, alors il est important d'en trouver la cause.

Séances d'informations en groupe

Ces séances sont réalisées en post-partum. Les mamans peuvent échanger leurs expériences et poser des questions.

En conclusion

La sage-femme joue un rôle important d'accompagnement des futurs parents depuis la grossesse jusqu'au début de la vie du bébé.

Une lacune dans cet accompagnement est cependant constatée lors du retour à domicile ; nous y travaillons !

L'accompagnement n'est pas seulement propre à la sage-femme ; il doit être considéré comme l'une des priorités de l'équipe médicale et paramédicale puisqu'«*Ensemble, réduire les risques de mort subite, c'est possible !*».

Bibliographie

[1] Jacqueline LAVILLONNIERE et Marie-Noëlle BABAL-REMY (1997), «*Pour la santé des femmes d'ici et d'ailleurs*», Dossier de l'obstétrique, n°251, juin, pp 40-41.

[2] Dr C. COUSSEMENT (2000), «*Nécessité de former les équipes soignantes*», dossier de l'obstétrique, n°280 février, pp 7-9.

[3] Jeanne DE RAVIGNAN (2000), «*Au service d'un nouveau-né sans parole*», dossier de l'obstétrique, n°288, novembre, pp 30-32.

[4] Annick NOULS (1997), «*Accompagnement des femmes enceintes en vue de leur accouchement : analyse de la situation actuelle et proposition(s) d'action(s) éducative(s)*», mémoire non publié, Institut de promotion sociale de Marcinelle.

Rôle éducatif du personnel infirmier aux parents et leur nouveau-né

par Edgard Peters (1)

Le personnel infirmier a un rôle prépondérant dans l'information et l'éducation des parents tout comme le précise le Conseil National de l'Art Infirmier dans son avis du 24 octobre 2000 concernant la modification de l'Arrêté Royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales. Il définit notamment la dispensation des soins infirmiers comme étant **«l'accomplissement d'activités visant l'information et l'éducation de la personne, de la famille du groupe ou de la collectivité en vue de maintenir, rétablir ou promouvoir la santé ou de prévenir la détérioration de l'état de santé»**.

Depuis février 1996, la circulaire ministérielle du Ministre Marcel COLLA, à l'époque Ministre de la Santé Publique et des Pensions, invite les hôpitaux à réaliser une information sur les risques de mort subite du nourrisson dans leur service de maternité. Toutefois l'information et l'éducation des futurs parents ne doivent pas se limiter aux risques de mort subite du nourrisson dans les services de maternité et de néonatalogie.

Le Centre Hospitalier Régional de la Citadelle n'a pas attendu l'obligation d'informer et d'éduquer les patients pour introduire ces deux notions dans sa *«Philosophie des Soins Infirmiers»* :

- *Le patient a le droit de recevoir l'information relative à son état, aux examens à subir et aux soins infirmiers dont il fait l'objet.*
- *Après un consentement éclairé, le patient peut participer activement, dans la mesure de ses possibilités, aux soins qu'il reçoit.*

Attendre la sortie de la maman ou du nouveau-né pour mettre en œuvre un programme d'information et d'éducation est inadéquat, mais doit débiter dès la première consultation prénatale. Ce programme est pris en charge par le personnel infirmier et les accoucheuses en collaboration avec divers organismes existant tel que l'Office de la Naissance et de l'Enfance par l'intermédiaire de brochures, de programmes d'autonomie structurés, d'informations individuelles ou de groupe, et trouve sa continuité dans les différents services fréquentés par les parents et le nouveau-né.

En consultation prénatale

Comme signalé précédemment, l'information et l'éducation doit débiter dès le premier contact des

futurs parents en consultation prénatale. L'Office de la Naissance et de l'Enfance présent au sein du Centre Hospitalier Régional de la Citadelle, participe à cette information en organisant un cycle de trois séances d'information, en soirée, intitulées «Les Jéudis de la Naissance». Lors de ces séances, les thèmes suivants sont abordés par des professionnels du terrain (gynécologues, pédiatres, accoucheuses et psychologues) :

- bien vivre sa grossesse;
- évolution physique et relationnelle;
- à la rencontre de bébé;
- mieux comprendre l'allaitement maternel;
- l'accouchement;
- la péridurale;
- le nouveau-né.

Ces séances sont ouvertes à tous les futurs parents. Néanmoins, certains parents n'ont pas la possibilité de se libérer en soirée (garde d'enfants, ...), d'autres parents éprouvent des difficultés à s'exprimer en public, hésitent à poser certaines questions dans un groupe inconnu et/ou préfèrent une information individuelle. Il est important d'organiser en sus des soirées une information individuelle afin de répondre aux différentes questions mais également permettre une information personnelle sur la grossesse, l'accouchement et l'après accouchement. L'information individuelle doit préparer au mieux le futur couple à l'accouchement :

- sur la prévention de la toxoplasmose;
- sur les méthodes de diagnostic spécifiques (amniocentèse, ...);
- sur le choix ou non d'une péridurale;
- sur les techniques de préparation à l'accouchement (aquagym prénatale, haptonomie, ...);
- sur la baignoire de dilatation;
- sur le type d'allaitement (maternel ou artificiel);
- ...

Différentes brochures sont également distribuées en fonction des besoins et des techniques spécifiques tels que la péridurale, la césarienne, l'amniocentèse,... en vue de préparer au mieux la gestante à ces techniques.

L'information dès la consultation en prénatale est importante pour la future maman, les futurs parents, spécialement lors d'une première grossesse. Beaucoup de questions sont posées comme par exemple : *«Vais-je allaiter mon enfant ?»*. Une information précise, d'autant plus si elle est individuelle, pourra éclairer au mieux la future maman, le couple sur le(s) choix à réaliser.

Infirmier Chef de Service, Secteur Mère-Enfant universitaire, Centre Hospitalier Régional de la Citadelle Boulevard du 12^{ème} de ligne, 1, B-4000 Liège
Tél. : ++32 (0)4 225 64 19
Fax : ++32 (0)4 226 47 47
E-mail : edgard.peters@chrcitadelle.be

Au bloc d'accouchement

Le passage au bloc d'accouchement de la future maman est de courte durée, allant de quelques heures à une journée maximum. Les accoucheuses auront peu de temps à consacrer à l'information et l'éducation de la maman ou du couple vu la durée de séjour au bloc mais également suite à l'état de la maman durant le travail et après l'accouchement.

