

Evaluation ethnographique rapide des habitudes d'allaitement maternel dans la zone périurbaine de Mexico

M. L. Guerrero,¹ R. C. Morrow,² J. J. Calva,³ H. Ortega-Gallegos,⁴ S. C. Weller,⁵
G. M. Ruiz-Palacios⁶ et A. L. Morrow⁷

Avant de mettre en œuvre un programme de promotion de l'allaitement au sein dans une zone périurbaine de Mexico, nous avons fait une rapide étude ethnographique pour connaître les facteurs qui dissuadent les mères d'allaiter exclusivement au sein. Les réponses obtenues lors d'entretiens pilotes ont été employées pour mettre au point un questionnaire normalisé portant sur les raisons du choix du mode d'alimentation des nourrissons, l'origine des conseils ayant motivé ce choix et les obstacles à l'allaitement maternel. Nous avons interrogé un échantillon aléatoire de 150 mères ayant un enfant de moins de 5 ans; 136 d'entre elles (91%) avaient commencé par allaiter leur bébé, mais seules 2% ont continué à allaiter complètement jusqu'à 4 mois. Les mères affirmaient régulièrement que l'équilibre nutritionnel, la santé, la croissance et l'hygiène de l'enfant étaient les principales raisons qui avaient motivé le choix du mode d'alimentation; les questions de coût, de commodité et l'opinion du mari avaient moins d'importance. Les médecins ont été désignés comme les personnes dont les conseils étaient les plus écoutés. L'allaitement au sein a été espacé ou interrompu sur conseil du médecin (68%) ou quand la mère souffrait de ce que la médecine populaire désigne sous le nom de « *coraje* » (colère, 52%) ou de « *susto* » (frayeur, 54%), ou quand elle n'avait « pas suffisamment de lait » (62%) ou du lait de mauvaise qualité (56%), ou encore parce qu'elle (56%) ou l'enfant (43%) sont tombés malades. En cas de maladie de l'enfant, l'allaitement a également été espacé et l'utilisation des compléments alimentaires a augmenté. Cette étude souligne l'importance des valeurs culturelles pour le choix de l'alimentation des nourrissons, indique quels sont les obstacles particuliers à l'allaitement au sein, et fournit une base à partir de laquelle élaborer des interventions visant à promouvoir l'allaitement au sein exclusif dans la population d'étude.

Article publié en anglais dans *Bulletin of the World Health Organization*, 1999, **77** (4) : 323-330.

Introduction

L'allaitement maternel exclusif au cours des six premiers mois suivant la naissance présente bien des avantages sur le plan nutritionnel, immunologique et psychosocial, notamment la protection du nourrisson contre les maladies infectieuses, l'espacement des naissances du fait de l'aménorrhée pendant la

lactation et le rapprochement de la mère et de l'enfant (1-3). L'OMS et d'autres organismes internationaux s'intéressant à la question ont recommandé aux gouvernements et aux professionnels de la santé de conseiller aux mères de nourrir leur enfant exclusivement au sein pendant quatre à six mois après la naissance et de continuer à allaiter jusqu'à deux ans, voire plus, en complétant l'alimentation par des aliments adaptés (4, 5). L'allaitement au sein étant devenu moins fréquent ces dernières années à cause de l'urbanisation, de la commercialisation des préparations pour nourrissons et du travail des femmes en dehors du foyer (6-12), l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois est rare dans beaucoup de régions (8-10).

Au cours des 15 dernières années, nous avons fait des études longitudinales sur les mères et les nourrissons de San Pedro Mártir, dans la banlieue de Mexico. Les résultats montrent que l'allaitement au sein renforce les mécanismes de protection contre des maladies diarrhéiques spécifiques (13-18). Ces études ont aussi mis en lumière de sérieux problèmes dans les habitudes d'allaitement maternel: par exemple, alors que plus de 90% des mères de San Pedro Mártir commençaient par allaiter, leur nombre diminuait rapidement au cours des premiers mois du

¹ Epidémiologiste, Département des maladies infectieuses, Instituto Nacional de la Nutrición, Mexico (Mexique).

² Epidémiologiste, US Navy Environmental Health Center, Norfolk, Virginia (Etats-Unis d'Amérique).

³ Professeur, Département des maladies infectieuses, Instituto Nacional de la Nutrición, Departamento de Infectología, Vasco de Quiroga 15, Tlalpan 14000, Mexico, D.F. (Mexique).

⁴ Assistant social, Département des maladies infectieuses, Instituto Nacional de la Nutrición, Mexico (Mexique).

⁵ Anthropologue, Professeur associé, Département de médecine préventive et de santé communautaire, Université du Texas, Galveston, Texas (Etats-Unis d'Amérique).

⁶ Professeur et Chef, Département des maladies infectieuses, Instituto Nacional de la Nutrición, Mexico (Mexique).

