Zeitschrift: Schweizer Hebamme : offizielle Zeitschrift des Schweizerischen Hebammenverbandes = Sage-femme suisse : journal officiel de l'Association suisse des sages-femmes = Levatrice svizzera : giornale ufficiale dell'Associazione svizzera delle levatrici

Herausgeber: Schweizerischer Hebammenverband

Band: 80 (1982)

Heft: 12

Artikel: Alimentation du nourrisson en Europe du Nord

Autor: Helsing, Elisabet

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-950580

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 12.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Alimentation du nourrisson en Europe du Nord

par Elisabet Helsing
Direction générale de la santé publique, Oslo

Elisabet Helsing analyse quelques-uns des facteurs qui ont entraîné un déclin de l'allaitement au sein en Europe du Nord dans les années 1870–1920, un regain de faveur pendant la deuxième guerre mondiale et à nouveau une forte diminution jusqu'en 1970, époque à laquelle la tendance s'est inversée.
La désaffection de l'allaitement au sein fut liée notamment aux pratiques hospitalières, aux attitudes des personnels de santé et à l'ignorance en matière de savoir-faire, situation dont les fabricants de préparations pour nourrissons ont tiré profit. Au cours des dix dernières années, les avantages de l'allaitement ont éte largement diffusés aussi bien par les groupes de mères que par les autorités sanitaires.
En évoquant les facteurs influant sur le choix de l'allaitement et sur sa place dans les politiques nationales de nutrition, Elisabet Helsing souligne l'importance de la participation des mères à l'élaboration de politiques cohérentes et à la mise en place des structures favorisant l'allaitement au sein.

Le déclin de l'allaitement au sein lié à l'expansion des services de santé

Des modifications spectaculaires sont intervenues dans les modes d'allaitement au cours des 50 dernières années. Jusqu'à une époque récente, on a observé dans toute l'Europe du Nord une baisse de la fréquence et de la durée de l'allaitement au sein. Ce phénomène a commencé à la fin du XIXe siècle, s'est stabilisé, puis s'est inversé dans une certaine mesure pendant la deuxième guerre mondiale pour reprendre après 1945.
Ce déclin a coïncidé avec l'expansion des services de santé dans la plupart des pays d'Europe du Nord. Aujourd'hui, près de 100% des mères qui ont de jeunes enfants entrent, un jour ou l'autre, en contact avec ces services; cela s'est traduit, en matière de santé infantile dans son ensemble, par de bons résultats qu'attestent les statistiques de morbidité et de mortalité infantiles. Pour ce qui est de l'allaitement maternel, en revanche, la situation est plus douteuse. Il existe une relation inverse entre la couverture des services de santé et l'allaitement maternel dans la plupart de ces pays.

Des pratiques hospitalières peu favorables à l'allaitement
A l'exception des Pays-Bas, la plupart des mères en Europe du Nord accouchent à l'hôpital ou en clinique. Elles y sont soumises aux pratiques des maternités, au titre desquelles la mère et le nouveau-né sont en général temporairement séparés après l'accouchement.
Bien que dans les hôpitaux plus progressistes cette coutume soit désormais en voie de disparition, dans de nombreux cas le changement n'est adopté qu'à regret, le personnel estimant qu'il est moins pratique de s'occuper à la fois de la mère et du nourrisson.
Le temps accordé dans les maternités à une relation mère-enfant non perturbée est également souvent fort limité. En 1973, une étude portant sur la totalité des services de maternité de Norvège a montré que dans 50% des cas, la mère et le nourrisson avaient droit à être ensemble moins de quatre heures par jour. Cette tendance semble, elle aussi, évoluer. Au cours des dernières années, un nombre croissant d'hôpitaux ont adopté des attitudes plus libérales permettant à la mère et au nouveau-né de partager la même chambre. Malgré cela, l'importance de rapports sans restriction entre la mère et son enfant au cours des premiers jours n'est pas reconnue partout, et les mères ne sont pas encouragées durant cette période relationnelle à alimenter le nourrission aussi souvent qu'il le réclame. Dans la majorité des maternités, la norme demeure celle des repas à heures fixes. Il est intéressant de remarquer à cet égard que la Réunion conjointe OMS/UNICEF sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, organisée en 1979, a adopté à l'unanimité le principe du maintien permanent du nourrisson auprès de sa mère et de l'allaitement à la demande.