Une information correcte et bien ciblée doit donc être réalisée au préalable en consultation prénatale. Reprenons l'exemple de l'allaitement, le choix de la parturiente et de son conjoint (qui a une importance capitale dans la réussite d'un allaitement maternel) d'un allaitement maternel ou artificiel doit être fait avant l'accouchement après une information la plus complète possible, si c'est nécessaire. Les accoucheuses n'ont pas la possibilité de donner les avantages et les inconvénients de tel ou tel allaitement durant le séjour au quartier d'accouchement, néanmoins elles doivent débiter l'allaitement maternel dès les premières heures de la naissance du nouveau-né si tel est le choix du couple.

En maternité

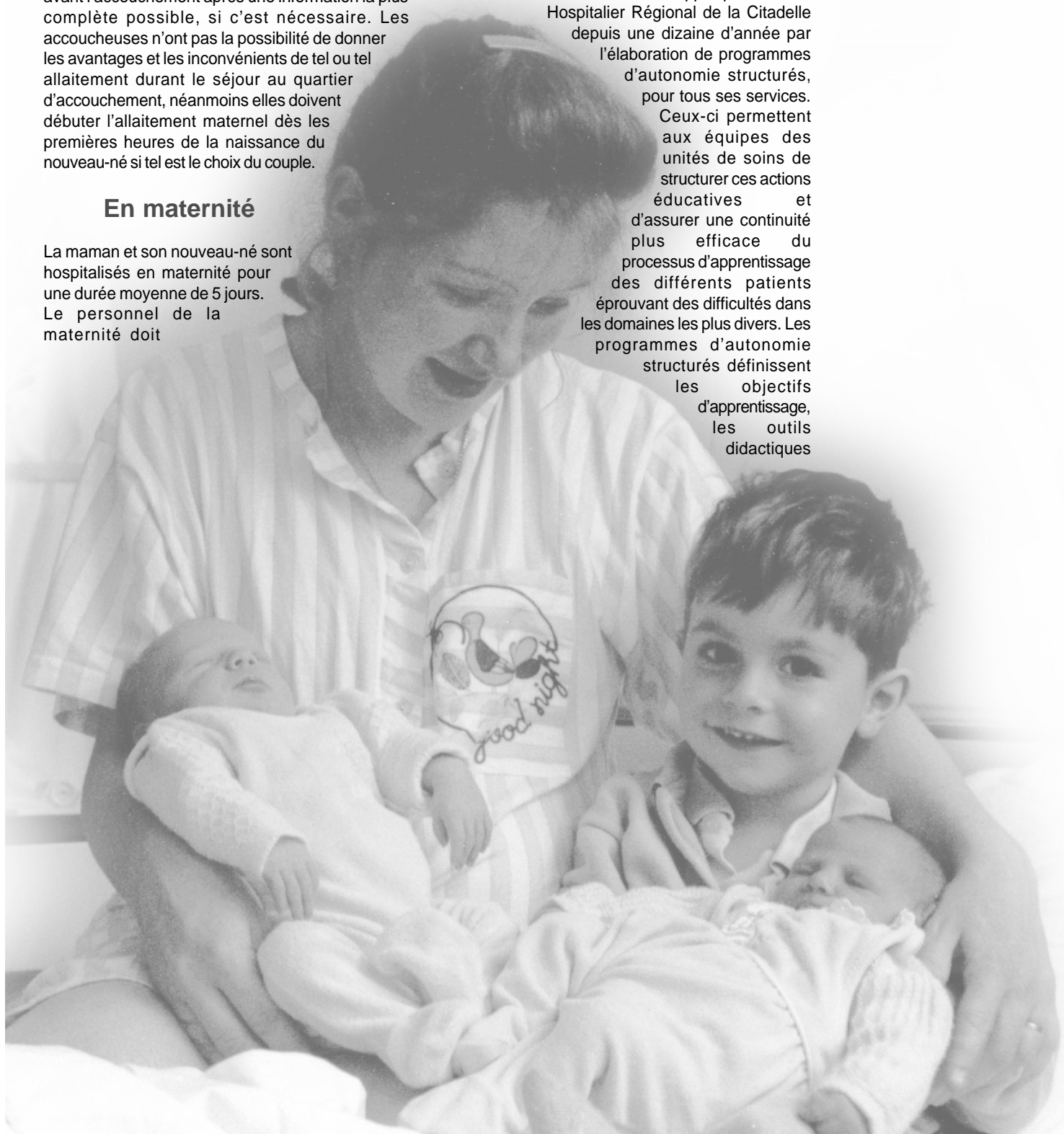
La maman et son nouveau-né sont hospitalisés en maternité pour une durée moyenne de 5 jours. Le personnel de la maternité doit

tout mettre en oeuvre afin de donner une information et une éducation adaptée à chaque patiente durant son séjour.

Dès l'accueil de la parturiente, le personnel infirmier et les accoucheuses l'informent du fonctionnement du service mais également des différents programmes éducatifs mis sur pied. Tous ces renseignements sont synthétisés dans une brochure d'accueil.

- Ces différents programmes éducatifs seront réalisés:
- par la distribution de brochures accompagnées d'une information individuelle ou de groupe;
 - et/ou par une éducation structurée.

L'éducation structurée a été développée par le Centre Hospitalier Régional de la Citadelle depuis une dizaine d'année par l'élaboration de programmes d'autonomie structurés, pour tous ses services. Ceux-ci permettent aux équipes des unités de soins de structurer ces actions éducatives et d'assurer une continuité plus efficace du processus d'apprentissage des différents patients éprouvant des difficultés dans les domaines les plus divers. Les programmes d'autonomie structurés définissent les objectifs d'apprentissage, les outils didactiques



utilisés (brochure, cassette vidéo, information de groupe, ...), les critères d'évaluation et la planification de l'éducation. Ces différents éléments sont repris sur un document spécifique joint au dossier infirmier du patient.

