

REPUBLIQUE DU BURUNDI



**MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DE LA LUTTE CONTRE LE SIDA**

**PROGRAMME NATIONAL INTEGRE D'ALIMENTATION ET DE NUTRITION
(PRONIANUT)**

**DIRECTIVES NATIONALES
SUR L'ALIMENTATION DU NOURRISSON ET DU JEUNE ENFANT
(ANJE)**

Bujumbura, Mai 2013

TABLE DES MATIERES

Préface.....	4
Sigles et abréviations.....	6
I. RESUME DES DIRECTIVES NATIONALES D'ANJE	7
II. INTRODUCTION	7
Pratiques d'ANJE au Burundi.....	9
III. PRIORITES NATIONALES EN NUTRITION.....	10
Les orientations stratégiques en matière de nutrition.....	10
IV. OBJECTIFS DES DIRECTIVES NATIONALES D'ANJE	10
V. ALLAITEMENT MATERNEL.....	11
V.1. Avantage du lait maternel.....	11
V.2. Dangers liés à l'absence d'allaitement maternel.....	13
V.3. Allaitement maternel précoce	14
V.4. Valeur du colostrum.....	15
V.5. Allaitement Maternel Exclusif (AME)	15
V.6. Promotion de l'allaitement maternel.....	16
V.7. Promotion de l'allaitement maternel pendant la grossesse	17
V.8. Alimentation des femmes enceintes et allaitantes	17
VI. INTRODUCTION DES ALIMENTS COMPLEMENTAIRES	19
VI.1. Alimentation complémentaire à partir de 6 mois.....	19
VI.2. Premiers aliments pour un jeune enfant.....	20
VI.3. Types d'aliments locaux pour un jeune enfant.....	20
VI.4. Fréquence et diversification d'alimentation complémentaire	21
VI.5. Sécurité sanitaire des aliments complémentaires.....	23
VII. ALLAITEMENT MATERNEL CONTINU.....	24
VIII. ANJE DANS LES SITUATIONS PARTICULIERES.....	25
VIII.1. Allaitement des petits poids à la naissance	25
VIII.2. ANJE en cas de maladie	25

VIII.3. ANJE en cas de malnutrition.....	26
VIII.4. ANJE dans les urgences.....	26
VIII.5. ANJE dans le contexte du VIH/SIDA	27
VIII.6. Orphelins et autres Enfants Vulnérables (OEV)	29
VIII.7. Autres options en matière d'ANJE	30
IX. DIRECTIVES OPERATIONNELLES DANS LA PROMOTION D'ANJE	30
IX.1. Protection de l'allaitement maternel.....	30
IX.2. Suivi et promotion de la croissance	32
IX.3. Communication pour le Changement de Comportement (CCC).....	33
IX.4. Rôles et responsabilités des acteurs et partenaires	36
ANNEXES.....	40
i Liste des aliments locaux riches en micronutriments	40
ii Résumé des messages clés ANJE	40
iii Indicateurs clés d'ANJE.....	42
iv Résumé des Actions Essentielles en Nutrition	43
V Conseils de communication pour promouvoir l'AME	44
Vi Déclaration d'Innocenti.....	47

PREFACE

Conscient que la lutte contre la maladie et l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD) ne pourraient se faire sans que la population burundaise ait une bonne santé, le Gouvernement du Burundi, à travers le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida a souligné, dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS II 2011-2015), qu'il est primordial de viser le renforcement des Actions Essentielles en Nutrition (AEN) tout en rappelant l'importance des pratiques appropriées de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

Selon les connaissances scientifiques actuelles, le nouveau-né doit être mis au sein dans l'heure qui suit la naissance et doit être exclusivement nourri au sein pendant les six premiers mois de la vie pour avoir une bonne croissance, un développement harmonieux et une bonne santé. Après 6 mois, en fonction de l'évolution de ses besoins nutritionnels, le nourrisson doit recevoir des aliments de complément sûrs et adéquats en quantité et en qualité, tout en continuant d'être allaité jusqu'à l'âge de deux ans ou plus.

Au Burundi, le taux d'allaitement maternel exclusif des nourrissons de moins de six mois est de 69% selon l'EDS 2010. Le taux d'introduction de l'alimentation de complément à partir de 6 mois est de 70% et 76% des enfants reçoivent l'allaitement maternel continu jusqu'à 24 mois. Selon l'enquête de ménage de 2009, 74% des mères initient l'allaitement maternel dans la première heure après accouchement. Cette situation montre qu'il reste beaucoup à faire en matière d'éducation pour la santé et de communication pour le changement de comportement afin d'améliorer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans le pays.

En effet, les données de l'enquête CAP de 2010 (UNICEF) montrent que l'alimentation d'enfants après 6 mois est souvent insuffisante en quantité et en qualité. La proportion d'enfants de moins de deux ans recevant trois repas par jour est seulement de 32,9%. En plus du manque de la quantité, la qualité et la diversification des repas aux jeunes enfants sont aussi faibles, avec seulement 27,8% des enfants de 6-11 mois du milieu rural qui ont eu un repas comprenant trois groupes d'aliments par jour, en comparaison avec les enfants du milieu urbain



(72,2%). L'alimentation accuse de très faibles apports en protéines. Les aliments donnés aux enfants se regroupent principalement dans les céréales, racines et tubercules (45,5%), fruits et légumes (37,7%), aliments cuits dans l'huile/matière grasse (27,9%) et légumineuses (22,9%). Les enfants ayant reçu la viande, le lait et les produits laitiers ou les œufs représentent de très faibles proportions (7% pour la viande, 4,8% pour les œufs et 6% pour les produits laitiers).

C'est ainsi que le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida a élaboré les directives nationales sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant avec comme objectifs de :

- 1) Contribuer à l'atteinte et la réalisation des objectifs nationaux en matière de nutrition et d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant selon le PNDS II et le plan stratégique multisectoriel de lutte contre la malnutrition ;
- 2) Assurer une large diffusion des normes en rapport avec l'allaitement maternel et l'alimentation de complément au niveau des responsables politiques, du public en général et des femmes en âge de procréer, des femmes enceintes ou allaitantes en particulier, afin de mettre en œuvre une communication efficace et harmonisée ;
- 3) Sensibiliser les secteurs concernés à accroître leur engagement dans la promotion des pratiques optimales d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

Ce document s'adresse aux autorités politico-administratives, aux responsables sanitaires, aux professionnels de la santé, aux organisations non gouvernementales (nationales et internationales) intervenant dans le domaine sanitaire, aux animateurs et agents de santé communautaire, aux ménages en général et aux femmes en âge de procréer en particulier.

Il constitue une référence pour tout intervenant en matière d'alimentation et de nutrition du nourrisson et du jeune enfant.

Le Ministère de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida est confiant que la vulgarisation et la mise en application de ces directives contribueront à la lutte contre la malnutrition.


Honorable Docteur Sabine NTAKARUTIMANA
Ministre de la Santé Publique et de la Lutte contre le Sida



SIGLES ET ABREVIATIONS

AEN	Actions Essentielles en Nutrition
AFASS	Abordable, Faisable, Acceptable, Soutenable et Sûre
AME	Allaitement Maternel Exclusif
ANJE	Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CMAM	Community Management Acute of Malnutrition
EDS	Enquête Démographique et de Santé
FARN	Foyer d'Apprentissage et de Réhabilitation Nutritionnelle
IEC	Information, Education, Communication
ICAB	Initiative des Communautés Amies des Bébé
IHAB	Initiative Hôpitaux Amis des Bébé
NAC	Nutrition à Assise Communautaire
OEV	Orphelins et autres Enfants Vulnérables
OIT	Organisation Internationale du Travail
OMD	Objectifs du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PCIME/C	Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfance à base Communautaire
PMA	Paquet Minimum d'Activités
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNSR	Programme National de Santé de la Reproduction
PRONIANUT	Programme National Intégré d'Alimentation et de Nutrition
PTME	Prévention de la Transmission de la Mère à l'Enfant
QI	Quotient Intellectuel
SIDA	Syndrome d'Immuno Déficience Acquise
SLM	Substitut du Lait Maternel
SSN	Service de Supplémentation Nutritionnelle
SSt	Service de Stabilisation
STA	Service Thérapeutique Ambulatoire
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

I. RESUME DES DIRECTIVES NATIONALES D'ANJE

- **Initiation de l'allaitement maternel dans la première heure qui suit la naissance**
- **Allaitement Maternel Exclusif (AME) pendant les premières 6 mois de la vie**
- **Alimentation complémentaire appropriée en quantité et en qualité après 6 mois, tout en continuant l'allaitement maternel**
- **Allaitement maternel continue jusqu'au 24 mois et même au-delà**
- **Alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les situations de difficultés exceptionnelles**

II. INTRODUCTION

« Si un enfant survit le mois qui suit sa naissance...l'allaitement maternel exclusif contribue largement à combler les inégalités, sur le plan de la santé, entre ceux qui sont nés dans la pauvreté et ceux qui sont nés dans la richesse. »

–James P. Grant, ancien Directeur général de l'UNICEF

Les stratégies d'amélioration de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant (ANJE) sont un élément clé de la survie de l'enfant. La *Convention sur l'élimination de toutes les formes de discrimination à l'égard des femmes* (1979) présente un intérêt pour le droit à l'alimentation et à l'allaitement maternel, dans la mesure où elle affirme que les obstacles rencontrés par les femmes qui souhaitent allaiter portent atteinte à leurs droits. Cette Convention rejoint la *Déclaration universelle des droits de l'homme* (1948), le *Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels* (1976) et la *Convention relative aux droits de l'enfant* (1990). L'Alliance mondiale pour la nutrition et les droits de l'Homme a reconnu l'importance de l'allaitement maternel lors de son premier sommet en 1993. De plus, tous les nourrissons devraient, lorsque cela est possible, bénéficier du droit à l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de leur vie et à l'allaitement jusqu'à deux ans ou plus, tout en recevant une alimentation complémentaire saine et équilibrée après 6 mois, adaptée à leur âge et adéquate sur le plan nutritionnel.

Au-delà du droit de l'enfant à survivre et à se développer, le fondement scientifique de cette décision est clair. La série d'articles de *The Lancet* sur la survie de l'enfant en 2003¹ a souligné que l'allaitement maternel exclusif (AME) et la poursuite de l'allaitement maternel combinée à une alimentation complémentaire constituaient des facteurs essentiels pour la survie, la croissance et le développement de l'enfant.

Des études ont également établi le lien entre l'absence d'allaitement maternel et l'apparition de diverses maladies chroniques et d'une obésité plus tard dans la vie.

Le taux de croissance dans la vie des êtres humains est maximal pendant les deux premières années, et les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant comprenant l'allaitement maternel et l'alimentation complémentaire sont des éléments clés dans la détermination de l'état nutritionnel de l'enfant au cours de cette période. Les preuves scientifiques montrent que la malnutrition peut contribuer jusqu'à 60% de tous les décès chez les enfants de moins de cinq ans chaque année². Plus de deux tiers de ces décès sont associés à des pratiques d'alimentation inappropriées et se produisent au cours de la première année de vie. Les mauvaises pratiques alimentaires entraînent un faible développement cognitif et social, à des mauvais résultats scolaires et à la baisse de productivité dans la vie future. Par exemple, les enfants malnutris devenus adultes, gagnent 10 à 17 % de moins que ceux bien nourris dans leur enfance². La malnutrition de la population peut contribuer à la perte de 3% de croissance économique du pays.

Pour avoir une bonne croissance, un développement harmonieux et une santé adéquate et optimale, le nouveau-né doit être mis au sein dans l'heure qui suit la naissance et doit être *exclusivement nourri au sein pendant les six premiers mois de la vie* : c'est là une recommandation clé de santé publique. Par la suite, à partir de 6 mois, en fonction de l'évolution de ses besoins nutritionnels, le nourrisson doit recevoir des aliments complémentaires sûrs et adéquats en quantité et en qualité, tout en continuant d'être allaité jusqu'à l'âge de deux ans ou plus³.

Ces directives sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ne sont pas connues alors qu'elles devraient être largement diffusées à tous les professionnels de la santé, aux enseignants des établissements de formation en santé et aux femmes enceintes/allaitantes sur l'ensemble du pays. Les directives nationales sont basées sur les recommandations de l'OMS et sont importantes pour sensibiliser les décideurs publics, les autorités, et les partenaires d'exécution sur les normes et les messages correctes pour l'ANJE. Cela permettra une communication efficace et harmonisée pour les parents et la population en général, sur les pratiques d'alimentation et de nutrition qui devraient être adoptées pour que les enfants aient une croissance et un développement optimaux.

¹ Série d'articles de *The Lancet* sur la survie de l'enfant, 2003.

² Série d'articles de *The Lancet* sur la nutrition, 2008.

³ OMS, 'Global strategy: Breastfeeding critical for child survival,' 2003.

Pratique de l'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant (ANJE) au Burundi

Au Burundi, le taux d'allaitement maternel exclusif des nourrissons de moins de six mois est de 69%, selon les résultats préliminaires de l'EDS 2010, soit une augmentation de 24,3% par rapport à 2005 où il se situait à 44,7%. Aussi selon cette même enquête, le taux d'introduction de l'alimentation de complément à partir de 6 mois est de 70%, et 76% des enfants reçoivent l'allaitement maternel continu jusqu'à 24 mois. Selon l'enquête de ménage en 2009, 74% des mères initient l'allaitement pendant la première heure⁴. Malgré cette amélioration, il reste beaucoup à faire en matière d'éducation pour la santé et de communication pour le changement de comportement afin d'améliorer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans le pays.