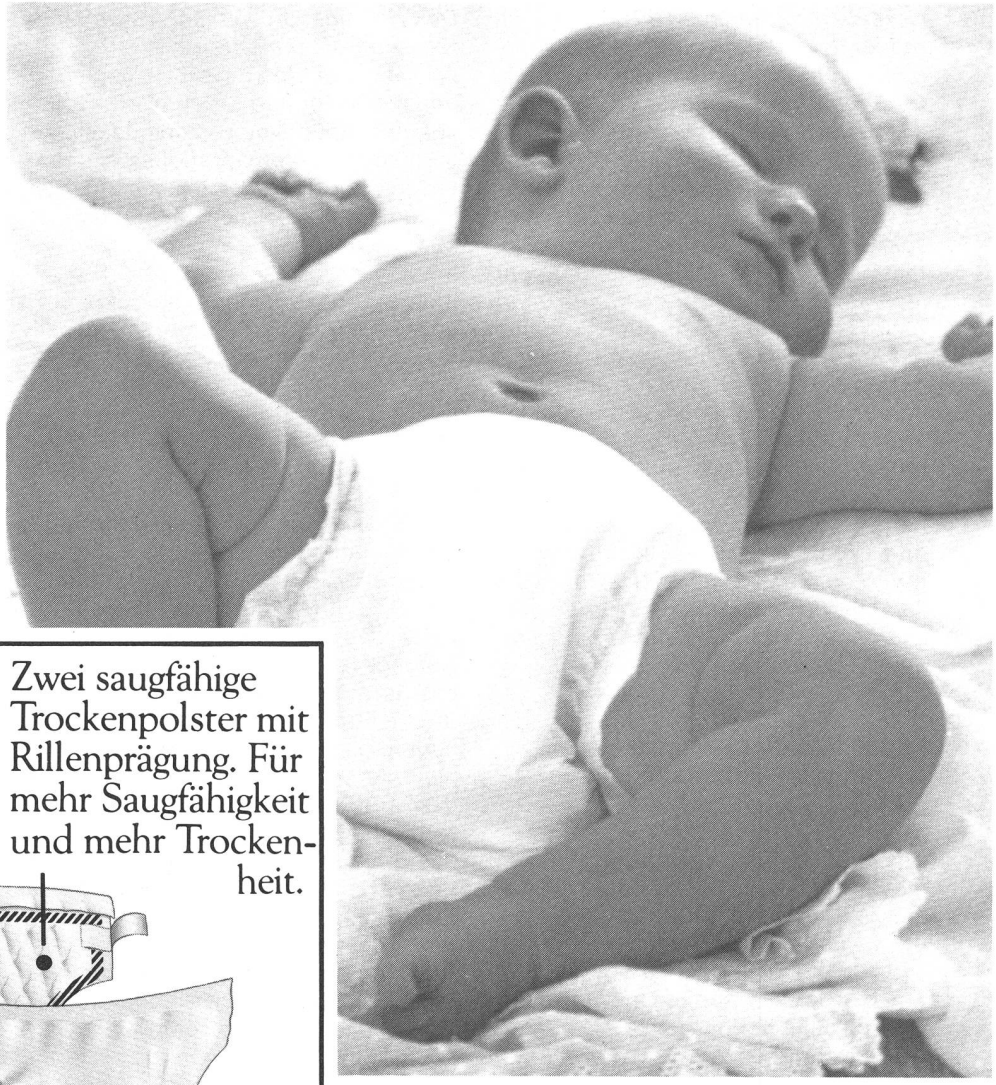
Les techniques d'alimentation au biberon appliquées à l'allaitement au sein
Les progrès des connaissances scientifiques en matière de nutrition infantile au début de ce siècle a certainement conduit à une amélioration considérable du statut nutritionnel et de l'état général de santé des enfants en Europe du Nord. Pour ce qui est de l'allaitement au sein, en revanche, une évolution surprenante s'est produite.
Des techniques d'alimentation au biberon, reconnues sur le plan scientifique, ont été mises au point et répandues dans le grand public sans que l'on accorde une attention comparable aux connaissances pratiques relatives à l'allaitement au sein. Bien au contraire, les techniques de l'alimentation au biberon ont été transférées à l'allaitement au sein. La notion des repas à intervalles réguliers, inconnue jusqu'alors, la durée fixe des repas, voire la notion de «vider» qui, pour applicable qu'elle soit au biberon, est physiologiquement dénuée des sens par rapport au sein – toutes ces techniques ont été prônées de façon générale aussi bien pour l'allaitement que pour le biberon. Dans de telles circonstances, on peut être surpris de constater que certaines mères aient malgré tout été capables de nourrir au sein.