L'éducation à l'allaitement maternel reste une priorité pour les mamans (le couple) qui le désirent et en continuité de l'information entreprise dès les consultations prénatales par la distribution d'une brochure, «*Comprendre, Savoir, Réussir l'allaitement maternel*», par la mise en oeuvre d'un programme d'autonomie structuré, mais également par une information de groupe deux fois par semaine.

L'allaitement artificiel n'est pas oublié pour les mères qui ne veulent ou ne peuvent allaiter leur nouveau-né. Une brochure expliquant la préparation des biberons conjointement à un programme d'autonomie structuré permet à la maman d'avoir des moments privilégiés avec son bébé.

Le programme d'autonomie structuré suivant concerne le bain du nouveau-né et les différents soins. Il est évident que ce programme éducatif est surtout orienté vers les parents n'ayant pas d'autre enfant.

Différentes brochures accompagnées d'une information spécifique sont distribuées en fonction des besoins de la maman ou du nouveau-né : l'utilisation du tire lait électrique, le traitement de la luxation de la hanche du nouveau-né, l'utilisation de la photothérapie chez le bébé, ...

L'information concernant la prévention de la mort subite du nourrisson est également faite par l'intermédiaire d'une brochure. Cette information n'est pas optimale à notre égard, ce qui nous a poussé à demander une mise au point sur cette information lors d'un travail de fin d'étude d'une étudiante de troisième année d'infirmière graduée afin d'avoir des pistes d'amélioration à mettre en route dès septembre 2001.

D'autres thèmes sont abordés en collaboration avec le service de kinésithérapie tel que retrouver la forme après la naissance, ou avec l'«*A.S.B.L. Bien Naître à la Citadelle*» subsidiée par l'Office de Naissance et de l'Enfance en informant les parturientes sur les diverses méthodes de contraception et l'élaboration d'un fascicule en vue de préparer le retour à domicile.

En néonatalogie

Certains nouveau-nés ne peuvent accompagner leur maman en maternité mais doivent être hospitalisés dans le service de néonatalogie. L'hospitalisation peut être de courte durée dans le cas d'une surveillance spécifique ou d'une mise au point mais également être plus longue lors de la naissance d'un prématuré ou d'une pathologie sévère.

Le papa arrive souvent seul lors de la première visite dans le service. La maman étant toujours au bloc d'accouchement ou hospitalisée dans une maternité périphérique. Cet accueil sera surtout orienté sur

l'état de son enfant et secondairement sur le fonctionnement du service. Les renseignements concernant le fonctionnement du service sont repris dans une brochure d'accueil afin que la maman puisse en disposer. Une photo de l'enfant est réalisée pour être remise à la maman.

À côté de la technicité de ce service, l'éducation est importante car elle va permettre aux parents de découvrir leur enfant quel que soit l'âge gestationnel. Même si l'éducation des soins de base (change du bébé, prise de température) des parents d'un nouveau-né de moins de 1.000 grammes est possible et souhaitable, il reste deux conditions pour cette découverte : que les parents soient prêts à réaliser ces soins et que l'état de leur enfant reste stable lors de ces soins. Ces critères sont impératifs au bon déroulement de l'éducation qui se réalise via un programme d'autonomie structuré.

Au fur et à mesure de l'évolution de l'enfant, d'autres programmes éducatifs vont pouvoir être mis en route:

- l'allaitement maternel calqué sur le même schéma qu'en maternité, par la mise en route d'un programme d'autonomie structuré et la distribution de la brochure d'allaitement maternel;
- l'allaitement artificiel avec, tout comme en maternité son programme d'autonomie structuré et la brochure expliquant la préparation des biberons;
- le bain du bébé et les soins annexes seront également expliqués par l'intermédiaire d'un programme d'autonomie structuré.

Certaines pathologies entraînent des soins spécifiques aux enfants y compris au retour à domicile. Le rôle du personnel est également de permettre aux parents de prendre en charge les soins à domicile afin qu'ils puissent être le plus autonomes possible. Un programme d'autonomie structuré et une brochure d'information ont été réalisés pour les soins de stomie et de gastrostomie. D'autres brochures spécifiques accompagnées d'une information sont distribuées tels que le traitement de la luxation de hanche, la dérivation ventriculaire, ...

Malheureusement certains enfants viennent à décéder durant leur hospitalisation. Une prise en charge spécifique est faite tant sur le plan administratif, qu'émotionnel. Une brochure reprenant les différents renseignements est distribuée aux parents. Ceux-ci sont également invités à participer à un groupe de parole mixte (parents, professionnels) au deuil périnatal, intitulé «*Aide au deuil périnatal*».

En conclusion

Nous avons pu voir le rôle prépondérant que le personnel infirmier a dans l'information et l'éducation des parents au travers des différents services fréquentés par ceux-ci lors d'une grossesse et la naissance d'un nouveau-né. Les sujets sont abondants, ils ont tous leur importance. Toutefois, l'éducation et l'information ne doivent pas être faites à n'importe quel prix, ni à outrance. Certains programmes ne doivent pas être entamés si les parents n'éprouvent pas de difficulté ou ne sont pas demandeur. ■

Rôle (éducatif) du pédiatre dans l'information des parents à la maternité et au retour à domicile

par Michel Dechamps (1)

Garant de la santé du bébé à la naissance et lors de son séjour à l'hôpital (maternité ou centre néonatal), le pédiatre joue un rôle primordial dans l'information des parents concernant les soins du bébé. Il est dans ce domaine un professionnel de référence.

La nutrition, le sommeil, la prévention de la mort subite, l'accordage harmonieux entre la mère et l'enfant sont autant de sujets dont il convient de se préoccuper.

Pour qui connaît quelque peu le milieu hospitalier, il apparaît qu'un des premiers objectifs si on veut optimiser cette éducation pour la santé est de veiller à la cohérence des messages, et ce d'autant plus que les intervenants sur un sujet donné seront nombreux et que ce sujet comportera éventuellement des aspects passionnels.

L'alimentation du bébé est le prototype du sujet « à risques ».

Naturel, artificiel, à la demande, à heures fixes, avec tétérelle ?, avec suppléments d'eau (sucrée ou pas ?), au biberon ou à la tasse, hypoallergénique ?, pesée avant et après tétée ?...