Les données de l'enquête CAP de l'UNICEF en 2010 montrent que l'alimentation de l'enfant après 6 mois est souvent insuffisante en quantité et en qualité⁵. Les pratiques inadéquates d'alimentation et de soins sont liées aux moyens économiques assez limités des ménages mais aussi au manque de connaissance des bonnes pratiques. La proportion d'enfants de moins de deux ans recevant trois repas par jour est seulement 32,9%. En plus du déficit quantitatif, la qualité et la diversification des repas du jeune enfant sont aussi faibles, avec seulement 27,8% des enfants de 6-11 mois en milieu rural qui ont eu un repas comprenant trois groupes d'aliments par jour, en comparaison avec les enfants du milieu urbain (72,2%). Cette alimentation accuse de très faibles apports en protéines puisque les aliments donnés aux enfants se regroupent principalement dans les graines, racines et tubercules (45,5%), fruits et légumes (37,7%), aliments cuits dans l'huile/matière grasse (27,9%) et légumineuses (22,9%). Les enfants ayant reçu la viande, le lait et les produits laitiers ou les œufs représentent de très faibles proportions (7% pour la viande, 4,8% pour les œufs et 6% pour les produits laitiers).

III. PRIORITES NATIONALES EN NUTRITION

L'importance des pratiques appropriées de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant a été incluse dans les objectifs pour le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS II 2011-2015) qui vise à renforcer les Actions Essentielles en Nutrition (AEN). Les orientations stratégiques en matière de nutrition (2011-2015) fournissent une référence de base pour toute planification et priorisation des interventions dans le domaine de nutrition, qui est multisectoriel pour atteindre l'un des buts de la politique sanitaire du pays qui est la réduction de la malnutrition.

⁴ Enquête ménages de base pour le suivi et l'évaluation de l'impact de l'appui au système de remboursement du PMS, 2009 (MSPLS/ISTEEBU).

EDS : Enquête Démographique et de santé (2010)

⁵ Enquête sur les Connaissances, les Attitudes et les Pratiques (CAP), MTICRP/UNICEF, 2011.

Les orientations stratégiques en matière de nutrition

Les orientations stratégiques multisectorielles en matière de nutrition visent à atteindre les objectifs spécifiques suivants d'ici à 2015:

- i. Contribuer à la réduction de la prévalence de la malnutrition chronique chez les enfants de moins de 5 ans ;
- ii. Réduire la prévalence de l'insuffisance pondérale de 29% à 24% chez les enfants de moins de 5 ans ;
- iii. Réduire la prévalence de la malnutrition aigüe globale de 6% à 4% chez les enfants de moins de 5 ans ;
- iv. Augmenter le pourcentage des mères qui initient l'allaitement pendant la première heure de 74% à 85% ;
- v. Augmenter le taux d'allaitement maternel exclusif des enfants de 0-6 mois de 69% à 80% ;
- vi. Augmenter le taux d'introduction de l'alimentation de complément appropriés à partir de 6 mois de 70% à 80% ;
- vii. Augmenter le pourcentage des enfants qui reçoivent l'allaitement maternel continu jusqu'à 24 mois et au delà de 76% à 80% ;
- viii. Diminuer le taux d'anémie ferriprive chez les enfants de moins de 5 ans de 45% à 35% ;
- ix. Diminuer le taux d'anémie ferriprive chez les femmes en âge de procréer de 19% à 15% ;
- x. Augmenter le taux de supplémentation en vitamine A chez les enfants de moins de 5 ans de 83% à au moins 90% ;
- xi. Maintenir la consommation du sel adéquatement iodé au niveau des ménages à plus de 90%

IV. OBJECTIFS DES DIRECTIVES NATIONALES D'ANJE

Les Directives Nationales d'Alimentation du Nourrisson et du Jeune Enfant vont être basées sur le respect, la protection, la facilitation et la réalisation du droit de toutes les mères à décider de la manière dont seront nourris leurs bébés, et du droit de chaque enfant à avoir accès aux aliments nutritifs en quantité et en qualité. Les directives nationales prennent également en compte les preuves scientifiques les plus récentes et se basent sur des interventions prouvées qui feront la promotion et rendront durables les bonnes pratiques alimentaires et qui sont recommandées par l'OMS.

Les objectifs des directives nationales d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant sont les suivants:

- 1) Contribuer à l'atteinte et la réalisation des objectifs nationaux en matière de nutrition et d'alimentation (du nourrisson et du jeune enfant) selon le PNDS II et le plan stratégique multisectoriel de lutte contre la malnutrition.
- 2) Assurer une large diffusion des normes en rapport avec l'allaitement maternel et l'alimentation de complément au niveau des responsables politiques, du public en général et des femmes en âge de procréer, des femmes enceintes ou allaitantes en particulier, afin de mettre en œuvre une communication efficace et harmonisée ;
- 3) Sensibiliser les secteurs concernés du gouvernement, les professionnels de la santé et les organisations non gouvernementales (nationales et internationales) à accroître leur engagement dans la promotion des pratiques optimales d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant.

V. ALLAITEMENT MATERNEL

V.1. Avantages du lait maternel

« Vanter les bienfaits de l'allaitement maternel n'a pas plus de sens que de nous vanter de notre capacité à respirer. Nous devrions plutôt souligner les dangers et les inconvénients de toute autre solution ».

—Michael C. Latham, Cornell University Program of International Nutrition

L'allaitement maternel est la première règle pour l'alimentation du nourrisson de 0 à 6 mois. L'allaitement fournit une alimentation saine et adéquate pour la croissance et le développement du nourrisson en bonne santé ; il est partie intégrante de la maternité et a des avantages certains sur la santé de la mère. Le lait maternel satisfait en intégralité les besoins du bébé pendant les six premiers mois.

Les bienfaits de l'allaitement maternel sur les plans physique, affectif et social ont été démontrés par des études scientifiques.

Bienfaits pour le nourrisson :

- ✓ Protège contre les infections et réduit la mortalité infantile. C'est sur la diarrhée que l'allaitement maternel a l'impact le plus important en matière de réduction des maladies et ce, à travers deux mécanismes :
 - La réduction des risques liés aux bactéries contenues dans les laits maternisés et les autres liquides ou aliments,
 - Le transfert des anticorps de la mère à l'enfant à travers le lait maternel.
 Le lait maternel participe à la maturation du système digestif du bébé, qui n'est pas complète avant l'âge d'environ 6 mois. Le risque de mourir de diarrhée est

10 fois plus élevé pour un nourrisson qui n'est pas allaité au sein pendant les six premiers mois que pour un nourrisson exclusivement allaité au sein. Le risque de mortalité toutes causes confondues est 14 fois plus élevé pour un nourrisson qui n'est pas allaité au sein pendant les six premiers mois

- ✓ apporte une alimentation adéquate et optimale sur le plan nutritionnel pour un développement harmonieux,
- ✓ satisfait aussi les besoins du nourrisson en eau,
- ✓ Favorise la création de liens affectifs entre la mère et l'enfant,
- ✓ Permet un meilleur développement cognitif et de meilleurs résultats aux tests de quotient intellectuel (QI) que les enfants nourris au lait maternisé,
- ✓ Réduit les risques de maladies chroniques comme le diabète, les maladies cardiaques, l'obésité, certains cancers, etc. par rapport aux nouveau-nés nourris au lait maternisé.

Bienfaits pour la mère :

- ✓ Une initiation précoce à l'allaitement aide l'utérus à se contracter, réduit les saignements du post partum et prévient ainsi l'anémie,
- ✓ Aide la mère à retrouver plus rapidement son poids normal,
- ✓ Réduit les risques de cancer du sein à la pré-ménopause et de cancer des ovaires,
- ✓ Peut retarder le retour des règles et donc constituer une méthode naturelle de planification familiale.

Avantages pour l'économie et la société en général :

- ✓ Réduit les dépenses d'alimentation et de santé des familles. Elles n'ont souvent pas les moyens d'acheter suffisamment de lait maternisé,
- ✓ Fait baisser l'absentéisme au travail en diminuant la fréquence des maladies chez les nourrissons et les mères,
- ✓ Réduit les dépenses liées aux soins de santé en diminuant la fréquence des maladies chez les nourrissons et les mères et donc, la charge de travail du personnel de santé, les dépenses liées aux repas, à l'espace et aux lits nécessaires, etc. ,
- ✓ C'est un droit humain fondamental et il peut contribuer à combler les écarts entre les populations marginalisées et vulnérables et les groupes les plus favorisés.

En effet, les enfants allaités exclusivement au sein sont moins exposés aux maladies telles que la diarrhée, la pneumonie, la méningite, les infections de l'oreille et courent moins de risques d'en mourir.

Le lait maternel protège l'enfant contre de nombreuses maladies durant l'allaitement, et tout au long de sa vie, d'abord sous forme d'immunité passive de la mère à travers le lait maternel, puis en stimulant le système immunitaire du bébé.

Les nutriments tels que les vitamines A, C et D, le fer et le zinc sont plus facilement absorbés lorsqu'ils proviennent du lait maternel que d'autres laits. Le lait maternel renferme les acides gras essentiels au développement du système nerveux du bébé.

Des études ont démontré un avantage de 8 à 10 points de plus de QI chez les bébés allaités par rapport à ceux qui ont été nourris au lait artificiel. L'avantage est proportionnel à la dose de lait maternel reçue.

Le lait maternel est toujours disponible, jamais périmé, et tout à fait gratuit.

V.2. Dangers liés à l'absence de l'allaitement maternel

Evoquons les risques liés à l'absence d'allaitement maternel et les conséquences de l'allaitement artificiel :

- Les enfants qui ne sont pas nourris au sein tombent fréquemment malades et récupèrent difficilement :
- Les bébés nourris au lait maternisé courent des risques plus élevés de développer plus tard des maladies chroniques que les enfants nourris au sein.
- Les risques d'une alimentation mixte pendant les six premiers mois, à savoir, une mortalité et une morbidité accrues par les mêmes voies de contamination que l'alimentation artificielle, un mauvais état nutritionnel car les autres liquides et aliments, en suppléant le lait maternel, réduisent le nombre de tétées et donc, la sécrétion de lait ainsi qu'une qualité nutritive inférieure des autres aliments par rapport au lait maternel.
- L'alimentation mixte engendre des risques plus élevés de transmission du VIH de la mère à l'enfant⁶.

L'alimentation artificielle a pour conséquences :

Chez l'enfant

- Augmentation du risque de la mortalité néonatale et infantile,
- Augmentation du risque de la mortalité et la morbidité liés aux infections, à la diarrhée, à la pneumonie etc. ,
- Faible état nutritionnel et faible croissance,
- Faible développement cognitif et baisse du quotient intellectuel,
- Interférence du rapport entre la mère et son enfant,
- Augmentation de risque de maladies chroniques à l'âge adulte (maladies cardiaques, le diabète...)

Chez la mère

- Augmentation du risque de cancer du sein chez la mère,
- Expose la mère au surpoids en post-partum.

⁶ Le VIH et l'alimentation du nourrisson, OMS 2010

V.3. Allaitement maternel précoce

L'allaitement maternel devrait démarrer dans la première heure suivant la naissance, même avant l'expulsion du placenta. L'initiation précoce de l'AME peut faire baisser la mortalité néonatale de 20 %⁷.

- L'initiation précoce de l'allaitement maternel est extrêmement importante pour établir la lactation réussie ainsi que pour fournir le «colostrum» pour le bébé. Le nouveau-né est très actif au cours de la première demi-heure et si le bébé est gardé avec la mère et que l'effort d'allaiter est fourni, l'enfant apprend très vite à téter. Le succion précoce par le nouveau-né déclenche le processus de formation du lait chez la mère et permet la stimulation rapide de la sécrétion précoce du lait maternel.
- **Quand l'anesthésique utilisée est locorégionale** (rachi-anesthésie ou péridurale), la mère reste consciente pendant l'accouchement. Elle peut donc allaiter son bébé immédiatement après. Elle aura simplement besoin qu'on l'aide à le mettre au sein.
- **Après une anesthésie générale**, il faut attendre quelques heures avant que la maman soit suffisamment éveillée pour allaiter.
- **Les nouveau-nés doivent** être gardés à proximité de leurs mères pour fournir la chaleur et assurer une alimentation fréquente. Cela aide également à la sécrétion précoce du lait maternel et une meilleure circulation du lait.
- **Il est essentiel que** le bébé reçoive le premier lait maternel appelé «colostrum» qui est plus épais et jaunâtre que le lait qui vient plus tard et qui est en petites quantités dans les premiers jours. Le colostrum contient toute la nourriture nécessaire pendant cette période qui suit la naissance (les suppléments ne sont pas nécessaires, même pas d'eau). Pendant cette période, et plus tard jusqu'à 6 mois, on ne doit pas donner au nouveau-né tout autre fluide ou de la nourriture comme du miel, lait d'animal ou en poudre, le thé ou de l'eau, puisque ceux-ci sont potentiellement dangereux.
- Les primigestes peuvent avoir besoin d'aide dans le positionnement approprié pour l'allaitement maternel. Le lait maternel devrait être donné aussi souvent que le bébé le désire et chaque repas devrait continuer aussi longtemps que l'enfant veut téter.

V.4. Valeur du Colostrum

⁷ Améliorer les pratiques d'allaitement maternel exclusif avec la Communication pour le développement, UNICEF 2010

Le lait sécrété après la naissance ' les cinq premiers jours est appelé «colostrum». Il est de couleur jaunâtre et collante. Certaines mères considèrent le colostrum comme du lait sale et indigeste. La différence de couleur et la consistance pourrait être les raisons possibles de ces croyances qui ne sont pas vraies.