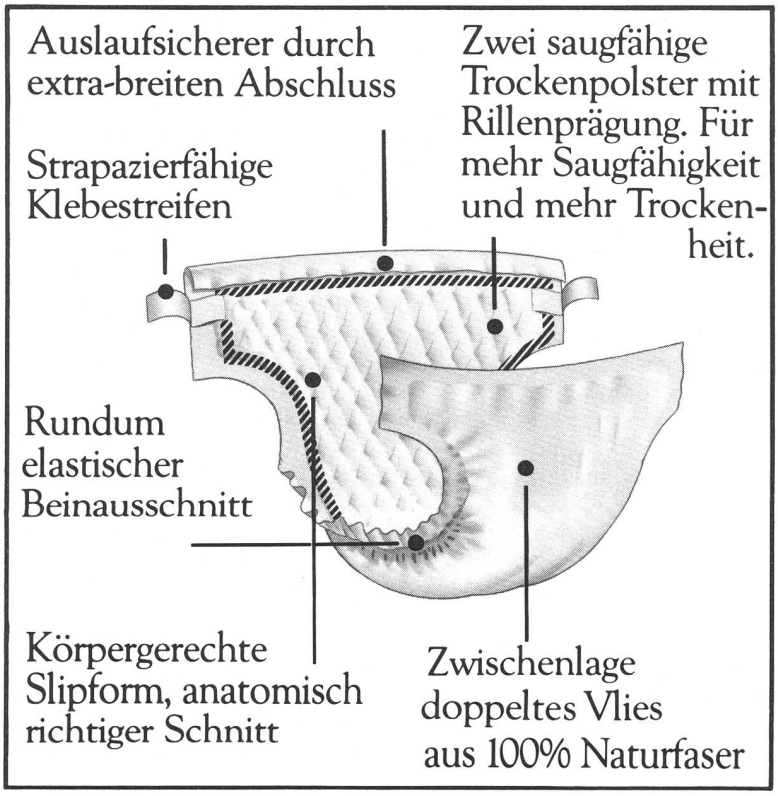
Manque de connaissances pratiques du corps médical
Confronté au tarissement du lait ou simplement à des problèmes relatifs à la lactation, le personnel de santé se trouvait donc – et se trouve encore – en difficulté pour apporter une réponse adéquate aux mères. Les ouvrages de médecine sont des sources d'information bien pauvres lorsqu'il s'agit de trouver la solution à ces difficultés. S'ils traitent brièvement et superficiellement de complications telles que la mastite ou des mamelons douloureux, ils passent sous silence la façon dont on peut aider une mère souffrant d'hypogalactie à rétablir une lactation satisfaisante, comment prévenir les lésions des mamelons ou persuader un nourrisson réticent à prendre le sein. Même le rétablissement du mécanisme de la lactation, phénomène aujourd'hui bien documenté sur le plan scientifique, est rarement mentionné. Dans l'ensemble, on peut estimer que la littérature médicale s'intéresse peu à la solution des difficultés survenant durant l'allaitement au sein.
Les personnels de santé doivent donc tirer leurs connaissances de leur expérience personnelle ou se résoudre à les rechercher dans des livres de vulgarisation ou des ouvrages destinés aux mères.
La solution à ces problèmes a le plus souvent simplement consisté à conseiller l'adoption du biberon. Il s'agit évidemment d'une solution de facilité pour le personnel de santé. Donner

Jetzt auch bei uns in der Schweiz:

Die neue Comfort-Windel

Für mehr Comfort – bis an den





Die neue Comfort-Windel BabySlip Peaudouce gibt es in 4 Grössen. Für jedes Kind von 3 bis 25 kg.

BabySlips

PEAUDOUCE®

Mehr Comfort und Zärtlichkeit für das Baby. Vom ersten Tag an.

BabySlip Peaudouce aus Frankreich. Höschenrand.

Peaudouce heisst «zarte Haut». Dieser neue BabySlip hat in wenigen Jahren Mütter in ganz Europa überzeugt. Warum?

Mehr Comfort durch 2 rundum geprägte Trockenpolster – bis ganz hinaus an den Höschenrand.
Weniger Nässe bedeutet weniger Hautreizung. Die 2 extra saugfähigen Trockenpolster haben eine feine Rillenprägung. Die Feuchtigkeit wird dadurch sofort abgeleitet und auf die ganze Windel verteilt.

Mehr Comfort durch rundum zärtliches Vlies.
Das zarte Vlies ist aus 100% Naturfaser, unparfümiert, frei von Bleichmitteln und optischen Aufhellern, was zu einer besseren Hautverträglichkeit führt.

Mehr Comfort durch körpergerechte Slipform
Der anatomisch richtige Schnitt macht die Comfort-Windel BabySlip Peaudouce so beispielhaft bequem: so saugfähig wie eine Windel und so angenehm zu tragen wie ein Slip. Das Baby kann sich nach Herzenslust frei bewegen und fühlt sich rundum wohl.

Mehr Comfort durch rundum elastischen Beinausschnitt.
Der neuartige, dehnbare Beinausschnitt mit dem weichen, zugfähigen Elasticband umschliesst sanft die Beinchen. Hier drückt und rutscht nichts.

Mehr Comfort durch extra-breiten Abschluss
Durch den neuen, viel breiteren umlegbaren Abschluss sind BabySlips Peaudouce am Rücken und Bäuchlein noch auslaufsicherer.

Peaudouce Kundendienst,
Postfach 375, 1211 Genf 12

Bestell-Bon

Ich möchte die neue Comfortwindel Babyslips Peaudouce kennenlernen.

Bitte senden Sie mir 1 Musterpackung Babyslips Peaudouce pro Grösse sowie 25 Bons für 1 Gratis-Musterpackung nach Wahl (Inhalt: 2 Babyslips Peaudouce) zum Verteilen an Mütter.