Autant de points où les différents intervenants peuvent penser de bonne foi devoir donner leur avis : gynécologue, pédiatre, accoucheuses, infirmières des soins de jour et de nuit en maternité, infirmières des soins de jour et de nuit au néonatal, pédiatres de garde, pédiatres en formation, puéricultrices, stagiaires de toutes sortes...

Cohérence donc des messages.

Elle passe par un dialogue, une concertation des principaux intervenants donnant un consensus auquel tous les intervenants seront invités à se référer dans leurs contacts avec les parents.

Les pédiatres assumant leur rôle de professionnels particulièrement compétents peuvent prendre l'initiative en ce domaine et réunir autour d'eux les gynécologues, accoucheuses et infirmières de leur maternité.

Une fois le consensus établi, il convient de réfléchir aux modalités de l'information à donner aux parents : qui, quand et comment ?

Pour ce dernier point, l'avis de professionnels de l'éducation pour la santé est sollicité....

Considérant, notamment pour le type d'alimentation du bébé, que certaines décisions devraient

idéalement précéder la naissance, que le séjour en maternité n'est pas nécessairement le moment ni l'endroit idéal, que l'aspect pluridisciplinaire et les interactions dans un groupe sont généralement des coefficients multiplicateurs d'efficacité, l'un ou l'autre pédiatre participe avec le personnel de la consultation prénatale de l'ONE du CHR de Namur à un programme destiné aux futurs parents et s'étalant sur plusieurs mois.

Six séances se donnent généralement en soirée par groupe de quelques dizaines de personnes, soit les futures mères, les futurs pères et aussi parfois la famille proche, notamment les futures grands-mères...

Les séances abordent différents thèmes : la grossesse, ses aspects médicaux, ses changements physiques, ses implications affectives, l'accouchement, les méthodes de relaxation et d'analgésie, les premiers soins au bébé et la « puériculture » des premiers mois de vie. Interviennent différents professionnels de la santé, souvent en « duos » : gynécologue, assistante sociale, anesthésiste, accoucheuse, pédiatre, kiné, infirmière, psychologue.

Ce programme fonctionnant depuis une vingtaine d'années est apprécié des patients et des professionnels et sert de référence dans plusieurs domaines de l'éducation pour la santé de la future ou de la jeune maman suivie au CHR de Namur. ■

(1) Docteur, pédiatre agréé en réadaptation fonctionnelle, licencié en neuropédiatrie, Chef du service de neurodiagnostic et développement du nourrisson, Médecin responsable du centre du sommeil du nourrisson, Conseiller médical pédiatre de l'ONE de la province de Namur,

CHR de Namur, avenue Albert 1^{er},
185, B-5000 Namur

Tel. : ++ 32 (0)81 72 71 60

Fax : ++ 32 (0)81 72 68 05

E-mail : michel.dechamps@skynet.be

Bulletin d'Education du Patient,
Vol. 20 - n°1 - 2001



Les nourrissons, leurs parents et leur généraliste

par Thierry Liegeois (1), Christine Lambotte (2) et Jean Laperche (3),

Bibliographie

DECCACHE A., LAPERCHÉ J. (1998), *Values, paradigms and quality criteria in health promotion : an application to primary health care*, in Davies JK and Mc Donald G (Eds) : *Quality, evidence and effectiveness dans Health Promotion*, Routledge Publishers, London, pp. 150-164.

LAPERCHÉ J., DELPIERRE V. (1994), *La Prévention, côté soignants - côté patients*, dans *Education Santé*, n°88, juin 1994, pp. 9-14

LEVEQUE A., BERGHMANS L., LAGASSE R., LAPERCHÉ J., PIETTE D. (1997), *Style de pratique en médecine générale et activités préventives en Communauté française de Belgique*, dans *Arch Public Health*, 55, pp.145-158.

COMITE FRANCAIS D'EDUCATION POUR LA SANTE (1996), *L'éducation pour la santé en médecine générale : de la fonction curative à la fonction éducative*, dossier documentaire, Paris.

Fédération des Maisons Médicales (1999), *De la Prévention à la Promotion de la Santé*, Revue Santé Conjugée, octobre 1999.

LAPERCHÉ J., GOSSELAIN Y., PREVOST M. (1999), *Une expérience belge en médecine générale*, dans *La Santé de l'Homme*, CFES, Paris, n° 341, mai-juin, pp. 40- 42.
PIETTE D. (1985), «Mettre à profit la consultation de médecine générale», dans *Cahier du GERM*, n°186.

VAN DORMAEL M. (1995), *Médecine générale et modernité*, Dissertation présentée dans le cadre d'une thèse de doctorat, ULB, Faculté des Sciences sociales, politiques et économiques.

(1), (2), (3)généralistes à la Maison Médicale de Barvaux, rue du Ténimont, 35, B-6940 Barvaux Tél. : ++32(0)86 21 27 52

«3 kg 590, 51 cm, 21/10/2000 à 05 H 18 minutes» Non, ce n'est pas une nouvelle nomenclature. C'est le premier enfant d'un jeune couple dont le Docteur L. est le médecin de famille.

C'est la première fois que le docteur L. est appelé pour ce «nouveau» petit patient, âgé seulement de 4 mois, et jusque là en bonne santé. Pas si nouveau que cela en fait, car il était déjà présent lors des 9 mois de grossesse où la future maman ne manquait pas de consulter pour les quelques problèmes rencontrés alors. Problèmes que le docteur L. avait gérés au quotidien grâce à ses propres acquis (il se souvient que dans certains cas, il s'est senti seul pour accompagner des grossesses, le(s) futur(s) parent(s) n'ayant confiance qu'en lui). Ce qui fait que parfois, c'est lui aussi qui était appelé pour traduire ce que le gynécologue avait essayé d'expliquer... et qui était source d'inquiétude quand on ne comprend pas tout-à-fait ce que le docteur a voulu dire.