Le colostrum est très nutritif et contient des substances anti-infectieuses. Il est trois fois plus riche en vitamine A et dix fois plus riche en bêta carotène que le lait maternel mature. A cause de sa forte teneur en vitamine A, en anticorps et en d'autres facteurs protecteurs, le colostrum est souvent considéré comme le premier vaccin du bébé.

L'habitude de donner le colostrum au bébé doit être promue tandis que celle de donner des aliments pré lactés doit être découragée.

- Donner le colostrum au bébé aide à la constitution des réserves de nutriments et de substances anti-infectieuses (anticorps) dans le corps du bébé. Les substances anti-infectieuses protègent le bébé contre les maladies infectieuses comme la diarrhée à laquelle l'enfant pourrait être exposé au cours des premières semaines après la naissance.
- L'initiation tardive de l'allaitement maternel est une pratique courante dans notre pays et ce qui prive les nouveau-nés de la source concentrée des éléments anti-infectieux, des vitamines et surtout la vitamine A et des protéines disponibles dans le colostrum. Pour certaines mères, l'allaitement est commencé plus tard à cause de diverses superstitions et de l'ignorance.
- L'initiation tardive de l'allaitement maternel peut entraîner l'engorgement des seins qui entrave encore l'établissement de la lactation réussie. L'éducation des mères et des communautés au sujet de la valeur du colostrum permettrait d'encourager les mères à ne pas gaspiller le colostrum mais le nourrir leur enfant.

V.5. Allaitement maternel exclusif (AME) de 0 à 6 mois

Les enfants doivent être nourris exclusivement au sein pendant les six premiers mois de leur vie afin de grandir et se développer d'une façon normale et optimale et être en bonne santé. L'allaitement maternel exclusif signifie que l'enfant ne prend que du lait maternel et aucun autre aliment ou liquide ni de l'eau (à l'exception de médicaments et de vitamines en cas de besoin). Les enfants n'ont pas besoin d'eau ou d'autres liquides pour maintenir une bonne hydratation, même sous les climats chauds.

L'allaitement maternel exclusif de 0 à 6 mois est une des interventions ayant le plus d'impacts dans la prévention de la mortalité infantile⁸. L'allaitement maternel fournit le lait qui est un aliment sain et adéquat à une bonne croissance et un bon développement des enfants. Il fait aussi partie intégrante du processus de la reproduction comme une méthode effective de planification familiale (98%) par la

⁸Série d'articles de *The Lancet* sur la nutrition, 2008.

MAMA (Méthode d'Allaitement Maternel et d'Aménorrhée), et a des impacts importants sur la santé maternelle.

L'AME contribue à réduire les infections de l'oreille, le risque de crises d'asthme et les allergies⁹.

Il faut allaiter à la demande, c'est-à-dire, aussi fréquemment que l'enfant le désire, de jour comme de nuit. Il faut donner le sein au moins 10 fois en 24 heures. Plus le bébé est allaité, plus la production lactée augmente car la succion stimule la production de lait.

Si le lait d'animal ou le lait en poudre, d'autres aliments ou même de l'eau sont donnés au nourrisson il y a deux inconvénients, d'une part il diminue la production lactée puisque l'enfant va sucer moins, et d'autre part ils augmentent les risques d'infection en particulier la diarrhée.

Des études récentes d'OMS estiment que le taux de décès chez les bébés peut descendre quatre fois s'ils sont allaités exclusivement au sein pendant les six premiers mois¹⁰.

V.6 Promotion de l'allaitement maternel

Au Burundi, la quasi-totalité des mères peuvent allaiter exclusivement leurs enfants à condition de disposer d'informations exactes ainsi que d'un soutien de la famille, de la communauté et du système de santé. Ce soutien doit être assuré par des personnes compétentes et influentes de la communauté, des structures de santé et des politiques. Cela a pour but de donner confiance à la femme allaitante, d'améliorer la technique d'alimentation et d'éviter ou de résoudre les problèmes concernant l'allaitement. Pour inciter la femme salariée à continuer d'allaiter son enfant, on doit créer un environnement qui favorise la protection, l'encouragement et le maintien de l'allaitement maternel exclusif par exemple un congé de maternité rémunéré, des espaces d'allaitement dotés de conditions d'hygiène sur le lieu de travail, des moyens d'expression et de stockage du lait maternel, et des pauses pour allaiter. Même si allaiter est un acte naturel, il est aussi un comportement à inculquer et à encourager.

Les femmes enceintes et celles qui ont éprouvé des difficultés avec la lactation devraient être motivées et préparées pour l'initiation précoce de l'allaitement et l'allaitement maternel exclusif. Ceci devrait être réalisé en les éduquant, à travers une approche personnelle, sur les bienfaits et la gestion de l'allaitement maternel ainsi que les risques de ne pas allaiter. Même les mères ayant une forme légère ou modérée de la malnutrition, peuvent allaiter avec succès.

Selon l'EDS 2010, 99% des femmes suivent les consultations prénatales et 60% ont un accouchement assisté par un professionnel de santé¹¹. Ces contacts doivent être

⁹ Lancet Child Survival Series, 2003

¹⁰ OMS, 'Global strategy: Breastfeeding critical for child survival,' 2003.

utilisés au maximum de leur potentiel pour protéger, promouvoir, et soutenir l'allaitement maternel précoce et exclusif.

Les examens prénatals et les autres points de contacts comme pour les services d'immunisation maternelle (contre le tétanos) devraient être utilisés pour faire la promotion de l'initiation précoce de l'allaitement maternel, l'allaitement maternel exclusif et pour décourager les aliments pré-lactés.

Dans le dernier trimestre de la grossesse, les seins et les mamelons devraient être examinés et des conseils pertinents donnés.

Les conseils en matière de régime alimentaire, le repos et la supplémentation en fer et acide folique devraient également être donnés aux parents.

V.7 Promotion de l'allaitement maternel pendant la grossesse

L'allaitement joue un rôle très important dans la relation mère-enfant. C'est pourquoi, lorsqu'une femme conçoit alors qu'elle allaite encore, la question se pose en termes d'apports nutritionnels suffisants en quantité et en qualité. En effet, une mère qui se nourrit correctement n'aura pas de mal à répondre aux besoins à la fois du fœtus et de l'enfant allaité.

Pratiquement toutes les mères éprouvent des sentiments ambivalents face à l'allaitement et au sevrage pendant la grossesse. Il n'y a pas de danger d'allaiter pendant la grossesse. Les changements physiques et psychologiques qui se produisent pendant la grossesse peuvent pousser la mère à sevrer mais beaucoup de mères allaitent pendant la grossesse sans problèmes. En prenant la décision de sevrer ou non, on doit prendre en considération l'âge de l'enfant allaité et son besoin de téter.

Il est conseillé aux mères avec nourrissons, lorsque les apports caloriques sont suffisants, de continuer à allaiter même si elles conçoivent jusqu'à ce qu'ils aient une intolérance au lait maternel confirmé par le professionnel de la santé. En cas de doute ou de besoin, faire recours aux conseils des professionnels de la santé.

V.8. Alimentation des femmes enceintes et allaitantes

1°. Les femmes enceintes

Elles ont besoin d'une alimentation nutritive et adéquate en quantité et en qualité, un repos adéquat au cours du dernier trimestre (éviter les travaux lourds), la supplémentation en fer et d'acide folique, l'immunisation pendant la grossesse (VAT).

Alimentation :

- Augmenter la consommation de nourriture.

¹¹ Résultats préliminaires, Enquête Démographique de Santé (EDS), 2010

- Manger plus des aliments riches en micronutriments (des légumineuses des légumes, feuilles vertes, les arachides, et les fruits) au quotidien.
- Consommer aussi le lait caillé, le lait beurre, l'œuf, la viande, et les poissons
- Le sel iodé devrait être consommé par les femmes enceintes qui ont besoin d'iode suffisant pour le développement du cerveau de l'enfant dans l'utérus.
- Prendre beaucoup de liquides et de l'eau (sauf l'alcool).
- Prendre des repas légers mais fréquents.
- Une femme devrait gagner 10-12 kg de poids pendant la grossesse.

2°. Les femmes allaitantes

Elles ont besoin de manger plus que ceux qu'elles mangeaient pendant la grossesse et consommer 550 calories supplémentaires par jour pour répondre aux besoins de la production du lait maternel pour son bébé, supplémentation en vitamine A, Repos pour allaiter dans un état détendu.

Alimentation:

- Ajouter plus de céréales, de légumineuses et de légumes verts dans le régime quotidien. Prendre des légumes et un fruit de saison par jour. Prendre du lait, du beurre, des fluides et beaucoup d'eau. L'œuf, la viande, et le poisson sont aussi bénéfiques.
- Consommer les aliments énergétiques comme l'huile, le beurre et le sucre qui sont nécessaires pour répondre à l'augmentation des besoins énergétiques pendant cette période.

VI. INTRODUCTION DES ALIMENTS COMPLEMENTAIRES

VI.1. Alimentation complémentaire à partir de 6 mois

L'alimentation complémentaire devra commencer à partir de 6 mois, tout en continuant l'allaitement maternel.

L'alimentation complémentaire a pour but de compléter le lait maternel de sorte que le jeune enfant continue à avoir assez d'énergie, de protéines et autres nutriments pour se développer normalement. Il est important que l'allaitement maternel soit poursuivi jusqu'à l'âge de deux ans ou au-delà, même après l'introduction des aliments de complément. En effet, le lait maternel continue de fournir des quantités importantes d'énergie, de protéines de bonne qualité et d'autres nutriments.

Le lait maternel est un aliment excellent et répond à tous les besoins nutritionnels de l'enfant pendant les six premiers mois. Cependant, à partir du 6^e mois, le lait maternel seul ne suffit plus pour permettre à l'enfant de bien se développer. Après 6 mois, l'enfant se développe à un rythme très rapide et en conséquence ses besoins nutritionnels augmentent de manière significative entre 6 et 24 mois. Un nouveau né pesant environ 3 kg à la naissance double son poids à six mois, et le triple à un an tandis que sa taille augmente de moitié. La plupart des organes du corps se développent rapidement, à la fois structurellement et fonctionnellement au cours des premières années de la vie. La croissance du système nerveux (y compris le cerveau) s'achève dans les deux premières années de la vie. D'autres aliments complémentaires sont donc nécessaires. Si l'alimentation complémentaire n'est pas introduite à temps et n'est pas suffisante au cours des deux premières années de la vie, cela entraînera des dommages irréversibles sur le développement physique et cognitif de l'enfant.

Le nourrisson est particulièrement vulnérable pendant la période de transition où commence l'alimentation complémentaire. Pour que les besoins nutritionnels soient satisfaits, il faut donc que les aliments complémentaires soient :

- **Apportés au bon moment** : c'est-à-dire introduits à partir de 6 mois, au moment où les besoins en énergie et en éléments nutritifs dépassent ceux apportés par l'allaitement maternel exclusif ;
- **Adéquats** : c'est-à-dire apportent l'énergie, les protéines et les micronutriments (Vitamines et sels minéraux) suffisants pour satisfaire les besoins nutritionnels liés à la croissance et au développement de l'enfant ;
- **Sains** : c'est-à-dire stockés et préparés dans de bonnes conditions d'hygiène et donnés avec des mains propres, dans des ustensiles propres, et non au moyen de biberons et de tétines ;
- **Correctement administrés** : c'est-à-dire donnés en suivant les signes d'appétit et de satiété émis par l'enfant, la fréquence des repas selon l'âge et en utilisant une méthode appropriée pour encourager l'enfant à manger à satiété, avec sa main ou une cuillère. Cette méthode d'alimentation active est recommandée même chez l'enfant malade.

Une alimentation active et attentive du jeune enfant est importante. L'alimentation complémentaire appropriée peut renforcer le développement du cerveau de l'enfant pendant les deux premières années de la vie les plus cruciales.

VI.2. Premiers aliments pour le jeune enfant

- Les céréales de base de la famille devraient être utilisées pour préparer le premier aliment du jeune enfant à l'âge de six mois. La bouillie pourra être préparée avec la farine de maïs, du sorgho, du blé, d'éleusine ... mélangé avec de l'eau bouillie ou du lait de vache/chèvre si disponible.
- A l'introduction de l'alimentation complémentaire, la bouillie donnée au jeune enfant devra être un peu plus liquide au début. Au fur et à mesure que l'enfant grandit, la bouillie devra être plus consistante. Une bouillie épaisse est plus nutritive et énergétique que celle qui est plus diluée.
- Les fruits comme les bananes mûres, papayes, mangues, avocats, etc. devraient être donnés à cet âge sous forme de purée.

Il faut sensibiliser la population pour abandonner la pratique très courante au Burundi consistant à vendre tous les fruits ou de les utiliser dans la fabrication de la bière/vin au lieu de consacrer une quantité suffisante à l'alimentation des enfants.

VI.3. Types des aliments locaux pour le jeune enfant

➤ **Des aliments de complément, peu coûteux**

Ces aliments sont obtenus au moyen des techniques de production appropriées au niveau communautaire et préparés avec des ingrédients disponibles localement. Ils peuvent aider à satisfaire les besoins nutritionnels du nourrisson à partir de 6 mois et du jeune enfant.