Name:

Vorname:

Strasse:

PLZ/Ort:

einsenden an Peaudouce, Musterversand, 4244 Röschenz

des conseils appropriés, expliquer le processus de la lactation et s'efforcer de restaurer la confiance d'une mère sont des opérations qui exigent beaucoup de temps et qu'il faut souvent recommencer plusieurs fois, alors que la préparation artificielle contient un mode d'emploi tout prêt.
En Europe du Nord comme ailleurs, par conséquent, le nombre croissant de mères qui se sont adressées aux centres de PMI ou à leur médecin pour recevoir des conseils en matière d'allaitement au sein n'ont bénéficié que d'une aide limitée. Jusqu'à une époque récente, l'ignorance et le manque d'intérêt du corps médical, en Europe comme partout dans le monde, comptèrent parmi les principales causes d'échec de la lactation.

Une situation exploitée par les fabricants d'aliments infantiles

C'est dans ce contexte qu'ont été lancés les laits artificiels pour nourrissons. Dans la plupart des pays d'Europe du Nord, l'alimentation artificielle des nourrissons était chose commune et le déclin de l'allaitement au sein se faisait déjà sentir.
Les préparations pour nourrissons ont été lancées progressivement dans ces pays, sur une période de plusieurs années, et les efforts de commercialisation étaient, au départ, assez limités. Toutefois, les responsables de la commercialisation semblent avoir mieux saisi que les personnels de santé les raisons pour lesquelles le mères ne nourrissaient pas au sein. L'approche suivie s'est appuyée sur deux motivations fondamentales chez les mères:

- la crainte de ne pas être capables d'allaiter au sein de manière adéquate;
- un fort désir de voir leurs nourrissons en bonne santé.

La stabilisation de la tendance à la baisse, qui s'est manifestée dans de nombreux pays d'Europe du Nord au cours des années 1970, a peut-être été retardée en raison de la disponibilité des préparations pour nourrissons sur le marché et de l'influence exercée par les techniques de commercialisation.

De nouvelles tendances en Scandinavie

Dans cette section, je m'appuierai surtout sur des données scandinaves puisque les nouvelles tendances y ont été étudiées de façon approfondie, bien qu'il leur ait été fait peu de publicité ailleurs. En outre, il est difficile de se faire une idée précise de la fluctuation de l'allaitement maternel dans de nombreux pays dans la mesure où il n'existe que peu d'études nationales sur l'allaitement.

Analyse des données recueillies depuis 1870
Les données provenant de la Suède et de la Norvège ne sont pas tout à fait comparables à celles du Danemark, ce pays ayant modifié sa méthode d'enquête en 1972. La figure 1 atteste toutefois d'un accroissement depuis 1973 de la durée moyenne de l'allaitement au sein, calculée en nombre de semaines. La figure 2 indique le pourcentage d'enfants nourris exclusivement au sein en Suède à l'âge de 2 et 6 mois, pendant les 40 dernières années. Pour les années 1976–1977, les taux correspondent à la moyenne enregistrée dans neuf comtés. La reprise confine au spectaculaire, surtout si l'on considère que «allaitement exclusif» signifierait l'absence d'une quelconque alimentation complémentaire liquide ou solide.

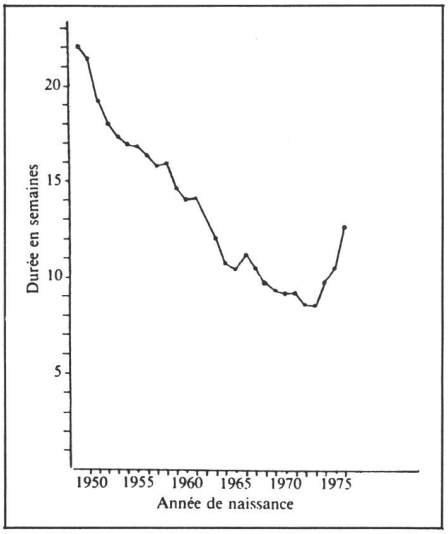


Fig. 1: Durée moyenne de l'allaitement maternel en semaines, Copenhague, 1950–1976.

Enfin, les données relatives à la Norvège présentées dans la figure 3 reflètent une tendance comparable à celles constatées au Danemark et en Suède. Des données rétrospectives portant sur le taux d'allaitement au sein de 1870 à 1920 ont été recueillies à l'Hôpital national de Norvège, à Oslo. Elles témoignent d'une baisse progressive de l'allaitement au cours de la révolution industrielle. Les manuels pour sages-femmes et agents de santé révèlent que la profession médicale s'inquiétait de cette désaffection et exhortait les personnels de santé à promouvoir l'allaitement au sein.
Les progrès en matière d'hygiène et de traitement du lait de vache semblent toutefois avoir convaincu nombre de pédiatres influents de la supériorité de l'alimentation au biberon sur le traditionnel allaitement au sein. Sur le plan conceptuel, l'allaitement au biberon allait de pair avec l'approche «scientifique» de l'éducation des enfants en vogue dans les années 1920 et 1930. C'est pourquoi à la fin des années 1920, le personnel de l'Hôpital national cessa de demander aux mères comment elles avaient nourri leur(s) enfant(s) précédent(s) et les statistiques font défaut pendant une période de dix ans.