Ayant écouté les parents de manière attentive et examiné le petit bonhomme, le docteur L. leur explique ce qui se passe, propose des mesures simples et un traitement adéquat, restant disponible si nécessaire. Il rappelle aux parents la nécessité de poursuivre la vaccination débutée chez le pédiatre, absent ce jour-là. Parents un peu surpris des compétences de leur généraliste pour les problèmes des plus petits d'entre-nous. Il les quitte ainsi, en leur ayant ramené un sourire discret au coin des lèvres, non sans avoir distillé, durant ce moment unique, des conseils pour la poursuite du bon développement et de l'éveil du nouveau membre de cette désormais famille. Les parents sont contents de bien coucher leur petit Thierry sur le dos et ils ont compris qu'il est inutile de trop chauffer la chambre. Dès que

Thierry a fait coucou à la caméra du gynéco, les parents ont suivi le conseil du spécialiste

d'essayer de ne plus fumer, conseil déjà initié ou ensuite renforcé par le médecin de famille. Conseil utile pour le bébé et pour eux-mêmes.

Vision idéalisée d'une consultation ? Oui et non. Le travail quotidien des généralistes montre la position centrale et privilégiée de ceux-ci. Fort de ses compétences scientifiques et de ses qualités humaines, le médecin généraliste peut établir des relations de proximité et construire avec les familles un climat de confiance réciproque pour de nombreuses années. De cette manière, quand le docteur L. est appelé pour le mal de dos du papa, il peut aussi parler de la fatigue de la maman et du repos nécessaire de bébé.... Ainsi, tant au domicile des parents qu'au cours de la consultation, le médecin peut assurer des soins de qualité, c'est-à-dire également adaptés à la réalité quotidienne des familles. En effet, une proposition thérapeutique, ou a fortiori préventive, même si elle repose sur des fondements scientifiques solides, ne résistera pas au rejet des parents s'ils jugent que celle-ci ne correspond pas à leur réalité. Ceci est un véritable défi pour le médecin de famille qui doit apprendre le sens du compromis et de la mesure. Le généraliste, scientifique de proximité, est dans la réalité quotidienne des familles un interlocuteur crédible,

librement choisi,
indispensable et
privilégié pour la
santé de chacun
et de tous. ■



L'approche des programmes de Santé par les professionnels de l'ONE dans leur rôle envers les familles

par Mireille Delestrait (1)

Les particularités de l'ONE

Une des caractéristiques propre à l'ONE est de proposer aux familles (en Communauté française) qui le désirent un accompagnement préventif médico-social gratuit en consultation et /ou à domicile. Chaque famille, quel que soit son lieu de résidence, a la possibilité de bénéficier des services de l'ONE. A chaque commune est attaché un Travailleur Médico-Social (T.M.S) de l'ONE. Au total, ils sont au nombre de +/-650 équivalents temps plein, et ont une formation de base d'infirmier gradué (hospitalier, pédiatrique, accoucheuse...) ou d'assistant social. De plus, L'ONE assure la formation continue de ses agents dans différents domaines. Chaque famille peut fréquenter gratuitement une consultation prénatale ou une consultation pour enfants. Ces consultations sont assurées conjointement par le T.M.S. et un médecin (gynécologue, pédiatre, généraliste...), tandis que l'accueil y est pris en charge par des bénévoles locaux.

Le public de l'ONE est vaste. En premier lieu, l'enfant bien sûr, qu'il soit à naître ou qu'il ait moins de 6 ans. Mais l'enfant ne peut pas être retiré du contexte dans lequel il vit. Sa santé tant physique que mentale est étroitement liée à son environnement. C'est pourquoi l'ONE vise non seulement l'enfant mais également son milieu familial et son cadre de vie habituel (et le cas échéant, son milieu d'accueil). Futurs parents, parents, grands-parents et professionnels des milieux d'accueil sont donc les interlocuteurs privilégiés de l'ONE.

La santé, une notion qui a fortement évolué au cours des dernières décennies

Comme tout organisme attaché à la santé, l'ONE a évolué au cours des temps. Les préoccupations du début de siècle (à savoir haute mortalité infantile, taux de morbidité élevé, grandes crises sociales...) ont fait progressivement place à une attention plus particulière vers une santé globale, un capital santé à conserver et à une responsabilisation de chaque individu par rapport à sa propre santé. La lutte pour la vie est devenue moins cruciale et a fait place à la

lutte pour la «qualité» de la vie. Son rôle reste essentiellement préventif.

Le travail des professionnels de la santé de l'ONE a donc tout autant évolué.

Aux notions de «santé publique» et «d'éducation à la santé» sont venues s'ajouter des notions plus larges qui prennent en compte la santé globale de chaque individu et le rôle dont chacun dispose pour agir sur les facteurs déterminants de sa santé. Il en a donc une responsabilité personnelle et sociale. Pour illustrer cette évolution, nous pouvons ici retracer quelques slogans utilisés autrefois en comparaison avec ceux utilisés aujourd'hui.

- Une affiche de 1920, éditée par le service d'hygiène sociale recommandait «*Là où n'entre pas l'air et le soleil entre la tuberculose. Ouvrez donc la fenêtre!*». Ou encore en 1950 «*L'arbre nourrit son fruit, Maman, nourris ton enfant !*».

(Extraits du catalogue de l'exposition «*La santé en affiches*» de Education Santé et Question Santé) Comparativement, une affiche plus actuelle de l'ONE montre une femme enceinte et le slogan en est «*Et*



(1) Travailleur Médico-social relais en Promotion Santé, Service Education à la Santé, Office de la Naissance et de l'Enfance, Domaine de Chastre, route de Gembloux, 2, B-1450 Cortil Noirmont
Tél. : ++32 (0)81 62 27 38
Fax : ++32 (0)81 62 27 66
E-Mail: mireille.delestrait@one.be

si on se faisait une petite pause ?».

Une autre montre une maman près de son enfant qui s'éveille : le slogan en est « *Un bisou au réveil, c'est si bon !* ».

De telles comparaisons illustrent, on ne peut mieux, l'évolution des préoccupations en matière de santé. La prévention reste bien sûr une part importante du travail des professionnels de l'ONE. Elle vise ainsi le bien-être de l'enfant et de sa famille continuellement au cœur de la préoccupation des TMS.