⁷ Professeur associé de pédiatrie, Center for Pediatric Research, Children's Hospital of the King's Daughters, Eastern Virginia Medical School, Norfolk, Virginia (Etats-Unis d'Amérique).

postpartum et l'allaitement au sein exclusif était rarement pratiqué. En règle générale, l'eau, le thé et les préparations pour nourrissons étaient introduits dans l'alimentation au cours des deux premiers mois (18). Des études réalisées dans différentes parties du Mexique ont révélé que le recours à ces compléments est courant (10-12), bien que l'on en comprenne mal les raisons.

Avant de mettre en route un projet d'intervention communautaire visant à promouvoir l'allaitement au sein exclusif à San Pedro Mártir, nous avons fait une évaluation ethnographique rapide pour identifier les principaux facteurs qui déterminent le mode d'alimentation des nourrissons. Les interventions portant sur l'alimentation du nourrisson visent un changement de comportement et doivent s'appuyer sur les facteurs démographiques, psychosociaux et culturels qui influent sur le couple mère-enfant. Il est recommandé d'utiliser les méthodes d'évaluation ethnographique rapide pour les interventions à assise communautaire destinées à combattre la maladie et à promouvoir la santé de la communauté (19-23). On se proposait par cette évaluation d'identifier les valeurs et croyances culturelles concernant le mode d'alimentation du nourrisson, l'origine des conseils donnés aux mères sur l'alimentation infantile, les situations dans lesquelles elles utilisent des compléments alimentaires, et les obstacles perçus à l'allaitement maternel. On a conçu un projet de courte durée de façon à pouvoir utiliser les résultats pour planifier, mettre au point et exécuter un projet communautaire de conseils aux femmes par les femmes pour encourager l'alimentation au sein exclusive.

Population et méthodes

Zone d'étude

San Pedro Mártir, dans la banlieue sud-ouest de Mexico, est un quartier de transition qui abrite une population d'environ 30 000 habitants, très diverse du point de vue sociodémographique. Dans la partie la plus ancienne, les familles habitent dans des maisons alimentées en eau potable, avec sol carrelé, tout-à-l'égout et systèmes d'évacuation des déchets, et ont accès aux routes, aux dispensaires, aux écoles et aux transports publics. Dans la zone de peuplement récent, les familles vivent dans des cabanes où le sol est en terre battue et vont chercher leur eau à des tuyaux installés à quelque distance. Plus de la moitié des occupants de ces cabanes sont des familles de plus de quatre personnes qui vivent dans une seule pièce. Les ménages se composent de familles élargies ou nucléaires. La plupart des familles gagnent leur vie en faisant un travail manuel et les écarts de salaires sont faibles. Quelque 15% des hommes ayant de jeunes enfants sont des militaires en cours de formation. Peu de femmes et de jeunes filles travaillent en dehors de la maison, quoique leur nombre augmente. Un centre public de soins de santé primaires assure des services prénatals, des services

de vaccination et des consultations externes de pédiatrie. La plupart des accouchements ont lieu dans les hôpitaux proches, mais certaines femmes accouchent à domicile avec l'aide d'une accoucheuse traditionnelle.

Méthodologie

Entre juin et août 1994, on a fait une enquête associant des techniques utilisées en épidémiologie et en ethnographie afin d'identifier et de mieux comprendre les attitudes et les comportements maternels, ainsi que certains facteurs sanitaires et psychosociaux particuliers pouvant dissuader les mères d'allaiter complètement leur enfant.

Population d'étude

Elle se composait de femmes résidant à San Pedro Mártir et dont le dernier enfant avait moins de cinq ans. On a obtenu leur consentement libre et éclairé. L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'Instituto Nacional de la Nutrición.

Mise au point du questionnaire/ de l'instrument

Lors de la préparation de l'enquête, nous avons procédé à des entretiens rétrospectifs non directifs (24). Nous avons demandé à cinq agents de terrain et 15 mères choisis au hasard dans la communauté d'énumérer tout ce qui leur plaisait et leur déplaisait dans l'allaitement, tous les aliments d'appoint qu'on peut donner à un bébé nourri au sein et les raisons pour lesquelles on peut interrompre l'allaitement. On a ainsi dégagé 29 éléments importants aux yeux de la population étudiée. Les enquêteurs ont récapitulé les réponses et retenu 9 éléments pour la phase de collecte systématique des données.

On a rédigé un questionnaire normalisé de 33 rubriques sur le mode d'alimentation choisi par la mère pour son nourrisson et les problèmes qui l'ont incitée à espacer ou à exclure l'allaitement. On a également demandé aux mères de ranger par ordre d'importance les raisons qui les avaient amenées à allaiter au sein ou à utiliser des préparations pour nourrissons, les options en matière d'alimentation infantile suivant l'état de santé perçu de l'enfant, ainsi que les différentes personnes dont les conseils avaient motivé leur choix. Chaque entretien a duré de 45 minutes à 1 heure.