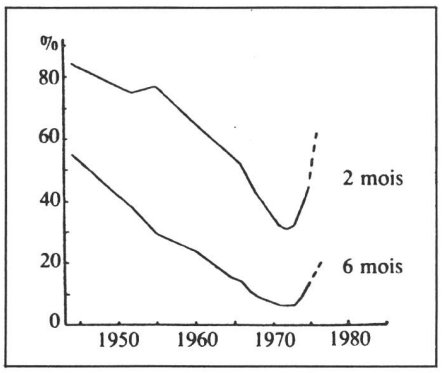


Fig. 2: Pourcentage des nourrissons allaités exclusivement au sein à 2 et à 6 mois, Suède, 1940–1977.

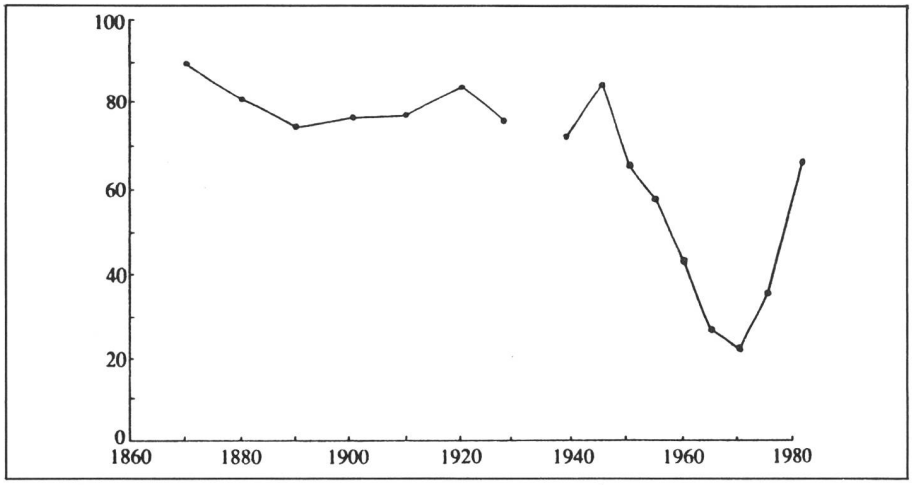


Fig. 3: Pourcentage des mères allaitant au sein à 3 mois à Oslo, Norvège, 1870–1980.

Pendant la deuxième guerre mondiale, la Norvège traversa une période difficile en matière d'approvisionnement alimentaire et le taux d'allaitement au sein connut une progression significative entre 1940 et 1945. Après la guerre, les conditions en Norvège furent similaires à celles de la plupart des pays d'Europe occidentale et on enregistra une diminution considérable de l'incidence de l'allaitement au sein. Cette situation s'est cependant à nouveau modifiée en 1970 avec l'apparition d'une forte tendance en faveur de l'allaitement maternel qui persiste encore aujourd'hui. Environ 70% des mères allaitent leurs enfants pendant au moins trois mois, les différences entre zones rurales et urbaines étant apparemment faibles.

Un facteur de changement, les multiples campagnes d'information
Dans les trois pays, cette modification des tendances s'est accompagnée d'un intérêt accru du public pour les problèmes de l'allaitement maternel et ses solutions. Dans les trois cas, le regain de faveur de l'allaitement a été précédé d'un déluge d'articles de presse, de programmes de radio et de télévision et, surtout, d'ouvrages et de brochures apportant aux mères des informations pratiques.

Des organisations de femmes allaitantes ont également été créées au cours de la même période – en Norvège en 1968 (Ammehjelpen), en Suède en 1971 (Amningshjalpen) et au Danemark en 1975 (La Leche League).

Dans les trois pays scandinaves mentionnés, les mères ont été sensibilisées par les médias et les services de santé au fait que la faculté d'allaiter ne doit rien au destin ou au hasard, mais dépend d'elles, à condition d'être aidées. Les vieux malentendu selon lequel certaines femmes peuvent nourrir au sein et d'autres en seraient incapables a peu à peu fait place à la compréhension que l'allaitement au sein n'est pas quelque chose d'inné ou d'instinctif, mais qui s'apprend. Les connaissances et la tradition transmises de mère en fille, de sœur à sœur, ont disparu avec l'urbanisation et la fragmentation des familles, et il s'agit maintenant de les redécouvrir.
Malheureusement, les recherches sur les traditions de soins aux nourrissons sont rares. Bien peu d'études scientifiques ont été entreprises dans ce domaine, du moins en Europe du Nord.

Un taux plus élevé d'allaitement chez les classes aisées
Le taux d'allaitement au sein ne connaît pas une hausse uniforme dans tous les groupes sociaux. Il est plus élevé chez les femmes ayant un niveau d'instruction supérieur et appartenant aux classes socio-économiques aisées que chez les femmes des classes ouvrières. Des observations comparables ressortent de la plupart des études effectuées en Europe occidentale, de même qu'aux Etats-Unis.