➤ **Aliments traditionnels pour le jeune enfant**

Une fois que l'enfant mange de la bouillie de céréales, les aliments mixtes composés des légumineuses et des légumes pourraient être donnés à l'enfant progressivement. La plupart des aliments traditionnels donnés aux nourrissons dans les différentes régions du pays sont des exemples d'aliments mixtes (ex : le *lengalenga* avec du haricot et de la patate douce)

➤ **Repas familial modifié**

Dans la plupart des familles, il existe des préparations à base de céréales (maïs, sorgho, ...); légumineuse (haricot,...) de légumes (*lengalenga*, épinards, tomates, choux,) ou tubercules (patate douce, manioc,.....). La nourriture mixte pourrait être bien réduite en purée et donnée au bébé après l'ajout d'un peu d'huile. Si nécessaire, le mélange pourrait être passé à travers un tamis pour obtenir une pâte semi-solide. La modification du repas familial est l'un des moyens les plus efficaces permettant d'assurer une alimentation complémentaire adéquate aux nourrissons. Cependant, souvent au Burundi, les repas familiaux sont trop basés sur les tubercules (pommes de terre, patates douces,) et peu sur les céréales, légumineuses et les légumes. Il

faut assurer une alimentation diversifiée utilisant tous les différents groupes d'aliments pour le jeune enfant.

VI.4. Fréquence et diversification de l'alimentation complémentaire

En général, les nourrissons et les jeunes enfants ont besoin d'être nourri 5-6 fois par jour en plus de l'allaitement maternel. Il faut se rappeler que l'alimentation inappropriée (en qualité et/ou en quantité) des nourrissons et des jeunes enfants au cours des deux premières années est la principale cause de la malnutrition avec des conséquences irréversibles sur le développement physique et cognitif pour le reste de leur vie.

Donner la quantité de nourriture adaptée à l'âge de l'enfant et à la bonne fréquence :

- Introduire de petites quantités de nourriture à partir du 6ème mois et augmenter la quantité graduellement, la consistance et la variété au fur et à mesure que l'enfant grandit
- Augmenter la fréquence des aliments de complément (complémentaires) au fur à mesure que l'enfant grandit.

Tableau X : Type et fréquence des repas en fonction de l'âge

Tranche d'âge	Type des aliments	Le nombre adéquat de repas recommandé	L'énergie nécessaire pour l'alimentation de complément en moyenne (Kcal par jour)
6-8 mois	aliments en purée (écrasée) et semi liquides (bouillies)	2 ou 3 fois par jour	200 kcal par jour
9-11 mois	semi solides, collations et aliments qu'il peut consommer	3 ou 4 fois par jour et 1 ou 2 collations bien nutritives entre les repas	300 kcal par jour
12-24 mois	repas familial enrichi	4 fois par jour et 2 collations bien nutritives entre les repas	550 kcal par jour

- Si l'enfant n'est plus allaité, ajouter 2 verres de lait par jour.
- Si la densité (consistance) et/ou la quantité des aliments par repas sont insuffisantes, ou si l'enfant n'est pas allaité, des repas plus fréquents sont nécessaires.

Donner des aliments de complément ayant une teneur suffisante en micronutriments et en énergie :

- Le jeune enfant a besoin de tous les types d'aliments à partir de 6 mois à savoir les céréales (maïs, sorgho, blé ...), les légumineuses (haricots, soja,...), les légumes en particulier les légumes verts (*lengalenga*, épinards, feuille de

haricot,....), les fruits, le lait et ses dérivés, les œufs, les viandes et les poissons. Un peu de graisse comme l'huile / beurre fondu, le sucre et le sel iodé pourront être aussi ajoutés. Une alimentation diversifiée avec l'allaitement maternel continue améliorera le statut nutritionnel de l'enfant.

- Enrichir l'alimentation avec une grande variété d'aliments afin d'être sûr que tous les besoins en nutriments sont satisfaits. Parmi les aliments de compléments à haute valeur énergétique, disponibles localement et abordables, il y a des céréales ou des tubercules qui peuvent être enrichis avec de l'huile, des fruits, des légumes, des légumineuses, de la viande, des œufs, du poisson, du lait, ou des produits dérivés du lait.
- Enrichir avec des aliments d'origine animale chaque fois que cela est possible
- Servir des aliments riches en vitamine A (foie, abats, jaune d'œuf, fruits et légumes de couleur jaune ou orange) avec un peu de matière grasse pour améliorer l'absorption.
- Servir les aliments riches en fer (viandes, légumineuses) avec des fruits riches en vitamine C (agrumes) pour améliorer l'absorption.
- Eviter de lui faire boire des boissons à faible valeur nutritive telles que le thé, le café et les boissons sucrées comme les sodas.
- Donner à l'enfant de l'eau propre potable.

La valeur énergétique des aliments donnés aux jeunes enfants peut être augmentée de quatre manières différentes:

- i. En ajoutant une cuillerée de graisse ou de l'huile dans chaque ration de nourriture. La graisse est une source concentrée d'énergie et augmente sensiblement le contenu énergétique des aliments sans augmenter l'encombrement.
- ii. L'ajout d'un peu de sucre augmente la valeur énergétique de l'alimentation.
- iii. En donnant des aliments maltés. Le brassicole réduit la viscosité des aliments et permet donc à l'enfant de manger une grande quantité à la fois. Le brassicole est la germination des céréales à grains entiers ou de légumineuses, le séchage après la germination et leur broyage. Les aliments préparés après maltage fournissent plus d'énergie à l'enfant.
- iv. En donnant des mélanges épais. Les bouillies plus liquides ne fournissent pas assez d'énergie. Un jeune enfant en particulier de 6 à 9 mois a besoin des bouillies ou d'aliments mixtes semi-solides. Toutefois laisser des morceaux durs dans cette nourriture peut causer des difficultés dans l'ingestion. Les aliments semi-solides peuvent passer à travers un tamis en les pressant avec une louche pour s'assurer que la nourriture mixte est lisse et uniforme, sans gros morceaux.

Utiliser au besoin des aliments fortifiés :

- Les aliments complémentaires fortifiés (manufacturés) tels que les céréales et autres produits (huile, sucre...) constituent une option pour les enfants de 6 à 24 mois et plus et pour les femmes enceintes et allaitantes ayant les moyens d'en acheter, les connaissances et l'équipement nécessaires pour leur préparation sans risque.
- Les aliments manufacturés pour les enfants doivent satisfaire aux normes recommandées par la commission Codex Alimentarius et par le Code des pratiques d'hygiène avant d'être commercialisés ou distribués.

VI.5. Sécurité sanitaire des aliments complémentaires

L'attention à la préparation hygiénique et le stockage des aliments de complément pour les enfants sont cruciales pour éviter la contamination. L'hygiène personnelle joue un rôle important dans l'alimentation des nourrissons. Si la propreté n'est pas respectée, l'alimentation complémentaire peut faire plus de mal que de bien à l'enfant et peut occasionner des infections à l'enfant. Il est donc important que tous les aliments préparés pour les jeunes enfants soient traités de manière qu'ils soient exempts de tout germe.

Préparer et conserver les aliments complémentaires d'une manière propre

- Se laver les mains avant la préparation des aliments et avant de nourrir l'enfant.
- Utiliser de l'eau potable et bien bouillir l'eau pendant au moins 10 minutes en préparant une bouillie pour l'enfant.
- La cuisson tue la plupart des germes. Les aliments préparés pour les enfants doivent être bien cuits pour détruire les bactéries nocives présentes.
- Garder les aliments dans un endroit propre et les servir immédiatement après leur préparation.
- Utiliser des ustensiles propres pour préparer et servir les aliments.
- Laver les mains de l'enfant avant de le nourrir.
- Après cuisson, manipuler les aliments aussi peu que possible et les conserver dans un récipient couvert protégé contre la poussière et les mouches.
- Les aliments cuits ne devraient pas être conservés plus d'une ou deux heures en climat chaud sauf s'il y a un moyen de les stocker à température de réfrigération.
- Ne pas utiliser les biberons dont il est difficile d'assurer la propreté mais par contre utiliser une tasse ou un bol lisse.

De même, les aliments complémentaires manufacturés et commercialisés en vue d'être utilisés à l'âge approprié, doivent être sans risques, acceptables du point de vue culturel, abordables et adéquats du point de vue nutritionnel, et se conformer aux normes du *Codex Alimentarius* et aux textes connexes relatifs aux aliments des nourrissons et des jeunes enfants.

VII. L'ALLAITEMENT MATERNEL CONTINU

L'allaitement maternel doit être poursuivi jusqu'à l'âge de deux ans ou au-delà.

Le lait maternel doit continuer d'être une source importante d'énergie, de protéines et de micronutriments fournissant 35 à 45% des besoins énergétiques. Il constitue aussi une source-clé de graisses, de vitamine A, de calcium et de riboflavine (vitamine B2).

L'allaitement maternel associé à l'alimentation complémentaire pendant cette période diminue les risques de morbidité et de mortalité, en particulier chez les populations à haut risque de pathologies infectieuses.

Au début, quand les aliments complémentaires sont introduits (à partir de 6 mois), l'alimentation complémentaire doit être donnée en premier lieu quand l'enfant manifeste qu'il a faim. Au fur et à mesure que l'enfant commence à bien prendre les aliments de complément il devrait d'abord être allaité. Cela permettra d'assurer la lactation adéquate. L'allaitement maternel, en particulier la nuit, assure une production lactée prolongée.

L'alimentation active et attentive

Adopter une attitude bienveillante tout en alimentant le bébé comme parler, jouer, stimule l'appétit et le développement de l'enfant. Donner de la nourriture à un enfant âgé de 12 à 24 mois sur une assiette séparée et l'encourager à s'asseoir et manger de son propre gré.

Manger à la même heure et au même endroit contribue également à améliorer l'appétit et éviter les distractions.

Pratiques de l'alimentation active et attentive

- Nourrir les enfants lentement et avec patience. Encourager les enfants à manger mais ne pas les forcer.
- Les mères ou les responsables doivent nourrir directement les enfants de 6 à 11 mois et assister les enfants plus âgés (12 à 24 mois) quand ces derniers mangent par eux-mêmes, tout en veillant à reconnaître les signes de faim ou de satiété.
- Si l'enfant refuse un aliment quelconque, le combiner à un autre aliment, modifier le goût, la texture ou les méthodes d'encouragement.
- Réduire au minimum les sources de distraction pendant le repas si l'enfant est facilement distrait.
- Les repas doivent être des moments de manifestation d'affection où il y a des contacts visuels, des moments d'apprentissage et de renforcement du lien affectif avec les enfants.

VIII. ANJE DANS LES SITUATIONS PARTICULIERES

VIII.1 Allaitement des petits poids à la naissance

L'allaitement maternel est particulièrement important pour les bébés prématurés et

ceux qui sont nés à terme mais avec un faible poids de naissance (moins de 2.5kg) ; et prévient les risques d'infections et de décès. . En cas d'insuffisance pondérale à la naissance ou de prématurité, le lait maternel reste l'aliment de choix et doit être donné dès la naissance, sachant que la tétée par le bébé provoque la montée laiteuse. Si le bébé n'arrive pas à téter de lui même, la mère peut exprimer son lait maternel et le nourrir à l'aide d'une tasse.

Il est fortement conseillé de garder au chaud un bébé prématuré de faible poids à la naissance en utilisant notamment la méthode de Kangourou.

La méthode kangourou est un type de soin donné à un bébé prématuré dans lequel celui ci est maintenu sur le ventre de la mère pour le contact peau à peau le plus longtemps possible car il simule l'environnement intra-utérin et favorise la croissance. Cette pratique aide le bébé de deux manières ; il reçoit la chaleur du corps de la mère, et aussi il peut téter en cas de besoin. Les prématurés et les petits poids à la naissance peuvent avoir besoin de téter le plus souvent pour une plus courte durée. S'ils ne sont pas capables de téter, l'on doit exprimer le lait qui pourra être administré avec une sonde naso- gastrique d'alimentation.

La composition du colostrum avec sa forte concentration en substances protectrices le rend particulièrement adapté pour les bébés prématurés. Ces derniers doivent être nourris toutes deux heures au cours de la journée et de la nuit.

VIII.2. ANJE en cas de maladie

La composition du lait maternel est très stable, même lorsque la mère ne se nourrit pas bien ou est malade. Un bébé allaité au sein doit l'être plus fréquemment pendant la maladie.

De six mois à deux ans, les jeunes enfants souffrent souvent d'infections comme la diarrhée, la rougeole, l'infection respiratoire, la toux, etc. Si leur régime alimentaire a été adéquat, leurs symptômes sont généralement moins graves que ceux d'un enfant sous-alimenté. Un enfant malade a besoin de plus de nourriture afin qu'il puisse combattre les infections sans utiliser ses réserves en éléments nutritifs. Pendant la maladie, un enfant peut perdre l'appétit et peut refuser de manger, mais l'enfant a besoin d'une nutrition adéquate pour mieux guérir de la maladie.

Augmenter la fréquence de l'allaitement et offrir plus d'aliments pendant et après la maladie pour les enfants de plus de 6 mois :

- Augmenter le volume des liquides pris pendant la maladie, incluant un allaitement maternel encore plus fréquent sur une plus longue durée, le jour et la nuit
- Encourager l'enfant malade à manger des aliments légers, variés et appétissants. La mère ou la personne soignante peut donner à l'enfant les aliments que ce dernier préfère et l'encourager à manger.
- Encourager l'enfant à manger davantage après une maladie afin de « récupérer » son poids d'avant la maladie (un repas supplémentaire pendant 2 semaines)
- La restriction ou la dilution de la nourriture devrait être découragée.

- S'assurer que les enfants souffrant de la rougeole, la diarrhée et des infections des voies respiratoires mangent beaucoup des aliments riches en vitamine A.

VIII.3 ANJE en cas de malnutrition

La prise en charge des enfants malnutris demande une attention particulière au niveau du système de santé, mais aussi au niveau des communautés et des familles. Les maladies courantes qui affectent les enfants sont la diarrhée, les infections des voies respiratoires y compris la pneumonie, la rougeole et la fièvre fréquemment due au paludisme. A chaque épisode, l'enfant perd du poids et récupère rarement son poids d'avant la maladie.