Echantillonnage et collecte des données

On a sélectionné au hasard 150 mères au total dans trois zones de San Pedro Mártir. À l'aide d'une liste de femmes « bonnes pour l'étude » obtenue à partir d'un recensement récent de la communauté, les enquêteurs ont fait des visites domiciliaires porte-à-porte pour un entretien dual. En cas de déménagement, et si une femme remplissant les conditions voulues avait emménagé à la même adresse, les enquêteurs ont interrogé la nouvelle venue.

Analyse des données

On a fait des analyses descriptives de base à l'aide de distributions de fréquence et de matrices de corrélation. Pour les questions consistant à classer une série de facteurs par ordre d'importance, on a utilisé les méthodes d'analyse du consensus culturel. On trouvera un exposé complet du modèle mathématique et des bases théoriques dans d'autres documents (25, 26). La méthode consiste à mesurer l'accord entre les enquêtées pour savoir si leurs réponses sont suffisamment homogènes pour qu'on puisse les regrouper et décrire une série de croyances culturelles partagées. Si la validité de l'ajustement est confirmée (rapport des valeurs propres >3:1), on considère que les réponses constituent un ensemble de croyances partagées, et le modèle peut permettre d'estimer dans quelle mesure le classement des rubriques fait l'objet d'un consensus culturel et d'apprécier le niveau de connaissances culturelles de chaque sujet.

Résultats

Caractéristiques démographiques des enquêtées

Toutes les mères sélectionnées (tranche d'âge : 17-42 ans, moyenne : $26,1 \pm 5,6$ ans) ont accepté de participer à l'étude et ont répondu aux questions. Au moment où a été réalisé le sondage, aucune ne travaillait dans le secteur structuré. Elles étaient 30 au total (20%) à avoir un enfant de moins de 6 mois, 24 (16%) avaient un enfant de 6 à 12 mois et les autres (64%) avaient un enfant de 12 à 48 mois (âge médian : 24 mois). On n'a constaté aucune différence entre les réponses des mères dont l'enfant avait moins de 2 ans et les réponses de celles qui avaient un enfant plus âgé.

Modes d'alimentation infantile

Au total, 136 mères (91%) ont déclaré avoir nourri leur enfant au sein (Tableau 1). La durée de l'allaitement était comprise entre 2 jours et 3 ans, la durée médiane étant de 6 mois. Seules 25% des mères allaitaient leur enfant jusqu'à la fin de la première année. Elles étaient nombreuses à introduire le thé, l'eau ou le biberon de bonne heure : 21% donnaient du thé ou de l'eau à leur bébé le jour de sa naissance, 63% au bout du vingtième jour. Vingt-trois pour cent donnaient le biberon le lendemain de la naissance, 40% le quatorzième jour, et 59% à 3 mois. A la fin du troisième mois, 63% des mères avaient introduit des aliments solides.

Origine des conseils sur l'alimentation des nourrissons

Les médecins ont été désignés comme les personnes dont les conseils étaient le plus écoutés (Tableau 1). Cependant, 42% des mères ont indiqué qu'à un moment ou à un autre, c'était un médecin qui leur avait conseillé d'arrêter l'allaitement; la moitié d'entre

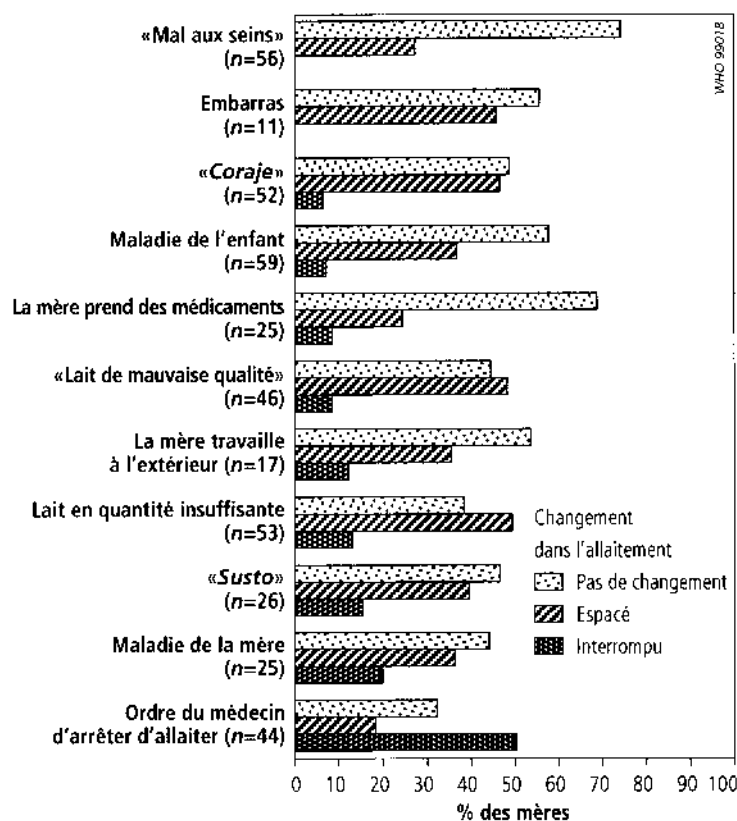
elles ont suivi le conseil (Figure 1). Cinquante pour cent de ces dernières avaient consulté un médecin exerçant dans la zone.