Plusieurs explications peuvent entrer en cause. Les mères plus instruites sont davantage conscientes des bienfaits physiologiques et psychologiques de l'allaitement au sein. Elles lisent davantage d'articles récents sur la question et sont donc, dès le départ, plus motivées. Les femmes instruites sont mieux à même d'utiliser les informations existantes, soit en achetant elles-mêmes des ouvrages, soit en recourant au matériel diffusé par les services de santé. Lorsqu'elles quittent la maternité, ces mères sont également dans une meilleure position pour revendiquer les conditions leur permettant d'allaiter. Qu'elles le font est attesté par les résultats d'une étude effectuée en Norvège occidentale, selon laquelle 32% des mères qui exerçaient un emploi rémunéré avant la naissance de leur enfant continuaient à allaiter au bout de six mois, contre 23% des femmes sans profession avant leur accouchement. Holm Arstad signale la même tendance à Oslo: les mères qui reprennent un métier ou qui retournent à leurs études au cours des 12 premiers mois après la naissance allaitent davantage au sein que celles qui restent chez elles. Ceci témoigne de l'importance d'une politique nationale qui donne aux mères de toute appartenance sociale des possibilités égales d'allaiter au sein si elles exercent une profession.

Le taux supérieur d'allaitement au sein parmi les femmes instruites des pays industrialisés diffère fondamentalement de la situation que connaissent les pays du Tiers-Monde, bien que l'auteur pense que celle-ci changera au cours des 10 ou 20 prochaines années.

La promotion de l'allaitement au sein par les autorités sanitaires
Bien que l'initiative en revienne à des personnes privées et aux médias. le regain d'intérêt manifesté à l'égard de l'allaitement maternel en Scandinavie a rapidement rencontré un écho favorable auprès des autorités compétentes. Ainsi, les ministères des affaires sociales de Suède comme de Norvège ont, respectivement en 1973 et 1974, confié à des commissions d'experts la tâche d'examiner les problèmes posés et les possibilités offertes par l'allaitement au sein.

Le rapport suédois, publié en 1976, analyse les avantages de l'allaitement maternel, les propriétés du lait de femme et la psycho-physiologie de la lactation. Il esquisse également le contenu de programmes pour changer la situation.
Le rapport norvégien, publié en 1978, part du principe que l'allaitement au sein est utile et possible, s'inspire d'une partie du travail déjà accompli par les experts suédois et procède à un examen critique des conditions sociales et pratiques de l'allaitement au sein; le rapport propose enfin une série d'actions destinées à promouvoir l'allaitement au sein.

La participation des mères, trop longtemps négligée

Il est important de remarquer que dans les trois pays scandinaves mentionnés et dans de nombreux autres pays du monde, cette modification de la tendance trouve son point de départ dans l'action des mères ayant ressenti le besoin de changer la situation.
On oublie trop facilement dans les milieux professionnels que c'est auprès des personnes les plus directement concernées que l'on peut obtenir une information de première main. Ceci constitue, en fait, un exemple parfait de «participation populaire». Cependant, lorsqu'il s'agit de débattre sérieusement de la «participation populaire», on oublie trop généralement d'y inclure les mères. On a tendance à nous prendre pour des fanatiques, et certaines d'entre nous le sont effectivement. D'autres, en revanche, possèdent une compréhension suffisante des problèmes en jeu et de leur évolution pour porter un jugement équilibré sur les avantages et les inconvénients de la lactation. D'ailleurs, certaines mères font aussi partie du corps médical ...

Aliments de complément: croyances et motivations

Aujourd'hui, les milieux industriels sont en voie de s'approprier la responsabilité de l'alimentation du nourrisson et l'on s'efforce de persuader les mères que les besoins de leurs enfants seront, de ce fait, pris en charge de manière scientifique.
J'aimerais mettre en évidence quelques-uns des dangers inhérents à cette situation.

Danger de dépendance
Si, pour une raison quelconque, une mère est obligée de se passer des préparations pour nourrissons que l'on trouve dans le commerce, elle risque de ne pas savoir quels sont les aliments disponibles qu'elle peut, en toute sécurité, donner à son enfant et de se trouver dans une situation analogue à celle des mères du XIX e siècle qui, en raison de leur ignorance, préparaient de curieux mélanges. Il est donc important de conseiller les mères sur la manière de nourrir leurs enfants à partir d'aliments bon marché, disponibles localement et préparés à la maison.

Danger d'une confiance excessive dans les préparations industrielles
Nous savons tous que certaines mères ne lisent que superficiellement les modes d'emploi des aliments pour nourrissons. Les boîtes se ressemblent toutes et j'ai moi-même rencontré des mères qui ne donnaient pour nourriture complémentaire à leurs nourrissons que des «desserts», puisque l'enfant aimait cela et que la «qualité en était garantie» par les fabricants. Il demeure donc important d'apprendre aux mères quels sont les aliments dont un nourrisson a besoin et qu'il peut tolérer, de façon claire et compréhensible.
D'ailleurs la qualité des préparations industrielles pour nourrissons n'est pas toujours aussi bonne que l'affirment les fabricants. Je me bornerai à citer un exemple. Un produit de l'une des plus grandes firmes dans ce domaine faisait l'objet, en Norvège, de la publicité suivante: « Il suffit d'y ajouter de l'eau». Lorsque le produit fut testé sur des rats à l'Institut de recherche en nutrition d'Oslo, ceux-ci ne grandirent pas. Le traitement du produit par la chaleur avait, par la mise en jeu de la réaction de Maillard, bloqué la lysine disponible. Lorsque ce résultat fut communiqué à la firme, ses responsables retirèrent, à contrecœur, le produit du marché et changèrent son mode de fabrication. Nous ne pouvons être certains, toutefois, qu'un incident de ce genre ne se reproduira pas, particulièrement dans des pays où les services de contrôle de la qualité des produits sont moins sévères.