L'évolution du concept des visites à domicile et de la relation entre le professionnel et les familles

Le concept de visites à domicile a également évolué au cours du temps. De systématiques et programmées, celles-ci sont passées à une offre de services plus « *à la carte* ». Du début du vingtième siècle jusqu'il y a encore quelques années, l'ONE rendait visite systématiquement à chaque famille, et ce de manière très régulière (chaque semaine dans les premiers mois de vie de l'enfant). Le suivi à domicile et en consultation était de la même façon systématiquement assuré jusqu'à l'âge de 6 ans. Les messages de santé qui y étaient véhiculés avaient essentiellement pour but d'induire un comportement optimal des familles pour lutter contre la mortalité et les maladies infantiles. Le recul de ces fléaux, l'amélioration de la santé au quotidien, la plus grande qualité de la vie ont largement contribué à l'évolution du concept de visites à domicile. Actuellement, l'ONE agit différemment et propose un service plus « *à la carte* ». Chaque famille a le choix de pouvoir ou non bénéficier du suivi de l'ONE, si elle le désire. Les visites à domicile systématiques ont, de ce fait, disparu. Après un premier contact de présentation, les parents choisiront eux-mêmes les services qui lui conviennent le mieux. L'échelle du choix est vaste, elle peut aller de « *aucun service* » au « *service plus complet* », c'est à dire, consultations et visites à domicile à la demande. Cela fait partie d'une évolution importante : les parents ne sont plus considérés comme « *ignorants* » et soumis aux « *savoirs* » mais bien comme des partenaires et des acteurs ayant une capacité propre, fondamentale dans la gestion de leur capital santé.

La base du dialogue entre le professionnel et les parents est donc devenue la mise en exergue de ce potentiel que possède chaque parent.

La restitution ou l'ancrage plus profond de la confiance en soi et en ses capacités va permettre aux parents et aux professionnels d'évoluer ensemble. Le « *savoir* » est partagé, qu'il soit dans les connaissances ou dans le « *savoir-faire* ».

Les messages propres à la santé se font donc dans une plus grande communication. Le professionnel de la santé étant tout à fait conscient que différents facteurs influencent le comportement de chacun et qu'il est désormais impossible d'en faire abstraction. L'histoire propre de chaque famille, son environnement, ses représentations de la santé, son estime d'elle-même et de ses capacités sont autant de facteurs auxquels le professionnel doit être

attentif.

Une relation de confiance doit s'installer où chacun restera ouvert et à l'écoute de l'autre.

L'évolution dans les programmes de santé

Les programmes de santé sont divers, ils font à la fois suite à des constatations scientifiques internes et externes à l'ONE mais également aux demandes et besoins plus locaux. Nous retrouvons dans les programmes de santé définis par l'ONE, différents objectifs:

- les programmes de prévention avec actes médicaux (ex.: les vaccinations) ;
- les programmes de dépistages (ex.: dépistages des troubles visuels et auditifs) ;
- les programmes de prévention (ex.: prévention de la prématurité, de la mort subite du nourrisson ou encore des « *accidents domestiques* »...) ;
- les programmes plus vastes de promotion de la santé (ex.: allaitement maternel, alimentation, sommeil...).

L'évolution de la recherche sur différents problèmes de santé a modifié les actes de prévention et leur approche. Certaines attitudes déterminées adéquates il y a 10 ou 20 ans sont tout à fait remises en question actuellement. Citons en exemple l'âge de l'introduction des aliments variés dans l'alimentation du bébé : en quelques années, il a reculé de plusieurs mois. Ou encore la position de couchage du bébé qui a été radicalement modifiée : de ventrale elle est passée à dorsale. Les professionnels sont donc parfois confrontés à une certaine réticence des parents à ces changements. Il faut que ceux-ci acceptent l'idée que les attitudes qu'ils ont adoptées pour un enfant précédent (alors qu'il est en parfaite santé) ne sont plus celles recommandées actuellement. L'influence intergénérationnelle est importante. La « *grand-mère* » aura souvent des arguments de poids et une influence non négligeable dans bien des comportements de la maman. Le professionnel de la santé doit donc être non seulement lui-même convaincu du bien fondé de ces changements mais également disposer d'arguments établis pour les faire accepter. La formation des professionnels est donc primordiale.

Une approche de la santé par différents canaux

Le soutien que peuvent obtenir les professionnels de la santé au travers de différents canaux va aussi influencer la réussite de leur action. Si un message est non seulement diffusé oralement lors du contact entre le professionnel et les parents mais l'est simultanément par les médias, son impact en sera d'autant amplifié. Le programme « *mort subite* » en est un exemple récent : les messages échangés lors du contact parents-TMS étaient conjointement diffusés par la radio et la télévision; en outre, le professionnel disposait d'outils écrits pour appuyer son message. L'ancrage a pu, de cette manière, se

faire par différents canaux.

Les brochures, tracts, jeux et outils dont un professionnel va disposer vont également faciliter l'intégration des différents messages.

Une approche de la santé via des animations collectives est fréquente à l'ONE. On peut alors y observer la richesse des échanges entre les participants, leur partage d'expérience...

Un Service Education / Promotion à la Santé à la disposition des professionnels de l'ONE et des familles

L'ONE dispose d'un Service éducation à la santé composé de différents professionnels:

- infirmières ou assistantes sociales spécifiquement formées (en éducation à la santé, santé communautaire, famille...),
- administratifs formés dans différents domaines (l'audiovisuel, la confection, le secrétariat...).

Ce Service, en collaboration avec d'autres Services de l'ONE tels que Formation, Etudes, Communication, Inspection... propose aux TMS de terrain un soutien dans les actions de promotion de la santé ou éducation à la santé qu'elles entreprennent. Appuyé par différents référents scientifiques et par les expériences de terrain, il crée des outils (brochures, affiches, jeux, tracts...), aide dans la recherche, soutient d'une manière dynamique les actions de terrain (individuelles ou collectives), complète la formation des professionnels de l'ONE dans le domaine de la promotion de la santé...

Ce service diffuse également brochures et tracts à la demande directe du public: parents, futurs parents, organismes extérieurs, étudiants...