Tableau 1. Mode d'alimentation du nourrisson et origine des conseils sur l'alimentation infantile notifiés par les 150 mères de l'étude

| | Nombre |
|--|-----------------------|
| Enfant nourri au sein | |
| Au moins une fois | 136 (91) ^a |
| ≥ 3 mois | 113 (75) |
| ≥ 6 mois | 88 (59) |
| Introduits au bout de 3 mois | |
| Biberon | 89 (59) |
| Eau ou thé | 139 (93) |
| Aliments solides | 95 (63) |
| Origine des conseils sur l'alimentation infantile | |
| Médecin | 76 (51) |
| Mère | 40 (27) |
| Belle-mère | 13 (9) |
| Sœur | 7 (5) |
| Mari | 4 (2) |
| Voisin(e) ou ami(e) | 4 (2) |
| Sage-femme | 1 (1) |
| Autre | 5 (3) |

^a Les chiffres entre parenthèses sont des pourcentages.

Fig. 1. Répartition des mères qui ont modifié leurs habitudes d'allaitement après avoir rencontré un problème pendant la lactation



Dans la famille, c'était la mère de la jeune accouchée qui avait le plus d'influence, suivie de la belle-mère. D'autres personnes ont été mentionnées, mais plus rarement.

Valeurs et croyances culturelles

L'analyse du consensus culturel a révélé que les mères classaient régulièrement les raisons qui avaient motivé le choix du mode d'alimentation de leur enfant dans l'ordre suivant : « pour l'équilibre nutritionnel de mon enfant, pour qu'il soit moins malade, pour qu'il se développe mieux, pour qu'il ait une meilleure hygiène ». Les questions de commodité, de liberté, de coût, l'opinion du mari et l'apparence physique de la mère avaient moins d'importance. On a obtenu le même classement lorsqu'on a demandé aux mères d'énumérer dans l'ordre les diverses raisons qui les avaient incitées à allaiter au sein. Le niveau moyen de connaissances culturelles partagées (0,82) montre que ces femmes partagent de nombreuses croyances, qui forment une seule série (valeur propre 10,1 : 1; Tableau 2).

Tableau 2. Analyse du consensus culturel concernant l'importance de neuf facteurs dans le choix du mode d'alimentation du nourrisson par les mères mexicaines étudiées

| Ordre | Facteur ^a |
|-------|---|
| 1 | « Pour l'équilibre nutritionnel de mon enfant » |
| 2 | « Pour éviter que mon enfant tombe malade » |
| 3 | « Pour le développement de mon enfant » |
| 4 | « Parce que c'est plus propre, plus hygiénique » |
| 5 | « Parce que c'est plus commode » |
| 6 | « Me laisse libre de faire d'autres choses » |
| 7 | « Parce que c'est moins cher » |
| 8 | « Parce que mon mari le préfère » |
| 9 | « Pour ne pas que mes seins soient déformés ou abîmés » |

^a Rapport des valeurs propres > 10,1 : 1; compétence moyenne (saturations des facteurs) = 0,82.

Tableau 3. Fréquence des problèmes rencontrés par 106 femmes allaitant un enfant d'un âge ≤ 6 mois, d'après les entretiens

| Problème | Fréquence ^a |
|--|------------------------|
| Maladie de l'enfant | 59 (56) ^b |
| « Seins douloureux » | 56 (53) |
| « Pas assez de lait » | 53 (50) |
| « <i>Coraje</i> » ^c | 52 (49) |
| « Lait de mauvaise qualité » | 46 (43) |
| Ordre du médecin d'arrêter d'allaiter | 44 (42) |
| « <i>Susto</i> » ^c | 26 (25) |
| La mère prend des médicaments | 25 (24) |
| Maladie de la mère | 25 (24) |
| La mère travaille en dehors de la maison | 17 (16) |
| « L'allaitement cause de l'embarras » | 11 (10) |

^a Les femmes ont pu rencontrer plusieurs problèmes.

^b Les chiffres entre parenthèses sont des pourcentages.

^c Le « *coraje* » et le « *susto* » sont des termes de médecine populaire.

La seule raison invoquée par les mères pour l'allaitement artificiel a été : « il me donne davantage de liberté pour faire d'autres choses »; toutefois, ce facteur n'a pas été classé parmi les valeurs culturelles importantes ayant dicté le choix de l'alimentation du bébé.