Les enfants atteints de malnutrition aiguë ont un risque élevé de décès et ont besoin de soins d'urgence spéciaux. Ces enfants devront être référés aux structures de santé pour admission aux services nutritionnels intégrés selon leurs conditions, suivant le protocole national de prise en charge de la malnutrition aiguë. Le Service de Stabilisation (SSt) des hôpitaux prend en charge les enfants malnutris sévères ayant des complications médicales et le Service Thérapeutique Ambulatoire (STA) prend en charge les enfants malnutris sévères sans complications médicales au niveau des CDS. Pour les enfants souffrant de la malnutrition modérée, ils pourront être pris en charge par les Services de Supplémentation Nutritionnelle (SSN) des centres de santé ou par les Foyers d'Apprentissage et de Réhabilitation Nutritionnelle (FARN) au niveau communautaire.

VIII.4 ANJE dans les urgences

Dans les situations d'urgence où l'enfant est séparé de sa mère notamment en cas de guerre, de famine, inondation, etc..., l'allaitement maternel sauve des vies parmi les nourrissons les plus vulnérables âgés de moins de six mois, en leur évitant d'ingérer des agents pathogènes contenus dans les laits artificiels, en renforçant leur système immunitaire et en leur apportant tous les nutriments nécessaires et les liquides dont ils ont besoin pour ne pas souffrir de déshydratation

Souvent dans les urgences humanitaires, il ya une disponibilité de lait en poudre qui est généreusement donné par certaines agences ou maisons de production de lait. Une distribution non contrôlée ou abusive de substituts du lait maternel dans les situations d'urgence peut contribuer à un arrêt précoce et évitable de l'allaitement. Il est essentiel de protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel dans les zones sinistrées afin d'assurer la survie de l'enfant, une santé et nutrition adéquate.

Retenons que :

- Les interventions devraient mettre l'accent sur la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel et de l'alimentation complémentaire sûre et appropriée.
- Les femmes enceintes et allaitantes devraient recevoir la priorité dans la

distribution alimentaire et on doit leur fournir de la nourriture supplémentaire en plus de la ration générale. La nourriture distribuée doit être adaptée à l'âge de l'enfant et enrichie en vitamines et sels minéraux.

- Les besoins nutritionnels immédiats et de soins des orphelins et des enfants non accompagnés doivent être pris en charge.
- Si pour une raison ou une autre, l'allaitement maternel de l'enfant ne peut pas continuer dans les situations de crise (traumatisme de la mère, la séparation, etc.), les efforts devraient être faits pour réduire les effets néfastes de l'alimentation artificielle en assurant un approvisionnement suffisant et durable de substitut du lait maternel, la préparation adéquate des aliments artificiels, de l'approvisionnement en eau potable, l'assainissement approprié, des ustensiles de cuisine adéquats et des combustibles. Dans tous les cas, l'allaitement de l'enfant devra être rétabli aussitôt que possible.

VIII.5 ANJE dans le contexte du VIH/SIDA

On sait qu'en l'absence d'intervention, la transmission du VIH par l'allaitement maternel survient dans 5 à 20% des cas. Il est actuellement démontré que :

- l'allaitement maternel exclusif au sein présente un risque de transmission du VIH inférieur à l'allaitement mixte
 - la prise d'un traitement ARV efficace pendant toute la durée de l'allaitement (allaitement maternel protégé) permet de réduire de façon considérable le risque de transmission du VIH au nourrisson
- l'allaitement artificiel augmente le risque de mortalité du nourrisson dans les pays en développement et est souvent inaccessible financièrement.

En 2009, l'OMS a émis des nouvelles recommandations sur l'allaitement des nourrissons dans le contexte du VIH, qui tiennent compte des dernières études (NB : il s'agit d'une mise à jour des lignes directrices de 2006)¹². Ces études montrent que l'administration d'antirétroviraux (ARV) à toutes les mères séropositives qui ont un nombre de CD4 inférieur à 350 tout au long de la période d'allaitement ou que l'administration d'une prophylaxie antirétrovirale de longue durée aux nourrissons de mères séropositives dont le taux de CD4 est supérieur à 350, combinée à une prophylaxie pour la mère, peuvent réduire significativement la transmission postnatale du VIH¹³. Pour réduire l'infection par le VIH chez les nourrissons et les jeunes enfants, le PNLS/IST (Programme Nationale de Lutte contre les SIDA et les Infections Sexuellement Transmissibles) a adopté une approche globale comprenant quatre éléments suivants : (1) la prévention primaire de l'infection par le VIH, (2) la

¹² 'New WHO recommendations: Infant feeding in the context of HIV'.

http://www.who.int/child_adolescent_health/news/archive/2009/30_11_09/en/index.html.

¹³OMS. Summary of Evidence for the Revised WHO Principles and Recommendations on HIV and Infant Feeding, 2010.

prévention de grossesses non désirées chez la femme infectée par le VIH, (3) Prévention de la transmission du VIH des femmes infectées par le virus à leurs enfants (4) Traitement, soins et soutien de la femme infectée par le VIH et de sa famille.¹⁴

Pour les mères séropositives qui reçoivent des antirétroviraux, l'allaitement au sein est devenu considérablement plus sûr et la différence de risque entre l'allaitement et une alimentation de substitution a profondément changé. La santé de la mère est également protégée.

Il est recommandé à toutes les mères séropositives :

- de faire la CPN précoce, suivre le protocole PTME et accoucher dans une structure de soins
- d'allaiter l'enfant exclusivement au sein durant les six premiers mois de la vie ;
- quand le nourrisson a six mois :
 - de poursuivre l'allaitement au sein jusqu'à 12 mois, accompagné d'aliments de complément ;
 - de continuer d'évaluer régulièrement l'état de santé et nutritionnelle de la mère et de son enfant.
- De protéger l'allaitement maternel en continuant les ARV chez la mère pendant toute la période d'allaitement, quelle que soit la durée de l'allaitement.

Pour les femmes enceintes/allaitantes séronégatives ou à statut non déterminé :

- Conseiller un allaitement maternel exclusif pour les six premiers mois, l'introduction des aliments de complément au sixième mois et la poursuite de l'allaitement fréquemment et à la demande pour deux ans et même plus ;
- Connaître leur statut sérologique en se faisant dépister ;
- Conseiller aux mères d'améliorer leur alimentation et de prendre un repas supplémentaire par jour ;
- Promouvoir les pratiques sexuelles à moindre risque.

Concernant la mère séropositive pour laquelle il n'est pas possible de pratiquer l'allaitement maternel protégé, proposer l'allaitement artificiel. Néanmoins, il est nécessaire que celui-ci soit Acceptable, Faisable, Abordable financièrement, Durable et Sûr (AFADS) pour elle et son enfant.

Les dangers de l'alimentation mixte des nourrissons devraient être expliqués aux mères infectées par le VIH. Parfois, les mères peuvent choisir de nourrir artificiellement le bébé, mais sous certaines pressions sociales, elles allaitent aussi

¹⁴ Politique Nationale de la Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, MSPLS-SEP/CNLS Novembre 2010

l'enfant. Un enfant nourri artificiellement a moins de risque que celui qui reçoit à la fois l'alimentation, l'allaitement maternel et artificiel. L'objectif de la consultation pour l'alimentation des nourrissons dans le contexte du VIH est de permettre à la mère d'éviter complètement l'allaitement mixte. Toutes les mères qui allaitent devraient être prises en charge pour l'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois. Si la femme choisit de ne pas allaiter, elle doit bénéficier d'un soutien à l'allaitement artificiel pour le rendre sûr.

La promotion du dépistage volontaire est vitale afin que toutes les femmes sachent leur statut sérologique parce que cela a des implications immenses sur les options d'alimentation pour son enfant. En plus, chaque femme allaitante, qu'elle soit séropositive ou séronégative, devrait négocier avec son partenaire qu'il soit fidèle et utilise des condoms pour réduire les risques de transmission tout en se protégeant lui-même contre l'exposition au VIH. Le taux de transmission du VIH à l'enfant peut aller jusqu'à 29% si la femme est infectée pendant la période d'allaitement maternel. La promotion du dépistage précoce pour le jeune enfant est aussi très importante pour la prise en charge de l'enfant séropositif conformément aux directives de la Politique Nationale de PTME¹⁵ L'état nutritionnel de la mère et de l'enfant devront être évalués à chaque contact : pesez et mesurez la taille de l'enfant et de la mère (en songeant à ajouter son indice de masse corporelle-IMC) à chaque consultation et consignez-les dans son carnet.

VIII.6 Orphelins et autres enfants vulnérables (OEV)

Il s'agit des orphelins de mères, des enfants qui n'ont pas été élevés par leurs parents naturels, des enfants nés de mères adolescentes, de mères atteintes d'incapacité physique ou mentale, dépendantes à l'égard de drogues ou de l'alcool, ou de mères incarcérées ou appartenant à un groupe désavantagé ou marginalisé. Dans de telles situations, l'absence de l'allaitement maternel est plus probable et les dangers liés à une alimentation artificielle ou à une alimentation complémentaire inappropriée augmentent. Les enfants qui se trouvent dans ces situations difficiles doivent bénéficier d'une attention spéciale et d'un appui pratique afin de leur assurer une alimentation adéquate.

Chaque fois que cela est possible, la mère et l'enfant doivent rester ensemble et recevoir l'appui nécessaire pour exercer l'option alimentaire la plus appropriée au regard des circonstances. Pour ce faire, l'accent sera mis sur le renforcement du comité de prise en charge des OEV, la promotion des structures d'accueil appropriées et le financement des microréalisations afin de leur apporter un soutien médical, psychosocial et économique.

VIII.7 Autres options en matière d'ANJE

La grande majorité des mères peuvent et doivent allaiter leurs enfants de même que la grande majorité des enfants peuvent et doivent être nourris au sein. Ce n'est que dans des situations exceptionnelles que le lait maternel n'est pas adapté au nourrisson. Dans ces rares situations sanitaires où le nourrisson ne peut ou ne doit

¹⁵Politique Nationale de la Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant, MSPLS-SEP/CNLS Novembre 2010

pas être nourri au sein, le choix de la meilleure solution de remplacement peut être un substitut du lait maternel (lait de chèvre, lait de vache, et lait maternisé...) administré dans une tasse, celle-ci étant préférable au biberon et à la tétine.

Lorsque le nourrisson ne reçoit pas de lait maternel, l'alimentation au moyen d'un substitut approprié – par exemple, une préparation à domicile avec des suppléments en micronutriments est conseillée. Celle-ci devra faire l'objet d'une démonstration assurée uniquement par des agents de santé, ou le cas échéant des agents communautaires formés, et uniquement aux mères et autres membres de la famille appelés à l'utiliser ; les informations données comprendront notamment des instructions adéquates pour garantir une bonne préparation et une utilisation appropriée dans des conditions optimales d'hygiène.

L'enfant qui n'est pas nourri au sein, quelle qu'en soit la raison, doit bénéficier d'une attention particulière de la part des services sanitaires et sociaux, car il fait partie d'un groupe à risque.

IX. DIRECTIVES OPERATIONNELLES DANS LA PROMOTION DE L'ANJE

IX.1 Protection de l'allaitement maternel

➤ *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*

La bonne pratique de l'allaitement maternel a subi un revers en raison de la campagne média agressive des multinationales productrices de lait en poudre et des aliments infantiles. Vers la fin des années soixante-dix, l'OMS a reconnu la gravité de la tendance à la baisse de l'allaitement maternel et a introduit un Code international pour la protection et la promotion de l'allaitement maternel en 1981.

Le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (SLM) a été élaboré pour « contribuer à procurer aux nourrissons une nutrition sûre et adéquate. Il vise la protection et l'encouragement de l'allaitement au sein à travers une utilisation correcte des substituts du lait maternel quand ceux-ci sont nécessaires. Cela exige une information adéquate et une commercialisation / distribution appropriées »¹⁶. Ce Code comprend des dispositions relatives à l'information des parents sur les risques pour la santé de l'utilisation injustifiée et incorrecte du lait maternisé ou d'autres substituts du lait maternel. Il n'est cependant pas contraignant pour les États signataires. Certains pays ne disposent pas encore d'une législation nationale en la matière. Dans d'autres pays, cette législation existe, mais malheureusement elle est régulièrement bafouée sans faire l'objet d'un suivi ou d'une mise en œuvre effective. Ce Code constitue une exigence minimale. Il est nécessaire que les pays le transposent dans leur législation nationale.

Le Burundi est en processus d'adoption du Code International de commercialisation des substituts du lait maternel. Le monitoring du Code de Commercialisation des

¹⁶ OMS, *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*, 1981. http://www.who.int/nutrition/publications/code_french.pdf.

substituts de lait maternel est indispensable afin de protéger les droits à l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois.

Certains messages de promotion des substituts du lait maternel prétendent que le lait artificiel est aussi bon, voire meilleur que le lait maternel. Ces derniers doivent être combattus par des messages positifs qui insistent sur les bienfaits de l'allaitement maternel et qui s'adressent à différents groupes cibles (mères, grands-mères, conjoints, agents de santé, etc.). Ces messages devraient également s'attaquer aux fausses croyances répandues sur l'allaitement maternel en apportant des informations pertinentes et des statistiques sur les bienfaits de l'AME.