La création de «besoins» superflus
Les fabricants de préparations pour nourrissons utilisent aussi fréquemment dans leur publicité des arguments sans fondement, tels que: «Les bébés doivent s'habituer très tôt à des goûts différents ...». Les jus de fruits donnés à un très jeune âge sont un autre exemple de produit superflu sur le plan physiologique et potentiellement dangereux pour les nourrissons présentant des antécédents allergiques.

Pour une approche cohérente des politiques de nutrition infantile

La question de l'incorporation de l'allaitement au sein dans les politiques nationales de nutrition n'a pas encore été correctement posée. Ainsi, les ministères des affaires sociales, avec le concours des personnels de santé et des groupes de mères, encouragent l'allaitement au sein à cause de ses avantages nutritionnels et psychologiques. En revanche, les fabricants de préparations pour nourrissons, appuyés par des membres du corps médical, allèguent que les aliments artificiels représentent une alternative parfaitement acceptable. Ce double message provoque une certaine confusion chez les mères, ce dont j'ai eu maintes fois l'occasion de me rendre compte.
L'accroissement du taux d'allaitement au sein dans les pays scandinaves s'est produit malgré cette ambiguïté, en raison du désir fondamental des mères d'allaiter et de la disponibilité d'informations sur la façon de procéder.
Il est vrai que nous pouvons, dans les pays industrialisés, choisir effectivement entre plusieurs méthodes d'alimentation du nourrisson. La confusion aurait toutefois pu être évitée si les personnels de santé avaient été en mesure de fournir des conseils à la fois plus clairs et plus cohérents.
La situation est plus complexe dans les sociétés où l'alimentation artificielle peut comporter des risques pour la santé des enfants dans certaines couches de la population. Dans ces pays, il est encore plus urgent de supprimer les équivoques en matière de politique d'alimentation des nourrissons. Les implications d'une telle politique débordent le cadre des ministères de la santé et de l'agriculture; elles intéressent également les ministères des finances, de l'industrie et du commerce extérieur. Dans la plupart des pays, les responsables du ministère de la santé sont aujourd'hui engagés dans des campagnes d'information sur la supériorité de l'allaitement au sein et des aliments pour nourrissons préparés à la maison, tandis que leurs collègues chargés des finances importent ou s'apprêtent à fabriquer sur place, à grande échelle, des préparations pour nourrissons. Par le jeu des forces économiques, ces produits devront inévitablement être vendus, et les victimes de ces messages contradictoires seront, une fois encore, les mères mal informées qui risqueront de ne pas nourrir adéquatement leurs enfants.

Etablir des mécanismes de soutien

Pour protéger les mères, j'ai le sentiment que nous devons mettre un terme à ces messages contradictoires. Il faut que la politique nationale d'alimentation des nourrissons soit claire, et que l'on choisisse entre production privée et production commerciale. J'estime toutefois qu'un tel choix devrait donner aux mères la possibilité d'exprimer leurs souhaits et leurs suggérer les moyens dont dispose une société moderne pour mettre en pratique la méthode qu'elles préfèrent.
Le tableau ci-après présente certains des facteurs dont il faut tenir compte. Les influences qui sont déterminantes auprès des femmes pour le «choix» d'un mode d'alimentation comportent trois dimensions interdépendantes qui forment un tout: l'environnement de la mère. Il s'avère donc impossible d'en modifier un facteur sans influencer les autres. Certains de ces facteurs au sein des trois catégories se recoupent entre eux.
Parmi les efforts de promotion de l'allaitement au sein, nombreux sont ceux qui visent des transformations trop importantes en regard des moyens mis en œuvre. Les campagnes d'information cherchent à «motiver» les mères en s'appuyant exlusivement sur leurs attitudes et leurs perceptions, et négligent l'importance des facteurs matériels et sociaux qui font obstacle en dernière analyse à l'allaitement maternel, quelle que soit la motivation de la mère. Une politique cohérente devrait tenir compte de tous les aspects de l'allaitement: les mères doivent être matériellement en mesure de nourrir au sein; les facteurs de société, tels que les pratiques hospitalières et les systèmes de soutien social, doivent favoriser l'allaitement maternel; la promotion des alternatives devrait être réglementée. Quant aux facteurs psycho-culturels, ils concernent pardessus tout les connaissances des personnels de santé. Ce n'est que lorsque tous ces facteurs sont pris en considération que l'on peut s'attaquer aux attitudes et aux perceptions des mères par le biais de campagnes de «motivation».