La croissance de l'enfant est apparue comme une valeur culturelle importante pour le choix du mode d'alimentation et la principale raison pour allaiter, mais 37% des mères souscrivaient à l'affirmation selon laquelle un bébé est mieux nourri et se développe mieux si, en plus du lait maternel, on lui donne une préparation pour nourrissons.

Obstacles perçus à l'allaitement maternel

Sur les 106 femmes interrogées ayant un enfant d'un âge ≤ 6 mois, 95% ont déclaré avoir rencontré au moins un des problèmes énumérés dans le Tableau 3 pendant l'allaitement, et 76% d'entre elles ont dit qu'au moins un de ces problèmes les avaient conduites à espacer ou à interrompre l'allaitement. Par exemple, 52 des femmes concernées avaient souffert de ce que la médecine populaire désigne sous le nom de « *coraje* » (colère) et 26 de « *susto* » (frayeur). En conséquence, 52% des premières et 54% des secondes ont espacé ou exclu l'allaitement au sein. La Figure 1 indique la fréquence du comportement spécifique de la mère suivant le problème rencontré.

Au total, 37% des mères ont déclaré que si elles n'étaient pas bien nourries ou mangeaient mal, ce serait également une raison pour arrêter l'allaitement au sein. Certaines (19%) ont dit avoir cessé d'allaiter pendant quelques jours pour reprendre ensuite.

Alimentation complémentaire

La réponse des mères à la question de savoir quels aliments elles donneraient à un nourrisson de moins de 6 mois était fonction des circonstances (Tableau 4). Par exemple, 95% considèrent que le lait maternel est un aliment à donner dans les premiers jours suivant la naissance. Quand le bébé avait la diarrhée, 96% des mères le nourrissaient avec des solutions de réhydratation orale. Si l'enfant était chaud/avait soif, 93% d'entre elles lui donnaient de l'eau; en cas de « *mal de estómago* » (indigestion), 89% lui donnaient du thé et, en cas de fièvre, 66% lui donnaient de l'eau. La pratique courante est donc de privilégier les compléments alimentaires au détriment du lait maternel lors de nombreuses maladies de l'enfance.

Discussion

A San Pedro Mártir, 91% des femmes sondées ont choisi de nourrir leur enfant au sein. De fait, nous avons constaté que les mères croyaient fermement aux avantages de l'allaitement maternel. Elles considéraient régulièrement l'allaitement au sein comme le meilleur mode d'alimentation pour leur enfant, le jugeaient plus hygiénique et efficace contre la maladie. Le mode d'alimentation le plus répandu

était cependant l'allaitement mixte au sein et au biberon; les préparations pour nourrissons, le thé et l'eau étaient introduits dès le premier jour du postpartum, avant la montée de lait, et les aliments solides bien avant l'âge de 3 mois. Les mères pensent que les compléments alimentaires favorisent le développement du bébé.

Les mères de cette communauté reconnaissent que l'allaitement au sein protégeait l'enfant, mais l'intérêt de l'allaitement au sein exclusif ne leur paraissait pas évident. Elles étaient convaincues que, dans les premiers jours du postpartum, il fallait compléter l'alimentation du nouveau-né par des liquides clairs jusqu'à la montée de lait. Dans bien des cas, elles complétaient l'alimentation par des liquides et des préparations pour stimuler la croissance, soigner les coliques ou d'autres maux et hydrater l'enfant, pensant qu'il avait besoin d'eau. Gunnlaugsson et al. ont constaté en Guinée-Bissau que la manière négative dont était perçu le colostrum dans la culture locale était un obstacle majeur à la mise en route précoce de l'allaitement au sein (27). Mais cela ne s'applique pas aux mères de notre étude. D'après Ladas, c'est un manque d'information qui est à l'origine de toutes les raisons données pour introduire prématurément des compléments alimentaires et abandonner l'allaitement au sein (28). La raison pour laquelle les mères de notre étude avaient tendance à retarder le début de l'allaitement était liée à leur expérience à l'hôpital. Des travaux de recherche ont montré que le succès de l'allaitement au sein dépendait à la fois du moment où il commençait (dans les 2 heures qui suivent la naissance) et de la fréquence des tétées (environ toutes les deux heures) (29). Or les politiques et pratiques postnatales suivies par les hôpitaux ne sont pas toujours adaptées aux besoins de la mère et du nouveau-né et expliquent en grande partie le commencement tardif de l'allaitement au sein (30, 31).