Une action coordonnée entre les différents professionnels

La collaboration entre les différents professionnels est également essentielle. Les contre-messages sont à éviter. Il est donc important pour l'ONE que lorsqu'un programme est arrêté, il soit généralisé bien au-delà de ses propres agents. Prenons l'exemple de la campagne «Mort Subite», si seuls les agents de l'ONE avaient diffusé les 5 messages de base, ils se seraient retrouvés confrontés à d'importantes difficultés qui auraient déstabilisé les parents. Exemple : la position dorsale lors du couchage de l'enfant aurait été recommandée par l'ONE, alors qu'en maternité cette position n'aurait peut-être pas été unanimement adoptée. Trop souvent encore les parents reçoivent des renseignements contradictoires. Une collaboration intersectorielle plus systématique devrait se généraliser.

De même, si une action de prévention est entreprise, la collaboration entre les différents professionnels qui rencontrent les différents membres d'une famille est importante : l'ONE aura une approche familiale au domicile ou en consultation, l'IMS et le PMS, dans le milieu scolaire....

Des outils de recherche pour aider les professionnels

Une bonne communication en matière de santé passe également par la conscience des besoins propres aux familles. Une famille, tout individualisée qu'elle soit, doit être prise dans son contexte global : son environnement, le niveau socio-économique de sa région, les moyens locaux dont elle dispose pour prendre en charge sa santé.... Le professionnel doit donc adapter son action en fonction des besoins et réalités rencontrés sur le terrain. Une bonne connaissance de sa région, des réalités sociales, de «l'état de santé» de son public lui sera d'une aide précieuse. Pour cela, l'ONE s'est adjoint depuis quelques années, une Banque de Données Médico-Sociales qui grâce aux travailleurs de terrain peut broser un état des lieux dans différents domaines de santé (évolution du poids de naissance, tabagisme, vaccinations, taux de mortalité due à la mort subite du nourrisson...)

Cette vue plus globale de l'état d'un terrain fait évoluer l'approche du professionnel : objectifs à atteindre, priorités à aborder, évaluation des résultats obtenus...

Des programmes de santé plus globaux peuvent être entrepris. Une évaluation de leur impact en est facilitée.

Conclusions

Si le rôle éducatif des différents professionnels de la santé dans l'information aux parents reste fondamental, il semble évident que l'efficacité des messages diffusés est intimement liée à de multiples facteurs. La simple information n'est pas un gage de réussite. Il faut considérer les personnes comme actrices de leur propre santé. Le professionnel sera un de ceux qui pourra leur donner les bases pour agir en toute connaissance de cause.

Modifier les comportements en matière de santé peut à la fois être très simple et très difficile. On a parfois observé des changements immédiats de comportement quand celui-ci n'était induit que par un manque de connaissance : la personne «pensait bien faire car elle ne savait pas». Par contre d'autres comportements ancrés plus profondément (conviction, habitude, culture, représentation...) restent souvent la pierre d'achoppement des programmes de santé. Les professionnels de la santé doivent rester convaincus que chaque famille désire ce qu'il y a de «meilleur» pour son enfant et partant de ce principe, chacun doit faire en sorte que cette notion de «meilleur» ait une résonance la plus concordante possible. ■



(1) Licenciée en sociologie, chargée de recherche au Centre d'Education du Patient,
Rue fond de la biche, 4
5530 Godinne
Tél. : ++ 32 (0)82 61 46 11
Fax : ++ 32 (0)82 61 46 25
E-mail : cep_godinne@skynet.be

Promotion de la santé du nourrisson : quelques outils disponibles au Centre d'Education du Patient

Par Nathalie Martin (1)



Le dépliant «*Ensemble, préparons sa naissance*» sensibilise les futurs parents aux conseils de prévention de la mort subite du nourrisson et apporte des informations sur l'alimentation, les dangers des drogues et de l'alcool. Gratuit.

Dans la même ambiance graphique, le dépliant «*Ensemble, réduire les risques de mort subite, c'est possible*» informe les jeunes parents des conseils de prévention de la mort subite du nourrisson. Il constitue un support à l'information diffusée par les soignants et les professionnels de la santé : maternité, pédiatries, crèches, consultations ONE,... Gratuit *



Le vidéogramme «*L'allaitement, le temps d'y penser*» produit par «*La Goutte de lait*», replace l'allaitement dans son contexte relationnel et affectif et donne quelques notions de base sur la physiologie de cette fonction. Il est accompagné d'un guide d'utilisation pédagogique. Couleurs PAL Durée : 22 minutes, 650 Bef (16,11 Euros) *



L'affiche «*Ensemble, réduire les risques de mort subite, c'est possible*» sensibilise les futurs parents, les jeunes parents et leur entourage aux conseils de prévention de la mort subite du nourrisson. Elle constitue un support à l'information diffusée par les soignants et les professionnels de la santé. Déclinée en deux dimensions (40 X 60 cm et 30 X 40 cm) cette affiche peut être placée dans tous les lieux de passage (maternités, pédiatries, crèches, pharmacies, cabinets de consultations des médecins,...). Gratuite *



La petite voiture autocollante «*Sois sympa, ne fume pas près de moi*!» sensibilise les futurs et jeunes parents à la nécessité pour le bébé de vivre dans un environnement sain et sans tabac et les aide à faire passer le message à

l'entourage. Conçue pour être collée sur la vitre du véhicule, elle invite les passagers à ne pas fumer à bord. De couleurs vives et contrastées, cet autocollant constitue également un message pour toutes les personnes qui croisent le véhicule. Gratuit *

Le vidéogramme «*Pour bien commencer la vie...*» explique dans un premier temps les quatre principaux conseils pour diminuer les risques de mort subite du nourrisson :

- Protéger le bébé du Tabac avant et après la naissance.
- Coucher le bébé sur le dos pour dormir.
- Ne pas trop chauffer la pièce où le bébé dort, ni trop le couvrir.
- Garder le visage du bébé bien dégagé.

Dans un second temps, cette cassette aborde différents thèmes qui font partie du quotidien de l'enfant : l'importance de l'allaitement maternel, le respect des rythmes du bébé, quand contacter le médecin ...

Construit au départ des questions, des préoccupations et des difficultés que rencontrent de nombreux (futurs) parents, ce vidéogramme tente d'y répondre dans un langage clair et accessible.