Afin de faciliter l'allaitement maternel pour les femmes salariées, tous les pays devraient adopter et appliquer la réglementation sur les droits relatifs à la maternité en conformité avec la Convention et les Recommandations de Protection de la Maternité de l'OIT¹⁷. Les syndicats quant à eux ont un rôle de négociateurs directs à jouer concernant la maternité et la sécurité de l'emploi des femmes enceintes et allaitantes.

➤ *Initiative Hôpitaux Amis des Bébéés (IHAB)*

L'Initiative Hôpitaux Amis des Bébéés a été initiée en 1992 par l'OMS et l'UNICEF. L'objectif de cette initiative est de faire en sorte que toutes les maternités, qu'elles soient indépendantes ou situées dans un hôpital, deviennent des centres de soutien à l'allaitement maternel. Pour être reconnue « Ami des Bébéés » par l'UNICEF et l'OMS, une maternité doit satisfaire aux dix conditions suivantes.

Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel

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 la formation et les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique,
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement maternel et de sa pratique,
4. Mettre les nouveau-nés en contact peau-à-peau avec leur mère immédiatement à la naissance et pendant au moins une heure. Apprendre aux mères à reconnaître quand leur bébé est prêt à téter, et offrir de l'aide si nécessaire,
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 sur indication médicale (privilégier le lait maternel cru-chaque fois que possible, et privilégier le lait de lactarium si un complément est nécessaire),
7. Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures sur 24 (favoriser la proximité de la mère et du bébé, privilégier le contact peau à peau et le considérer comme un soin pour les bébéés malades ou prématurés),
8. Encourager la mère pour l'allaitement au sein à la demande de l'enfant (aux

¹⁷ *Convention de Protection de la Maternité de l'OIT, 2000 No. 183 et Recommandations de Protection de la Maternité, 2000 No. 191*

signes d'éveil).

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 auxquelles il faut référer les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

Au Burundi, c'est important de promouvoir l'importance de l'obtention et du maintien du label « amis des bébés » par les services de maternité dans les hôpitaux et dispensaires conformément aux dix conditions ci-haut citées. Les autres initiatives comme l'Initiative des Communautés Amies des Bébés (ICAB) devraient aussi être développées au pays pour élargir les dix conditions au-delà du cadre des soins de maternité au niveau communautaire.

IX.2 Suivi et promotion de la croissance (SPC)

Peser et mesurer la taille de l'enfant régulièrement en reportant les indices sur la carte de santé est un outil important pour suivre sa croissance. Les nourrissons et les jeunes enfants devraient consulter les services de SPC tous les mois jusqu'à 3 ans en présence de leurs parents avec des conseils nutritionnels à l'appui. L'état de croissance doit être expliqué aux parents. Si l'enfant montre des signes de malnutrition, les mères devraient recevoir les conseils appropriés pour améliorer son état nutritionnel lui fournissant de la nourriture supplémentaire tous les jours jusqu'à la normalisation de son poids. Les enfants malnutris doivent être suivis dans les services nutritionnels intégrés et à domicile par leurs familles en collaboration avec les agents de santé présents dans la communauté.

Depuis 2006, l'OMS a établi les nouvelles normes internationales de croissance des nourrissons et des jeunes enfants dont les courbes sont applicables à tous les enfants du monde. Selon l'OMS, ces nouvelles normes prouvent que les différences dans la croissance des enfants jusqu'à l'âge de 5 ans sont davantage influencées par la nutrition, les pratiques d'allaitement, l'environnement et les soins de santé que par la génétique et l'origine ethnique.

L'activité de suivi et de surveillance de la croissance de l'enfant utilisée depuis longtemps au Burundi a été toujours intégrée au service de vaccination. Cependant, cette activité a perdu progressivement son intérêt par sa faible utilisation et exploitation au niveau des structures de santé périphérique. Néanmoins, le suivi et la surveillance de la croissance de l'enfant constituent un point important de contact où les services de santé peuvent optimiser les soins à accorder aux enfants et prévenir à temps les situations nutritionnelles préoccupantes. Actuellement, 58% des enfants du Burundi présentent un retard de croissance¹⁸. Il s'avère assez urgent de redynamiser cette activité de manière intégrée en utilisant les nouveaux outils de suivi recommandés par l'OMS dont l'utilisation efficace a fait preuve de résultats sans faille sur le statut sanitaire et nutritionnel de l'enfant.

Ces activités de suivi et de surveillance de la croissance de l'enfant seront couplées avec les activités préventives et promotionnelles comme le déparasitage, la

¹⁸Enquête Démographique et de Santé (EDS), 2010

supplémentation en vitamine A, la fortification des aliments à domicile et les démonstrations culinaires.

IX.3. Communication pour le Changement de Comportement (C.C.C)

Pour être efficace dans la promotion d'ANJE il faut appliquer une **stratégie de communication globale** qui utilise de multiples canaux pour s'attaquer aux obstacles à l'allaitement maternel dans certaines régions ou certains groupes participants. Les programmes et activités promotionnelles devront prévoir des actions à différents niveaux :

- **Au niveau national :**
 - Adoption d'une législation sur le *Code international de commercialisation des substituts du lait maternel*,
 - Adoption d'une législation sur la protection de la maternité pour les femmes qui travaillent par l'élaboration de politiques facilitant l'allaitement sur le lieu de travail.
- **Au niveau du système de santé :** offrir des conseils et un soutien pour garantir la mise en œuvre de pratiques optimales d'allaitement maternel dans des points de contact clés tels que les services de soins prénatals, les maternités et les centres de santé infantile.
- **Au niveau communautaire :** Mettre l'accent sur les conseils, le soutien et les messages véhiculés par les familles, les dirigeants communautaires, les agents de santé communautaires, d'autres piliers de la communauté ou les groupes d'entraide pour les mères.

Les meilleures approches pour améliorer les pratiques d'allaitement maternel sont axées sur le changement de comportement et des normes sociales (s'attaquer aux fausses croyances, réduire les obstacles et renforcer le soutien de la population envers la pratique). On ne peut parvenir à ces résultats qu'en combinant diverses stratégies: (1) Une politique et une législation nationales favorables à l'allaitement maternel, (2) une augmentation du nombre de prestataires de soins formés en CCC au conseil, à la communication et au travail dans un système de santé adapté, (3) Promouvoir l'implication de la communauté et son soutien aux pratiques d'AM et (4) Accroître des efforts constants de communication à tous les niveaux. C'est pourquoi un changement d'approche est nécessaire pour permettre au processus :

- D'être systématique, stratégique, fondé sur des données factuelles et participatives
- D'avoir des objectifs mesurables et des stratégies intégrées de communication
- De refléter les valeurs, les contextes locaux
- De donner la possibilité pour les enfants de devenir des agents du changement
- De mettre l'accent sur la transformation sociale en vue d'obtenir des résultats durables
- De se fonder sur les principes relatifs aux droits de l'homme

De nombreux programmes d'ANJE ont eu recours à des interventions de communication pour promouvoir les pratiques optimales d'allaitement maternel. En général, ces programmes s'appuyaient exclusivement sur des matériels de communication, des campagnes dans les médias et des séances d'éducation en matière de santé pour informer les femmes des bienfaits de l'allaitement maternel exclusif. En dépit des quelques progrès enregistrés, ils n'ont pas abouti aux changements de pratiques escomptés à grande échelle. Il faut mettre plus un accent sur la participation et l'habilitation des individus et des communautés plutôt que sur un partage des connaissances unilatéral et « descendant ».

Pour améliorer les pratiques d'allaitement maternel et changer les normes sociales qui les influencent, une stratégie et programme de communication doit adopter une démarche globale et tenir compte des éléments suivants :

Aspect de la stratégie	Approche
Objectif	<ul style="list-style-type: none"> • Changer les comportements et les normes sociales dans le cadre d'un processus de transformation sociale impliquant les femmes et d'autres groupes participants clés (grands-mères, conjoints, enfants les plus âgés, agents de santé, etc.)
Communication interpersonnelle	<ul style="list-style-type: none"> • Dialogue à double sens avec la participation active de deux acteurs
Image de l'allaitement maternel	<ul style="list-style-type: none"> • Comportement qui requiert le soutien de la famille, de l'entourage, des confessions religieuses, du système de santé et des employeurs et l'approbation de chaque communauté
Messages	<ul style="list-style-type: none"> • Adapté aux différents groupes de femmes et de participants visés (ex.: grands-mères, conjoints, enfants plus âgés, agents de santé, etc.)
Matériels et outils C.C.C	<ul style="list-style-type: none"> • Soulignent les bienfaits immédiats et à long terme de l'allaitement maternel • Soulignent les risques liés à l'absence d'allaitement maternel ou à une alimentation mixte • Adaptés aux différents groupes de récepteurs • Utilisent un langage clair et non-technique • Présentent l'AM comme un droit des enfants • Actualisés selon les politiques du moment • Exploitant tous les canaux de communication

La communication sur l'allaitement maternel a été traditionnellement axée sur la promotion de ses bienfaits. Cette stratégie n'a pas toujours entraîné une hausse des taux d'allaitement maternel, surtout lorsque que le recours au lait maternisé s'est généralisé aux dépens de l'allaitement maternel ; comme c'est le cas dans les pays industrialisés ou à revenu intermédiaire. En réalité, le langage utilisé par de nombreux défenseurs de l'allaitement maternel et les communicateurs a pu

décourager des mères d'allaiter dans certains cas. Ainsi, si l'on se contente d'évoquer dans certaines sociétés les « bienfaits de l'allaitement », notamment dans celles où l'allaitement maternel ne constitue pas la norme, ce message peut laisser croire que le lait maternisé est l'aliment normal et que l'allaitement maternel n'est qu'un « plus ». En plus de parler des « bienfaits de l'allaitement, » il vaudrait mieux insister sur les risques liés à l'absence d'allaitement maternel.

Là où l'allaitement maternel exclusif est une simple question de santé, il n'y a pas un choix entre deux solutions équivalentes. Ainsi, dans les pays où une grande partie des femmes donnent du lait maternisé à leurs nourrissons, il est préférable que les messages mettent un accent sur les risques de l'alimentation artificielle.

Les conseils en nutrition, qui seront donnés à la mère doivent être aussi adaptés à la culture locale pour une utilisation la plus large possible des produits disponibles dans la communauté. Ils contribueront à ce que les *aliments locaux* soient préparés à domicile et donnés dans des conditions de sécurité acceptables. Pour améliorer les pratiques alimentaires au Burundi, les actions suivantes doivent être entreprises et à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. Il s'agit de :

- Les mères, les pères et les autres personnes qui s'occupent des enfants doivent avoir accès à des informations objectives, régulières et complètes sur les pratiques alimentaires appropriées, sans ingérence commerciale. En particulier, ils doivent être au courant de la durée recommandée d'allaitement exclusif, de la poursuite de l'allaitement, du moment auquel il convient d'introduire les aliments complémentaires, du type d'aliment à donner, de la quantité à donner et de la fréquence ainsi que la manière de fournir ces aliments dans de bonnes conditions d'hygiène,
- La mère doit avoir accès à l'appui d'une personne qualifiée pour l'aider à introduire et à maintenir des pratiques d'alimentation appropriées, éviter les difficultés et les surmonter lorsqu'elles surviennent,
- Les agents de santé devraient être formés pour apporter cet appui qui doit systématiquement faire partie des soins fournis au cours de la grossesse, pendant et après l'accouchement ou lors des services fournis à l'enfant en bonne santé ou pas.
- Les groupes de soutien à l'allaitement offrant un appui de mère à mère et des conseillers qualifiés en matière d'allaitement intervenant dans le cadre du système de santé ou en collaboration avec celui-ci ont également un rôle important à jouer à cet égard,
- La mère doit également pouvoir continuer à allaiter son enfant et à s'occuper de lui lorsqu'elle reprend le travail dans le cadre d'un emploi rémunéré. Toute femme qui travaille en dehors de son domicile doit pouvoir bénéficier de congé de maternité, d'un espace aménagé dans le service (crèches) et de pauses pour allaiter.