La sécrétion du lait maternel et l'allaitement en lui-même ne sont pas des processus simples. Pour ces mères, l'aptitude à allaiter et la production de lait en quantité suffisante ne vont pas de soi, et beaucoup cessent de donner le sein si elles croient « ne pas avoir suffisamment de lait ». Le « *susto* » et le « *coraje* » peuvent réduire la quantité de lait et, pensent-elles, altérer sa qualité (et entraîner ainsi la diarrhée chez le nourrisson), de sorte qu'il n'est pas souhaitable d'allaiter. Harrison et al. rapportent que les Égyptiennes expriment à la main le « lait chagrin » ou « lait tristesse » et ne donnent le sein qu'après avoir jeté le premier lait (32); cette pratique est liée à la théorie « de la chaleur/des humeurs » (33, 34) : « la chaleur que provoque la marche au soleil » doit retomber avant que la mère n'allait. Il faut chercher à mieux comprendre le « *susto* » et le « *coraje* », ainsi que d'autres croyances et pratiques culturelles répandues chez les femmes mexicaines (par exemple, se couvrir les épaules pour empêcher le lait de se tarir; boire de l'« *atole* » (boisson à base de maïs) pour avoir davantage de lait; croire que les émotions se transmettent par le lait maternel et peuvent faire du

Tableau 4. Rapport entre l'état de santé de l'enfant perçu par la mère et le mode d'alimentation choisi

| Boisson | % qui nourriraient leur enfant de moins de 6 mois avec l'un des aliments énumérés si l'enfant : | | | | |
|---------------------------------|---|-------------------|-------------------------|-----------------------|--------------------|
| | Avait quelques jours | Avait la diarrhée | Avait soif/ était chaud | Avait une indigestion | Avait de la fièvre |
| Lait maternel | 95 | 69 | 28 | 33 | 46 |
| Biberon | 19 | 10 | 7 | 5 | 11 |
| Eau | 21 | 49 | 93 | 17 | 66 |
| Thé | 62 | 60 | 51 | 89 | 53 |
| Atole ^a | 1 | 33 | 3 | 6 | 4 |
| Eau de riz | 3 | 64 | 12 | 24 | 7 |
| Solution de réhydratation orale | 1 | 96 | 9 | 9 | 25 |
| Soda | 0 | 3 | 12 | 1 | 3 |

^a Boisson à base de maïs couramment consommée dans cette communauté.

mal à l'enfant (35)). La méthode d'évaluation et d'intervention doit prendre en compte et respecter les facteurs culturels qui influent sur l'allaitement maternel.

Il faut expliquer aux mères l'intérêt que présente l'allaitement au sein exclusif en cas de maladie. Etant donné qu'elles espacent ou interrompent l'allaitement quand elles ou l'enfant tombent malades et quand elles prennent des médicaments, toute intervention doit viser à changer les mentalités.

L'un des grands facteurs dont dépendaient l'exclusivité et la durée globale de l'allaitement était la forte influence des médecins sur les mères interrogées. Dans notre étude, 42% des mères ont déclaré qu'à un moment ou à un autre, un médecin leur avait conseillé de cesser d'allaiter, et la moitié avaient suivi le conseil. Si l'allaitement au sein exclusif est reconnu comme étant le meilleur mode d'alimentation du nourrisson (4, 5), il faut faire en sorte que les médecins l'encouragent.

L'enfant joue aussi un rôle important dans l'allaitement. Les femmes ont coutume d'espacer l'allaitement maternel au profit des compléments alimentaires en cas de maladie bénigne de l'enfant. La mère estime qu'elle pourvoit aux besoins de son enfant en optimisant la qualité et la quantité de son lait (par son régime alimentaire, son bien-être psychologique et sa bonne forme physique) et en lui donnant plusieurs liquides qui sont de « bons remèdes ». Différents chercheurs parlent à ce sujet de pratiques traditionnelles ou naturelles et les ont mises en évidence en faisant de grandes comparaisons entre les cultures (36). Il faut bien connaître les croyances et pratiques culturelles pour donner des conseils judicieux aux femmes qui allaitent.

L'allaitement au sein est un comportement qui ne peut être imposé, mais doit être choisi. Plusieurs facteurs facilitent ou entravent cette pratique et, pour être efficaces, les programmes doivent étudier et prendre en compte ces différentes influences. La

plupart des interventions nécessitent une collaboration entre les spécialistes en recherche clinique, les épidémiologistes et les sociologues. Chacune de ces disciplines a ses propres axes de recherche, ses propres outils de collecte des données, méthodes analytiques, principes d'analyse des données et d'inférence.

Nous nous sommes servis des données ethnographiques pour concevoir un programme de conseils aux femmes par les femmes, destiné à promouvoir l'allaitement au sein exclusif dans la communauté de San Pedro Mártir. Pour éviter que les médecins n'aient une mauvaise influence, nous avons co-organisé un séminaire à l'intention des médecins de la communauté avec la Ligue La Leche de Mexico. Les idées reçues qui empêchaient les mères de pratiquer l'allaitement exclusif ont été spécifiquement abordées dans le cadre de la formation des conseillères (*promotoras*). On a fait une mise au point sur les maladies et les situations qui incitaient les mères à espacer l'allaitement, afin de les encourager à nourrir leur enfant exclusivement au sein. On a également tenu compte de l'influence des membres de la famille en encourageant les *promotoras* à inclure les parents influents dans les discussions sur l'allaitement.