Mieux connaître les tendances et les facteurs d'influence

Davantage de recherches devraient être effectuées sur les vraies raisons

qui conduisent à la désaffection de l'allaitement au sein, au lieu de se contenter d'affirmations vagues et de suppositions. Il faudrait également analyser les connaissances ou l'ignorance des mères en matière de savoir et de savoir-faire.
Une évaluation plus systématique des facteurs qui expliquent la récente augmentation de l'allaitement au sein dans certains pays s'avère nécessaire, de même que l'impact des différentes mesures qui ont été prises.
Il conviendrait également d'évaluer la nature de cette augmentation. Quels sont les groupes qui seront vraisemblablement les premiers à revenir à la pratique de l'allaitement? Quelles sont leurs caractéristiques sociales et économiques? Quelles sont leurs motivations?

Facteurs entrant en compte dans le choix des mères en matière d'alimentation des nourrissons

Dimensions psycho-culturelles
Connaissances
- des besoins nutritionnels des enfants
- des techniques de l'allaitement au sein
- Niveau éducatif

Traditions concernant:
- l'alimentation des nourrissons
- l'alimentation maternelle
- la garde des enfants

Attitudes et perceptions de la mère, du père, de la famille et de la société à propos:
- du rôle de la mère
- de l'éducation des enfants
- de l'allaitement au sein
- du rôle du père
- de la sexualité
- du rôle de la femme (responsabilité de reproduction)
- de la responsabilité et des obligations de la société envers ses membres

Dimensions sociétales
Méthodes d'accouchement et routines hospitalières (pré- et postnatales)
- traditionnelles
- modernes

Mécanismes de soutien social aux mères qui viennent d'accoucher
- traditionnelles
- modernes
- privées
- publiques

Modes de travail domestique (tâches de reproduction)
- structures familiales à transformation rapide
- responsabilité de l'homme pour les tâches sociales de reproduction

Modes de garde des enfants
- utilisation et disponibilité d'une garde d'enfants
- âge et compétences de cette garde d'enfants

Contrôle des ressources
- ressources matérielles
- temps

Pratiques de commercialisation des préparations pour nourrissons
- à travers le système des soins de santé
- à travers les contacts personnels
- à travers les médias

Dimensions matérielles, économiques et culturelles
Revenu familial (en espèces et en nature)
Classe sociale de la famille
Nombre et âge des membres de la famille
Garde d'enfants disponible
- prix
- qualité
- proximité du lieu de travail

Travail de la mère au foyer
- disponibilité de temps libre
- charge de travail
- obligations sociales

Situations d'emploi de la mère
- sécurité d'emploi
- souplesse des horaires de travail
- distance du foyer au lieu de travail
- nature du travail

Situation d'emploi de la famille
Législation en matière de protection de la maternité
- en théorie
- en pratique

Statut physiologique de la mère
- statut nutritionnel
- âge
- parité
- antécédents médicaux

Alimentation autre que l'allaitement
- disponibilité
- commodité-factibilité
- prix

Le rôle de la commercialisation des préparations industrielles pour nourrissons devrait également être étudié plus en détail. Quelle en est l'influence relative dans différents pays? Au sein de quels groupes socio-économiques?
Enfin, il convient d'explorer la viabilité d'une politique cohérente de nutrition infantile. Dans ce domaine, les pays industrialisés pourraient montrer la voie à suivre. L'intérêt manifesté aujourd'hui pour l'élaboration de politiques alimentaires et nutritionnelles globales dans les pays du Tiers-Monde devrait entraîner une détermination semblable dans les pays industrialisés, tant il est vrai qu'il faut commencer la révolution chez soi.

Ce texte est tiré des Carnets de l'enfance édités par l'Unicef.

La Croix-Rouge suisse informe

L'attestation

Commentaire accompagnant le Règlement concernant l'attestation

Objet du règlement

Les nouvelles Prescriptions et Directives de la CRS pour la formation des sages-femmes sont entrées en vigueur en 1979.
Toutes les fois que la CRS réglemente pour la première fois la formation dans une profession, deux catégories de professionnels se trouvent bientôt en présence: ceux dont le diplôme porte le sceau de la CRS et ceux dont le diplôme ne le porte pas. Les personnes dont le diplôme n'est pas contresigné par la CRS courent le risque de subir, d'une manière ou d'une autre, des préjudices professionnels, en Suisse ou à l'étranger.
On envisageait tout d'abord d'enregistrer rétroactivement les titres professionnels ne portant pas le sceau de la CRS, comme on le fait pour les diplômes obtenus à l'étranger, répondant aux exigences de la CRS. Mais cette procédure aurait exigé beaucoup de temps et aurait été trop coûteuse. Aussi a-t-on décidé de renoncer à l'enregistrement rétroactif et de délivrer à la place une attestation.
La délivrance d'une telle attestation a pour but d'éviter que des personnes appartenant à une profession dont la formation est réglementée par la Croix-Rouge suisse, mais ne possédant aucun titre professionnel contresigné par cette institution, ne subissent des «préjudices professionnels injustifiés».