IX.4. Rôles et responsabilités des acteurs et partenaires

Le gouvernement, les organisations internationales et les autres parties intéressées sont ensemble responsables de veiller à ce que les enfants jouissent du droit au meilleur état de santé possible. De la même façon, ils devraient veiller à ce que les femmes accèdent à une information complète et objective ainsi qu'à des soins de santé et à une nutrition adéquate. Chaque partenaire doit reconnaître et assumer ses responsabilités en vue d'améliorer l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant et de mobiliser les ressources nécessaires. Pour ce faire, ils doivent collaborer pour atteindre pleinement les objectifs de la politique nationale de nutrition ainsi que des présentes directives nationales, notamment en constituant des alliances et des partenariats novateurs et pleinement transparents conformes aux principes établis pour éviter les conflits d'intérêts. Les rôles et les responsabilités qui suivent sont dévolus aux différents partenaires dans la mise en œuvre de ces directives nationales:

a) Gouvernement

- Assurer une coordination nationale efficace pour la pleine collaboration de tous les organismes publics et privés, organisations internationales concernées et autres parties intéressées (dans la promotion et la protection de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant) ;
- Mettre en place un comité multi sectoriel sur l'ANJE ;
- Collecter et évaluer les constantes informations pertinentes sur les politiques et pratiques alimentaires ;
- Renforcement des capacités institutionnelles dans la promotion d'ANJE ;
- Impliquer des autorités locales et régionales dans la promotion d'ANJE ;
- Harmoniser les approches de communication et de mobilisation sociale ainsi que les outils CCC /IEC sur l'ANJE
- Accélérer l'adoption de la loi sur la commercialisation des SLM et de son décret d'application

b) Organisations non gouvernementales (y compris les groupes d'appui à base communautaire)

Les buts et objectifs d'un large éventail d'organisations non gouvernementales intervenant aux niveaux local, national et international consistent notamment à promouvoir les besoins alimentaires et nutritionnels adéquats du jeune enfant et de la famille. Ainsi, les organisations caritatives et confessionnelles, les associations de consommateurs, les groupes d'entraide entre mères, les clubs de familles et les coopératives de soins pour enfants ont tous de multiples occasions de contribuer à l'application des présentes directives nationales, par exemple :

- En offrant à leurs membres des informations exactes et à jour concernant l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant ;
- En intégrant un appui de qualité à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant dans les interventions à base communautaire et en veillant à l'existence de liens efficaces avec le système de santé ;

- En contribuant à l'adhésion des communautés et des lieux de travail à l'écoute des besoins de la mère et de l'enfant qui appuient systématiquement le principe de l'ANJE;
- En œuvrant en faveur d'une pleine application des principes et du but du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et des résolutions pertinentes ultérieures de l'Assemblée Mondiale de la Santé (34^{ème} édition).

c) Organisations internationales

Les organisations internationales, y compris les établissements mondiaux et régionaux de crédit, doivent faire en sorte que l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant figure en bonne place dans le programme mondial de santé publique en raison de l'importance qu'elle revêt pour la jouissance des droits de la femme et de l'enfant. Elles doivent défendre l'idée d'une augmentation des ressources humaines, financières et institutionnelles en vue de l'application universelle des présentes directives nationales; et, dans la mesure du possible, fournir des ressources complémentaires à cette fin. Les organisations internationales, à travers leurs représentations locales, peuvent faciliter l'activité des gouvernements. En outre, les parents et autres personnes s'occupant des enfants sont responsables en première ligne de l'alimentation qui leur est donnée même s'ils sont souvent influencés par leur environnement. Il est donc nécessaire d'intensifier l'IEC /CCC sur les bonnes pratiques de l'ANJE. Les contributions spécifiques des organisations internationales afin de faciliter le travail des gouvernements comprennent les aspects suivants:

- Définir et élaborer les normes et standards ;
- Renforcer les capacités nationales dans le soutien et la promotion d'ANJE optimal; y compris le développement des compétences techniques et en matière de communication des agents santé présents dans la communauté ;
- Sensibiliser et former les décideurs ;
- Réviser si nécessaire le curriculum pré-service dans les écoles nationales de formation pour les médecins, infirmières, sages-femmes, nutritionnistes, diététiciens et les auxiliaires de santé ;
- Suivi - évaluation de l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé et l'élargir au-delà du cadre des soins de maternité au niveau communautaire;
- Soutenir les activités de mobilisation sociale a travers tous les canaux de pour promouvoir des pratiques appropriées d'ANJE
- Soutenir la recherche sur les pratiques commerciales et le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel (SLM).

d) Associations de professionnels de la santé

Les associations de professionnels de la santé (les médecins, nutritionnistes et les diététiciens, etc...), les écoles de santé publique, les établissements publics et privés de formation des prestataires de soins de santé doivent assumer les responsabilités principales suivantes envers leurs étudiants ou leurs membres :

- Veiller à ce que les éléments de l'ANJE soient intégrés dans les Curricula d'éducation de base et la formation de tous des prestataires de soins de santé;
- Apporter une formation sur les moyens de fournir un appui de qualité à l'allaitement exclusif et à la poursuite de l'allaitement ainsi qu'à une alimentation complémentaire appropriée dans tous les services néonataux, pédiatriques, de santé génésique, nutritionnels et de santé communautaire ;
- Promouvoir l'importance de l'obtention et du maintien du label « amis des bébés » par les services de maternité dans les hôpitaux et centres de santé, conformément aux dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel et le principe du refus d'un approvisionnement gratuit ou à des conditions avantageuses de substituts du lait maternel, de biberons et de tétines ;
- Respecter intégralement les responsabilités de leurs membres ou étudiant en vertu du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et des résolutions pertinentes ultérieures de l'Assemblée de la Santé, ainsi que des mesures nationales adoptées pour leur donner effet ;
- Encourager la création et la reconnaissance de groupes d'appui communautaire et orienter les mères vers ces groupes.

e) Entreprises commerciales

Les fabricants et distributeurs d'aliments transformés industriellement qui sont destinés aux nourrissons et aux jeunes enfants ont également un rôle constructif à jouer pour la mise en application des présentes directives. Ils doivent veiller à ce que les produits alimentaires transformés pour le nourrisson et l'enfant respectent, lorsqu'ils sont vendus, les normes applicables du Codex Alimentarius en matière d'hygiène pour les aliments destinés aux nourrissons et enfants en bas âge.

En outre, tous les fabricants et distributeurs de produits entrant dans le champ du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, y compris les biberons et tétines, doivent veiller à ce que leurs pratiques de commercialisation respectent les principes et le but du Code. Ils doivent veiller à ce que leur conduite à tous les niveaux soit conforme au Code, aux résolutions pertinentes ultérieures de l'Assemblée Mondiale de la Santé et aux mesures nationales adoptées pour leur donner effet.

f) Les partenaires sociaux

Les employeurs doivent veiller à ce que toutes les femmes ayant un emploi rémunéré jouissent de leurs droits, notamment en ce qui concerne les pauses pour allaiter ou d'autres dispositions prises sur le lieu de travail. Les syndicats et autres associations de travailleurs quant à eux ont un rôle de négociation direct à jouer concernant la maternité et la sécurité d'emploi des femmes en âge de procréer.

g) Autres groupes

De nombreuses autres composantes de la société peuvent avoir des rôles influents pour promouvoir de bonnes pratiques alimentaires. On distingue notamment :

- Les autorités chargées de l'éducation, qui contribuent à former les attitudes de l'enfant et de l'adolescent concernant l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant : des informations fiables doivent être fournies par les écoles et d'autres moyens de formation afin de promouvoir une meilleure sensibilisation au problème et des perceptions positives ;
- Les médias, qui influencent les attitudes de la population concernant le rôle parental, les soins aux enfants et les produits régis par le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel – leurs informations sur le sujet – et, ce qui est tout aussi important, leur façon de présenter le rôle parental, les soins aux enfants et les produits – doivent être exactes, à jour, objectives et compatibles avec les principes et le but du Code ;
- Les installations, qui permettent à la femme exerçant un emploi de s'occuper de son nourrisson et de son jeune enfant.

ANNEXES

i. Liste des aliments locaux riches en micronutriments

Les micronutriments	Source (aliments locaux)
La vitamine A	Le porc, le poisson, le beurre, le lait, le jaune de l'œuf, les carottes, les haricots, les choux, la pomme de terre, les oranges, les abats, les courges, la papaye, l'ail
La vitamine D	Les produits laitiers, les champignons
La vitamine B	Le maïs, les petits pois, les épinards, le riz, les tomates, la pomme de terre, les bananes
La vitamine C	Les fruits : les oranges, les ananas, la papaye, les mangues, les fraises
Le calcium	Les produits laitiers, les haricots, les œufs
Le fer	Le foie gras, la viande, le maïs, le jaune de l'œuf
L'iode	Les poissons, le sel iodé
Le zinc	La levure, les légumineuses, les poissons, la viande, les céréales

ii. Résumé des Messages clés ANJE

- 1) Initiation de l'allaitement maternel dans la première heure qui suit la naissance
- 2) Allaitement Maternel Exclusif (AME) pendant les premiers 6 mois de la vie (le nourrisson ne reçoit que l'allaitement maternel seulement et pas d'autres aliments ni l'eau ni d'autres liquides)
- 3) Introduction de l'alimentation complémentaire appropriée après 6 mois en quantité, en qualité et fréquence, tout en continuant l'allaitement maternel afin de satisfaire à l'évolution des besoins nutritionnels
- 4) Allaitement maternel continue jusqu'à 24 mois ou au-delà
- 5) L'allaitement maternel exclusif de 0 à 6 mois est un des interventions ayant le plus haut impact dans la prévention de la mortalité infantile.
- 6) L'allaitement maternel exclusif est la directive pour l'alimentation du nourrisson de 0 à 6 mois. Le lait maternel satisfait en intégralité les besoins du bébé en aliments et en liquides pendant les six premiers mois.
- 7) L'allaitement maternel exclusif fournit aux bébés un bon départ dans la vie. Il protège l'enfant contre les infections et contribue à son développement optimal.
- 8) Les mauvaises pratiques alimentaires pendant les deux premières années contribuent à l'affaiblissement du développement cognitif et social avec des conséquences irréversibles, de mauvais résultats scolaires et la baisse de productivité dans la vie plus tard.

- 9) Il y a des risques et dangers liés à l'absence d'allaitement maternel et l'alimentation artificielle ou mixte. Les enfants non allaités exclusivement au sein tombent fréquemment malades et récupèrent difficilement
- 10) Le lait maternel sécrété après la naissance de l'enfant «le colostrum» est très nutritif, contient des anticorps qui protègent l'enfant contre les infections d'où il est considéré comme le premier vaccin du bébé.
- 11) Le jeune enfant a besoin de tous les types d'aliments (1.eau et boisson sucrée, 2.Fruits, légumes, 3.laits et produits laitiers, 4. Huiles et graisses, 5. Céréales 6. Poissons, œufs et viandes) à partir de 6 mois.
- 13) Les bonnes pratiques d'hygiène et de stockage des aliments de complément sont cruciales pour éviter leur contamination et celle de l'enfant.
- 14) Les femmes enceintes et allaitantes ont besoin d'une alimentation nutritive et adéquate en quantité et qualité. Elles ont aussi besoin d'une supplémentation en fer+acide folique, vitamine A en post-partum, d'une immunisation pendant la grossesse et d'un repos suffisant au cours du dernier trimestre.
- 15) Adopter l'attitude bienveillante lors de l'alimentation de l'enfant comme lui chanter, le nourrir lentement et avec patience et ne jamais le forcer.
- 16) Pendant la maladie, un bébé de moins de six mois doit être allaité au sein plus fréquemment que d'habitude. Pour les nourrissons âgés de plus de six mois, l'allaitement et l'alimentation complémentaire doivent se poursuivre et être majorés pendant la maladie.
- 17) Il est recommandé à tous les couples de connaître leur statut VIH. Il est aussi recommandé à toutes les femmes allaitantes séropositives / séronégatives ainsi que celles à statut non déterminé d'allaiter l'enfant exclusivement au sein durant les six premiers mois de la vie.
- 18) Protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel dans les situations d'urgence humanitaire en prévenant la distribution et l'utilisation non contrôlées de substituts du lait maternel.

iii. Indicateurs clés d'ANJE

Les indicateurs standards clés sont importants dans la mise en œuvre et suivi évaluation des programmes pour évaluer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Les indicateurs ANJE tiennent compte des dernières recommandations sur l'allaitement au sein, l'alimentation complémentaire, et l'alimentation des nourrissons et des enfants de moins de deux ans qui ne sont pas nourris au sein. Il y a huit indicateurs de base et sept indicateurs complémentaires identifiés ci-dessous¹⁹:

Indicateurs de base	Définition
1. Allaitement immédiat	Proportion d'enfants nés dans les 24 derniers mois, qui ont été mis au sein dans l'heure qui a suivi leur naissance
2. Allaitement exclusif au sein jusqu'à l'âge de 6 mois	Proportion de nourrissons de 0 à 6 mois révolus nourris exclusivement au lait maternel.
3. Poursuite de l'allaitement au sein à l'âge de 2 ans	Proportion d'enfants âgés de 12 à 24 mois nourris au lait maternel.
4. Introduction d'aliments, semi-solides ou mous	Proportion de nourrissons âgés de 6 à 8 mois qui ont consommé des aliments solides, semi-solides ou mous.
5. Diversité alimentaire minimale ²⁰	Proportion d'enfants âgés de 6 à 23 mois qui ont consommé des aliments appartenant à tous les groupes d'aliments.
6. Fréquence minimale des repas <i>(2 fois pour 6-8 mois, 3 fois pour 9-23 mois et 4 fois pour les enfants non nourris au sein de 6 à 23 mois)</i>	Proportion d'enfants âgés de 6 à 23 mois nourris au sein ou non, qui ont consommé des aliments solides, semi-solides ou mous, le nombre de fois minimal ou plus souvent (mais en tenant compte aussi des repas lactés dans le cas des enfants non nourris au sein).
7. Minimum alimentaire acceptable <i>(composite des indicateurs 'Diversité alimentaire minimale' + 'fréquence minimale')</i>	Proportion d'enfants âgés de 6 à 23 mois qui reçoivent un minimum alimentaire acceptable (hors lait maternel).
8. Consommation d'aliments riches en fer ou enrichis en fer	Proportion d'enfants âgés de 6 à 23 mois qui ont consommé un aliment riche en fer ou un aliment enrichi en fer spécialement conçu pour les nourrissons et les jeunes

¹⁹Indicateurs pour évaluer les pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, OMS/UNICEF 2011 (Guide de calculs)

²⁰ **Les 6 groupes d'aliments utilisés pour le calcul de l'élément Diversité alimentaire de l'indicateur concernant les enfants non nourris au sein sont les suivants :

1. céréales, racines et tubercules
2. légumineuses et noix
3. produits carnés (viande, poisson, volaille, foie/abats)
4. œufs
5. fruits et légumes riches en vitamine A
6. autres fruits et légumes

	enfants, ou enrichi à domicile.
9. Poursuite de l'allaitement au sein jusqu'à l'âge de 2 ans (cfr 3)	Proportion d'enfants âgés de 20 à 23 mois qui sont nourris au sein pendant les derniers 24 h
10. Allaitement au sein en fonction de l'âge	Proportion d'enfants âgés de 0 à 23 mois qui sont nourris au sein en fonction de leur âge.
11. Allaitement au sein prédominant avant l'âge de 6 mois	Proportion de nourrissons âgés de 0 à 5 mois nourris essentiellement au lait maternel.
12. Durée de l'allaitement au sein	Durée médiane de l'allaitement au sein pour les enfants âgés de 0 à 35 mois.
13. Alimentation au biberon	Proportion d'enfants âgés de 0 à 23 mois nourris au biberon.
14. Fréquence des repas lactés pour les enfants qui ne sont pas nourris au sein	Proportion d'enfants âgés de 6 à 23 mois qui ne sont pas nourris au sein mais recevant au moins 2 repas lactés/jour.

iv. Résumé des Actions Essentielles en Nutrition

La mise en œuvre des Actions Essentielles en Nutrition (AEN) représente une approche tournée vers l'action axée sur la promotion de sept comportements nutritionnels prouvés comme ayant un impact dans la réduction de la morbidité et la mortalité. Les principaux bénéficiaires de ces actions seront les nourrissons et les enfants de moins de deux ans ainsi que les femmes en âge de procréer.