L'étude ethnographique a ainsi permis de cibler le projet d'intervention communautaire, qui a démarré en mars 1995. Il est prévu de publier à part un exposé détaillé des méthodes employées et des résultats. En gros, on a recensé les femmes enceintes dans la communauté et on les a invitées à participer. Les femmes inscrites ont été réparties au hasard en trois groupes : aucune intervention (groupe témoin), 3 visites et 6 visites pendant la grossesse et juste après la naissance (groupes expérimentaux). Dans les deux derniers groupes, les conseillères ont éclairé les mères sur les idées reçues qui faisaient obstacle à l'allaitement maternel exclusif, les maladies et les situations qui les poussaient à espacer l'allaitement, et les ont encouragées à allaiter exclusivement au sein. Au total, 130 femmes ont pris part à l'étude : 52 dans le groupe ayant reçu 3 visites, 44 dans le groupe des 6 visites et

34 dans le groupe témoin. Trois mois après la naissance, seulement 12% des mères du groupe témoin, contre 52% dans le groupe des 3 visites et 67% dans celui des 6 visites, allaitaient exclusivement au sein ($p < 0,001$). L'étude d'intervention a donc montré que, grâce à un bon système de conseil aux mères (intervention précoce et contacts répétés), la pratique de l'allaitement au sein exclusif était devenue plus courante dans cette communauté urbaine (37).

Les programmes d'intervention communautaire posent de grandes difficultés et ne réussissent que lorsqu'ils correspondent aux valeurs et aux besoins de la communauté. C'est pourquoi l'OMS recommande de faire des études ethnographiques ciblées pour recueillir les données essentielles qui permettront de concevoir les messages et d'adapter les matériels de formation des agents de santé aux techniques de communication, qui faciliteront d'autres aspects de la planification et aideront à résoudre les problèmes (19). L'OMS a en outre élaboré des principes directeurs pour la collecte de données (par exemple, les procédures d'évaluation anthropologique rapide concernant le VIH/SIDA), afin de faciliter la conception d'interventions éducatives utiles et culturellement adaptées en matière de prévention et de traitement du syndrome d'immuno-déficience acquise. L'évaluation ethnographique rapide nous paraît une base solide pour promouvoir l'allaitement au sein moyennant des interventions communautaires culturellement adaptées. ■

Remerciements

Nous remercions les mères de San Pedro Mártir qui ont participé à l'étude, Genoveva Figueroa, Rosalba Martínez, Refugio Martínez, Yolanda Martínez et Patricia Hernández pour leur précieux concours à la réalisation de cette étude, ainsi que Mme Jane Bravo et la Ligue La Leche de Mexico pour la formation et l'aide reçue.

L'étude a été financée par Wellstart International/USAID par l'intermédiaire de son Programme élargi de promotion de l'allaitement.

Bibliographie

1. **Cunningham AS, Jelliffe DB, Jelliffe EFP.** Breastfeeding and health in the 1980s : a global epidemiologic review. *Journal of pediatrics*, 1981, **118** : 659-665.
2. **Dolan SA, Boesman-Finkelstein M, Finkelstein RA.** Antimicrobial activity of human milk against pediatric pathogens. *Journal of infectious diseases*, 1986, **154** : 722-725.
3. **Kennedy KI, Visness CM.** Contraceptive efficacy of lactational amenorrhoea. *Lancet*, 1992, **339** : 227-230.
4. **Organisation mondiale de la Santé/UNICEF.** Déclaration « Innocenti » sur la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel. Florence (Italie), 1^{er} août 1990.
5. **UNICEF.** Children and development in the 1990s. *Sommet mondial pour les enfants*, New York, 29-30 septembre 1990.
6. **Emery JL, Scholey S, Taylor EM.** Decline in breastfeeding. *Archives of diseases in childhood*, 1990, **65** : 369-372.
7. **King J, Ashworth A.** Historical review of the changing patterns of infant feeding in developing countries : the case of Malaysia, the Caribbean, Nigeria and Zaire. *Social science and medicine*, 1987, **25** : 1307.
8. **Burkhalter BR, Marin PS.** A demonstration of increased exclusive breastfeeding in Chile. *International journal of gynecology and obstetrics*, 1991, **34** : 353-359.
9. **Ryan AS et al.** Recent declines in breastfeeding in the United States, 1984 through 1989. *Pediatrics*, 1991, **88** : 719-727.
10. **Ruiz FJ, Cravioto A.** [Facteurs qui influent sur la durée de l'allaitement dans une cohorte de femmes vivant en milieu urbain]. *Boletín Médico del Hospital Infantil de Mexico*, 1989, **46**(11) : 705-708 (en espagnol).
11. **Gomez-Dantes H et al.** Lactation and weaning patterns in Mexico. 1986 National Health Survey. *Salud pública de Mexico*, 1990, **32** : 725-734.