Couleurs PAL Durée : 12 minutes.
350 Bef (8,68 Euros) **



La petite maison de carton «*Sois sympa, ne fume pas chez moi*» sensibilise les jeunes et futurs parents à la nécessité pour le (futur) bébé de vivre dans un environnement sain et sans tabac.

Elle les aide à faire passer le message à l'entourage et aux visiteurs. Conçue pour être placée (suspendue) dans la maison, elle invite à ne pas fumer à l'intérieur de celle-ci. Gratuite *



Un site Internet consacré à la prévention de la mort subite du nourrisson est actuellement en construction. Reprenant les quatre conseils de prévention de la mort subite, il sera accessible à la rentrée à l'adresse suivante :

<http://www.mortsubitedunourrisson.be>.

Vous désirez vous procurer certains de ces outils ? Prenez contact avec le Centre d'Education du Patient ...

Tél : 081 / 61 46 11 - Fax : 081 / 61 46 25 - Email : cep_godinne@swing.be

* Les frais d'envoi sont à ajouter

** Les frais d'envoi sont compris dans le prix.

... suite du Sommaire de la page 4 de couverture.

Allaitement

Les intérêts de l'allaitement La situation dans les pays industrialisés

par Mikel de Ajuriaguerra

Allaitement maternel : c'est bien pour la mère aussi !

par Irène Loras-Duclaux

Comment les professionnels peuvent-ils aider les mères à nourrir leur bébé ?

par Liliane Pirard-Gilbert

Les représentations de l'allaitement, chez les femmes, le public, les soignants.

par Ingrid Bayot

L'allaitement maternel : un secret pour les jeunes ?

par les enseignants responsables de la formation des sages-femmes Hemes Institut Ste Julienne, Liège

Allaitement maternel : pourquoi et comment former les équipes soignantes ?

par Christilla Coussement

Le droit d'être informé(e) ? Oui, mais pas n'importe comment !

par Ingrid Bayot

Evolution dans l'accompagnement de l'allaitement maternel au sein d'une maternité

par Anne-Marie Corbier, Sœur Lucrèce, Marie Stevens

Campagne en faveur de l'allaitement maternel dans le Finistère 1993-2000

par Irène Le Goull

L'allaitement maternel en France en 1995

par Monique Kaminski, Monique Crost

Pour protéger, encourager et soutenir l'allaitement maternel une initiative internationale et un label de qualité «Hôpital Ami des bébés»

par Françoise Moyersoën

Infor-Allaitement

par Liliane Schaner

Le rôle éducatif

Le Rôle éducatif du gynécologue dans l'information des parents à l'hôpital et au retour à domicile

par Christiane Brasseur

Sage-femme, praticienne de la naissance

Nouls Annick

Rôle éducatif du personnel infirmier face à la maman et son nouveau-né

par Edgard Peters

Rôle (éducatif) du pédiatre dans l'information des parents à la maternité et au retour à domicile

par Michel Dechamps

Les nourrissons, leurs parents et leur généraliste

par Thierry Liegeois, Christine Lanbotte et Jean Laperche

L'approche des programmes de Santé par les professionnels de l'ONE dans leur rôle envers les familles

par Mireille Delestrait

Promotion de la santé du nourrisson :

Quelques outils disponibles au Centre d'Education du Patient

par Nathalie Martin

47

48

50

51

54

59

61

64

68

70

73

74

78

79

80

82

84

87

88

89

92

CEP © 2001 - 082/61 46 11

ASCREEN s.a. - 081/83 02 10

ASCREEN s.a. - 081/83 02 10



LE BULLETIN D'EDUCATION DU PATIENT EST UNE PUBLICATION DU CENTRE D'EDUCATION DU PATIENT A.S.B.L.

IL S'ADRESSE À TOUTES LES PERSONNES INTÉRESSÉES PAR LE PROBLÈME DE L'INFORMATION ET L'ÉDUCATION À LA SANTÉ DU PATIENT ET DE SON ENTOURAGE. SON OBJECTIF EST D'AIDER LES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ À RESTER INFORMÉS DES IDÉES, EXPÉRIENCES, MOUVEMENTS ET NOUVEAUX PROGRAMMES D'ÉDUCATION À LA SANTÉ DU PATIENT.

PROMOTION DE LA SANTÉ DU NOURRISSON TOME 1

Editorial <i>par Jean-Luc Collignon</i>	1
Promouvoir la santé des nourrissons et de leurs parents... <i>par Brigitte Sandrin Berthon</i>	2

La mort subite du nourrisson

Les parents et les professionnels face à la mort subite du nourrisson : résultats d'enquêtes en Communauté française de Belgique <i>par Nathalie Martin</i>	5
Evolution de la mortalité post-néonatale en Belgique entre 1987 et 1997 <i>par José Groswasser, Patricia Franco et André Kahn</i>	6
Mort Subite du Nourrisson en Communauté française : Quoi de neuf ? <i>par Françoise Ravet</i>	11
Approche du tabagisme dans la prévention de la mort subite du nourrisson <i>par Geneviève François</i>	14

Tabagisme

Le tabagisme des femmes enceintes : bilan et recommandations pour les professionnels de santé <i>par Bérengère Janssen</i>	17
Le tabagisme fœtal et ses conséquences <i>par Laurence Galanti</i>	19
Le tabagisme environnemental et la santé de l'enfant <i>par Véronique Godding</i>	20

Alimentation

Alimentation et grossesse <i>par Anne Méan</i>	24
---	----

TOME 2

Drogues

Effets néfastes pour le fœtus et le nouveau-né de la consommation de drogues par la femme enceinte et influence sur le risque de MSN <i>par Françoise Ravet</i>	26
Embryofetopathie à l'éthanol ou syndrome fœtal-alcoolique <i>par Alain Verloes</i>	28
	29
	33
	34
	41

Suite du Sommaire au verso, page 3 de couverture ...

Bulletin d'Education du Patient à sa maladie ISSN = 0777-0898

ALPHASCREEN

CEP © 2001 - 082/61 46 11

ALPHASCREEN s.a. - 081/83 02 10

01-082/61 46 11

ALPHASCREEN s.a. - 081/83 02 10