Les sept AEN sont :

- 1) La promotion de l'allaitement maternel optimal
- 2) La promotion de l'alimentation complémentaire adéquate à partir du sixième mois
- 3) Les soins nutritionnels appropriés aux enfants malades et/ou malnutris,
- 4) La promotion d'une alimentation adéquate de la femme
- 5) La lutte contre la carence en vitamine A
- 6) La lutte contre l'anémie
- 7) La lutte contre les troubles dus à la carence en iode.

Il est nécessaire de rappeler qu'aucune de ces actions n'est nouvelle et que chacune d'elle est, à différents degrés, déjà en cours dans le pays. Malheureusement, la plupart de ces actions sont actuellement mises en œuvre d'une manière non coordonnée et verticale, avec peu d'intégration dans chaque domaine de la santé et de la nutrition.

L'objectif de la mise en œuvre dans le cadre des AEN est de consolider et d'intégrer en suivant le cycle de la vie un paquet technique holistique des activités nutritionnelles. La mise en œuvre dans le cadre des AEN sera promue à six contacts clés du système de santé:

- Les consultations prénatales
- Les accouchements / périodes post-partum immédiates
- Les consultations postnatales/ et de planification familiale
- Les vaccinations
- Les consultations préscolaires
- Les consultations de l'enfant malade

Y compris

- La prise en charge à base communautaire de la malnutrition aigue (dans les services nutritionnels intégrés et les FARNs)
- les Hôpitaux Amis des Bébé et autres structures sanitaires
- les interventions communautaires (cellules d'animation, les NAC/PCIME-C, les ICAB, WASH, et des relais communautaires, groupement féminins, etc....)
- les secteurs sociaux, de l'éducation, agricoles, médiatiques, etc....

v. Conseils de communication pour promouvoir l'allaitement maternel exclusif

Éviter les termes techniques :

- ✓ Au lieu de parler d'« allaitement maternel exclusif », dites : « Il vaut mieux ne donner aux bébés que du lait maternel pendant les six premiers mois » ou « le lait maternel contient toute l'eau dont un bébé a besoin pendant les six premiers mois. Si vous pensez que votre bébé a soif, donnez-lui votre lait, plutôt que de l'eau. »
- ✓ Au lieu de dire que le « lait maternel est un aliment complet » expliquez que : « Ne donner que du lait maternel aux bébés pendant les six premiers mois aide à les garder en bonne santé » (moins d'otites, d'épisodes de diarrhée et de maladies respiratoires).
- ✓ Utilisez les dialectes locaux, qui sont naturellement informels et non-techniques, pour expliquer et promouvoir l'AME.

Assurez-vous que les messages soient clairs, brefs et cohérents. Ainsi, de nombreux programmes ANJE organisent des formations continues pour les professionnels de santé afin de :

- ✓ Renforcer la prestation de services de soutien à l'AME dans les centres de soins.
- ✓ Faire en sorte que tous les messages des professionnels de santé et des agents de santé communautaires soient cohérents.

Axer les messages et les matériels de communication sur les groupes participants spécifiques et ce, même s'ils atteindront un public plus large. Par exemple :

- ✓ Des fiches illustrées sur la santé familiale et un outil sur l'alimentation complémentaire ont permis aux agents de santé d'inciter les mères, notamment les mères peu ou pas alphabétisées, à participer à des discussions sur les pratiques optimales d'ANJE.

Ex : au Ghana, les messages étaient axés sur les grands-mères car l'examen de précédentes études avait mis en évidence le respect dont elles faisaient l'objet et leur rôle en tant que garantes de la santé de la famille.

Identifier les bons moments et les bons endroits pour diffuser des messages en faveur de l'AME. En Éthiopie et à Madagascar, les agents de santé communautaires ont constaté que les périodes les plus appropriées correspondaient à des activités quotidiennes telles que :

- ✓ Les activités programmées (ex. : cérémonie du café, cérémonies religieuses, visites aux voisins, réunions des groupes qui gèrent traditionnellement le prêt d'argent).
- ✓ Les rencontres informelles (ex. : corvée de l'eau, achat des denrées alimentaires au marché).

Prévoyez des matériels différents pour les comportements de soutien et les pratiques sociales aux niveaux de la famille et de la communauté. Vous pouvez, par exemple :

- ✓ Montrer des pères qui s'occupent des enfants plus âgés pendant que les mères allaitent.
- ✓ Montrer une mère qui refuse l'eau que la grand-mère lui donne pour le bébé.
- ✓ Montrer une grand-mère donnant le bain au nourrisson pendant que la mère fait la sieste.
- ✓ Montrer les enfants plus âgés qui tiennent la main de leur mère pendant qu'elle allaite.

Soulignez les résultats positifs immédiats sans oublier (1) les contraintes pour la mère et (2) l'impact positif à long terme sur la santé de l'enfant, en recourant, par exemple à :

- ✓ Des témoignages de mères qui travaillent sur la façon dont elles ont réussi à poursuivre l'allaitement maternel exclusif après avoir repris le travail.
- ✓ Des témoignages d'enfants plus âgés expliquant que le fait de savoir que leur mère les a allaités leur a permis de créer des liens privilégiés et reconnaissants à leur mère d'avoir voulu ce qu'il y avait de meilleur pour eux.

Donnez une image positive des normes sociales et de la répartition des rôles entre les sexes en matière d'allaitement :

- ✓ Montrez les membres d'un groupe de soutien pour les mères rendant visite à des femmes enceintes dans des villages.

Dans les pays de plus en plus urbanisés, concevez des messages et des images plus spécifiquement destinés à la classe moyenne :

- ✓ Montrez des images de femmes actives qui allaitent.
- ✓ Expliquez que les femmes qui travaillent peuvent tirer leur lait pour qu'il soit donné à la tasse à leur bébé en leur absence et qu'elles peuvent l'allaiter une fois de retour chez elles.

Tenez-vous en à quelques messages simples, de préférence sous forme de suggestions plutôt que d'ordres. Évitez d'inonder les gens d'informations. Pensez aussi à prendre en compte les groupes marginalisés (ex. : minorités ethniques ou religieuses et personnes handicapées), à donner aux enfants un rôle clé lors des phases de planification et à écouter ce qu'ils ont à dire.

vi. Déclaration d'Innocenti

Déclaration d'Innocenti sur la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel

RECONNAISSANT que :

L'allaitement maternel constitue un moyen sans égal de nourrir l'enfant qui :

- * assure aux nourrissons une alimentation idéale qui favorise leur croissance et leur bon développement ;
- * réduit l'incidence et la gravité des maladies infectieuses, faisant ainsi baisser la morbidité et la mortalité infantiles ;
- * contribue à la santé des femmes en réduisant le risque de cancer du sein et de l'ovaire, et en augmentant l'intervalle entre les grossesses ;
- * apporte des avantages sociaux et économiques à la famille et à la nation ;
- * donne un profond sentiment de satisfaction à la plupart des femmes pour qui l'expérience est réussie ;

et que de récentes recherches ont prouvé que :

- * ces avantages augmentent si les nourrissons sont exclusivement nourris au sein (1) pendant les six premiers mois de la vie, et si, par la suite, la mère continue de les allaiter tout en leur donnant une alimentation de complément; et que
- * certaines interventions peuvent modifier de façon positive les attitudes vis-à-vis de l'allaitement maternel ;

NOUS DÉCLARONS PAR CONSÉQUENT que :

Dans le but d'assurer une santé et une nutrition optimales aux mères et aux enfants dans le monde entier, il faudrait que chaque femme ait la possibilité de nourrir son enfant au sein exclusivement et que chaque nourrisson soit nourri exclusivement au lait maternel de la naissance jusqu'à l'âge de 4 à 6 mois. Par la suite, il faudrait que les enfants continuent d'être nourris au sein, tout en recevant une alimentation de complément appropriée et adéquate, jusqu'à l'âge de 2 ans et au-delà. Pour atteindre cet idéal en ce qui concerne l'alimentation des enfants, il faudrait sensibiliser le public de manière à créer un climat de soutien approprié afin que les femmes nourrissent leurs enfants de cette manière.

La réalisation de cet objectif nécessite, dans de nombreux pays, le renforcement d'une "civilisation de l'allaitement maternel", énergiquement défendue contre l'incursion d'une "civilisation du biberon". Ceci suppose un engagement et un

plaidoyer en faveur de la mobilisation sociale, tirant parti au maximum du prestige et de l'autorité des dirigeants reconnus à tous les niveaux de la société.

Il faudrait s'efforcer de donner aux femmes plus de confiance dans leur aptitude à pratiquer l'allaitement au sein. Ceci suppose l'élimination des contraintes et des influences qui agissent sur les idées et les attitudes vis-à-vis de l'allaitement maternel, souvent par des moyens subtils et indirects. Il faut pour cela faire preuve de sensibilité et d'une vigilance continue et appliquer une stratégie globale et adaptée de communication faisant intervenir tous les médias et s'adressant à tous les niveaux de la société. De plus, il faut supprimer les obstacles à l'allaitement maternel au niveau des services de santé, du lieu de travail et de la collectivité.

Des mesures devraient être prises pour faire en sorte que les femmes soient nourries de façon adéquate dans l'intérêt de leur santé et de la santé de leur famille. De plus, il faudrait veiller également à ce que toutes les femmes aient accès à des informations et à des services en matière de planification de la famille afin de pouvoir pratiquer l'allaitement au sein et éviter les grossesses trop rapprochées qui risquent de compromettre leur santé et leur état nutritionnel ainsi que la santé de leurs enfants.

Tous les gouvernements devraient élaborer des politiques nationales en matière d'allaitement maternel et fixer des objectifs nationaux appropriés pour les années 90. Ils devraient mettre en place un système national permettant de contrôler la réalisation des objectifs fixés, et définir des indicateurs tels que le pourcentage de nourrissons nourris exclusivement au sein à la sortie de la maternité et le pourcentage de nourrissons nourris exclusivement au sein à l'âge de 4 mois.

Les autorités nationales sont en outre instamment invitées à intégrer leurs politiques en matière d'allaitement maternel à leur politique générale dans les domaines de la santé et du développement. Ce faisant, elles devraient renforcer toutes les activités de nature à protéger, encourager et soutenir l'allaitement maternel dans le cadre des programmes complémentaires intéressant notamment les soins prénatals et périnatals, la nutrition, les services de planification de la famille et la prévention et le traitement des maladies les plus courantes chez les mères et les enfants. Tout le personnel de santé devrait recevoir la formation nécessaire pour pouvoir mettre en œuvre ces politiques en matière d'allaitement maternel.

OBJECTIFS OPÉRATIONNELS :

Il faudrait que d'ici 1995 chaque gouvernement ait:

* désigné un coordonnateur national doté de pouvoirs appropriés et créé un comité national multisectoriel pour la promotion de l'allaitement maternel, composé de représentants des services gouvernementaux compétents, d'organisations non gouvernementales et d'associations professionnelles dans le domaine de la santé;

* fait en sorte que chaque établissement assurant les prestations de maternité respecte pleinement les Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel énoncées dans la déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF intitulée "Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel: le rôle spécial des services liés à la maternité";

*pris des mesures pour mettre en œuvre intégralement les principes et l'objectif de tous les articles du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et les résolutions pertinentes adoptées ultérieurement par l'Assemblée mondiale de la santé; et

*promulgué des lois novatrices protégeant le droit des femmes qui travaillent d'allaiter leur enfant et adopté des mesures pour assurer leur application.

Nous faisons également appel aux organisations internationales pour qu'elles:

*élaborent des stratégies d'action en vue de la protection, de l'encouragement et du soutien de l'allaitement maternel, y compris le suivi et l'évaluation, au niveau mondial, de leur application;

*donnent leur appui à la réalisation d'analyses et d'études sur la situation au niveau des pays et à la définition d'objectifs nationaux et de buts pour l'action;

*encouragent et appuient les activités des autorités nationales intéressant la planification, l'exécution, le suivi et l'évaluation de leurs politiques en matière d'allaitement maternel.

La Déclaration d'Innocenti a été élaborée et adoptée par les participants à la réunion OMS/UNICEF sur "L'allaitement maternel dans les années 90: une initiative mondiale", coparrainée par l'Agence pour le développement international des États-Unis (A.I.D.) et l'Agence suédoise de développement international (SIDA), qui s'est tenue au Spedale Degli Innocenti, à Florence (Italie) du 30 juillet au 1er août 1990. La Déclaration reflète le contenu du document de base établi pour la réunion et les opinions exprimées pendant les sessions de groupe et les sessions plénières.

1er août 1990
Florence (Italie)