12. **Rodriguez-Garcia R, Aumack KJ, Ramos A.** A community-based approach to the promotion of breastfeeding in Mexico. *Journal of obstetric, gynecologic and neonatal nursing*, 1990, **19** : 431-438.
13. **Ashkenazi S, Newburg DS, Cleary TG.** The effect of human milk on the adherence of enterohemorrhagic *E. coli* to rabbit intestinal cells. *Advances in experimental medicine and biology*, 1991, **331** : 173-177.
14. **Cervantes LE et al.** *Campylobacter jejuni* receptor analogs present in human milk. *Microbiology, ecology and health disease*, 1991, **4** : S27.
15. **Hayani K et al.** Concentration of milk secretory immunoglobulin A against *Shigella* virulence plasmid-associated antigens as a predictor of symptom status in *Shigella*-infected breast-fed infants. *Journal of pediatrics*, 1992, **121** : 852-856.
16. **Ruiz-Palacios G et al.** Protection of breastfed infants against *Campylobacter* diarrhea by antibodies in human milk. *Journal of pediatrics*, 1990, **116** : 707-713.
17. **Pickering LK, Morrow AL.** Factors in human milk that protect against diarrheal disease. *Infection*, 1993, **21** : 355-357.
18. **Morrow AL et al.** Protection against infection with *Giardia lamblia* by breastfeeding in a cohort of Mexican infants. *Journal of pediatrics*, 1992, **121** : 363-370.
19. **Gove S, Pelto GH.** Focused ethnographic studies in the WHO programme for the control of acute respiratory infections. *Medical anthropology*, 1994, **15** : 409-424.
20. **Stanton B et al.** Theory-driven behavioural intervention research for the control of diarrheal diseases. *Social science and medicine*, 1992, **35** : 1405-1420.
21. **Lewando Hundt GA, Forman MR.** Interfacing anthropology and epidemiology : the Bedouin Arab infant feeding study. *Social science and medicine*, 1993, **36** : 957-964.
22. **Ocampo P et al.** Needs assessment for reducing infant mortality in Baltimore City : the Healthy Start Program. *Southern medical journal*, 1993, **86** : 1342-1349.
23. **Scrimshaw SCM et al.** The AIDS rapid anthropological assessment procedures : a tool for health education planning and evaluation. *Health education quarterly*, 1991, **18** : 111-123.
24. **Weller SC, Romney AK.** *Systematic data collection. Qualitative research methods*. Vol. 10. Newburg Park, CA, Sage Publications Inc., 1988.
25. **Romney AK, Weller SC, Batchelder WH.** Culture as consensus : a theory of culture and informant accuracy. *American anthropology*, 1986, **88** : 313-338.
26. **Bogartti S.** *Anthropac Software 3.02*. Columbia, Analytic Technologies, 1990.
27. **Gunnlaugsson G, Da Silva MA, Smedman L.** Determinants of delayed initiation of breastfeeding : a community and hospital study from Guinea-Bissau. *International journal of epidemiology*, 1992, **21** : 935-940.
28. **Ladas AK.** Information and social support as factors in the outcome of breastfeeding. *Journal of applied behavioural science*, 1972, **8** : 110-114.
29. **Salariya E, Easton P, Cater J.** Duration of breastfeeding after early initiation and frequent feeding. *Lancet*, 1978, **2** : 1141-1143.
30. **Winikoff B et al.** Dynamics of infant feeding : mothers, professionals, and the institutional context in a large urban hospital. *Pediatrics*, 1986, **77** : 357-365.
31. **Houston MJR, Field PA.** Practices and policies in the initiation of breastfeeding. *Journal of obstetric, gynecologic and neonatal nursing*, 1988, **17**(6) : 418-424.
32. **Harrison GG et al.** Breastfeeding and weaning in a poor urban neighborhood in Cairo, Egypt : Maternal beliefs and perceptions. *Social science and medicine*, 1993, **36** : 1063-1069.
33. **Gran P.** Medical pluralism in Arab and Egyptian history : an overview of class structures and philosophies of the main phases. *Social science and medicine*, 1979, **138** : 339.
34. **Reissland N, Burghart R.** The quality of a mother's milk and the health of her child : beliefs and practices of the women of Mithila. *Social science and medicine*, 1988, **27** : 461.
35. **Skeel LS, Good ME.** Mexican cultural beliefs and breastfeeding : a model for assessment and intervention. *Journal of human lactation*, 1988, **4** : 160-163.
36. **Quandt SA.** Patterns of variation in breast-feeding behaviours. *Social science and medicine*, 1986, **23** : 445-453.
37. **Morrow AL et al.** A randomized trial of the effectiveness of peer counselling to promote exclusive breastfeeding among mothers in Mexico City. In : *Proceedings of the International Society for Research on Human Milk and Lactation, 25-29 October 1997, Plymouth, MA* (sous presse).