

**UNIVERSITE MOHAMMED V
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE -RABAT-**

ANNEE: 2011

THESE N°: 14

**La pratique de l'allaitement maternel
au niveau de 3 maternités :
situation actuelle et facteurs influençant
enquête auprès de 227 meres et 61 professionnels de sante**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le :.....

PAR

Mme Meriem ELBAKALI

Née le 05 Mai 1985 à Rabat

Pour l'Obtention du Doctorat en
Médecine

MOTS CLES: Allaitement maternel – Prévalence – Connaissances – Pratiques – Facteurs prédictifs.

Mr. R. BEZAD

Professeur Agrégé de Gynécologie Obstétrique

Mme. A. MDAGHRI ALAOUI

Professeur Agrégé de Pédiatrie

Mr. S. ETTAIR

Professeur Agrégé de Pédiatrie

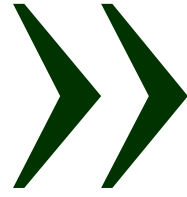
Mme. A. THIMOU IZGUA

Professeur de Pédiatrie

PRESIDENT

RAPPORTEUR

JUGES



سبحانك لا علم لنا إلا ما علمتنا
إنك أنت العليم الحكيم

ω



**UNIVERSITE MOHAMMED V- SOUISSI
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT**

**UNIVERSITE MOHAMMED V- SOUISSI
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT**

DOYENS HONORAIRES :

- 1962 – 1969 : **Docteur Abdelmalek FARAJ**
1969 – 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981 : Professeur Bachir LAZRAC
1981 – 1989 : Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 – 2003 : Professeur Abdelmajid BELMAHI

ADMINISTRATION :

- Doyen : Professeur Najia HAJJAJ
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et estudiantines
Professeur Mohammed JIDDANE
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération
Professeur Ali BENOMAR
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie
Professeur Yahia CHERRAH
Secrétaire Général : Mr. El Hassane AHALLAT

1.1.1.1 PROFESSEURS :

Février, Septembre, Décembre 1973

1. Pr. CHKILI Taieb Neuropsychiatrie

Janvier et Décembre 1976

2. Pr. HASSAR Mohamed Pharmacologie Clinique

Mars, Avril et Septembre 1980

3. Pr. EL KHAMLICHI Abdeslam Neurochirurgie

4. Pr. MESBAHI Redouane Cardiologie

Mai et Octobre 1981

5. Pr. BOUZOUBAA Abdelmajid Cardiologie
6. Pr. EL MANOUAR Mohamed Traumatologie-Orthopédie
7. Pr. HAMANI Ahmed* Cardiologie
8. Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajih Chirurgie Cardio-Vasculaire
9. Pr. SBIHI Ahmed Anesthésie – Réanimation
10. Pr. TAOBANE Hamid* Chirurgie Thoracique

Mai et Novembre 1982

11. Pr. ABROUQ Ali* Oto-Rhino-Laryngologie
12. Pr. BENOMAR M'hammed Chirurgie-Cardio-Vasculaire
13. Pr. BENSOUA Mohamed Anatomie
14. Pr. BENOSMAN Abdellatif Chirurgie Thoracique
15. Pr. LAHBABI ép. AMRANI Naïma Physiologie

Novembre 1983

- | | | |
|-----|-------------------------------|---------------------|
| 16. | Pr. ALAOUI TAHIRI Kébir* | Pneumo-phtisiologie |
| 17. | Pr. BALAFREJ Amina | Pédiatrie |
| 18. | Pr. BELLAKHDAR Fouad | Neurochirurgie |
| 19. | Pr. HAJJAJ ép. HASSOUNI Najia | Rhumatologie |
| 20. | Pr. SRAIRI Jamal-Eddine | Cardiologie |

Décembre 1984

- | | | |
|-----|----------------------------------|-------------------------|
| 21. | Pr. BOUCETTA Mohamed* | Neurochirurgie |
| 22. | Pr. EL GUEDDARI Brahim El Khalil | Radiothérapie |
| 23. | Pr. MAAOUNI Abdelaziz | Médecine Interne |
| 24. | Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi | Anesthésie -Réanimation |
| 25. | Pr. NAJI M'Barek * | Immuno-Hématologie |
| 26. | Pr. SETTAF Abdellatif | Chirurgie |

Novembre et Décembre 1985

- | | | |
|-----|---------------------------------------|---|
| 27. | Pr. BENJELLOUN Halima | Cardiologie |
| 28. | Pr. BENSALID Younes | Pathologie Chirurgicale |
| 29. | Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa | Neurologie |
| 30. | Pr. IHRAI Hssain * | Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale |
| 31. | Pr. IRAQI Ghali | Pneumo-phtisiologie |
| 32. | Pr. KZADRI Mohamed | Oto-Rhino-laryngologie |

Janvier, Février et Décembre 1987

- | | | |
|-----|--------------------------------------|------------------------------|
| 33. | Pr. AJANA Ali | Radiologie |
| 34. | Pr. AMMAR Fanid | Pathologie Chirurgicale |
| 35. | Pr. CHAHED OUZZANI Houria ép.TAOBANE | Gastro-Entérologie |
| 36. | Pr. EL FASSY FIIHRI Mohamed Taoufiq | Pneumo-phtisiologie |
| 37. | Pr. EL HAITEM Naïma | Cardiologie |
| 38. | Pr. EL MANSOURI Abdellah* | Chimie-Toxicologie Expertise |
| 39. | Pr. EL YAACOUBI Moradh | Traumatologie Orthopédie |
| 40. | Pr. ESSAID EL FEYDI Abdellah | Gastro-Entérologie |
| 41. | Pr. LACHKAR Hassan | Médecine Interne |
| 42. | Pr. OHAYON Victor* | Médecine Interne |
| 43. | Pr. YAHYAOUI Mohamed | Neurologie |

Décembre 1988

- | | | |
|-----|---------------------------------|--------------------------|
| 44. | Pr. BENHAMAMOUCHE Mohamed Najib | Chirurgie Pédiatrique |
| 45. | Pr. DAFIRI Rachida | Radiologie |
| 46. | Pr. FAIK Mohamed | Urologie |
| 47. | Pr. HERMAS Mohamed | Traumatologie Orthopédie |
| 48. | Pr. TOLOUNE Farida* | Médecine Interne |

Décembre 1989 Janvier et Novembre 1990

- | | | |
|-----|-----------------------|------------------|
| 49. | Pr. ADNAOUI Mohamed | Médecine Interne |
| 50. | Pr. AOUNI Mohamed | Médecine Interne |
| 51. | Pr. BENAMEUR Mohamed* | Radiologie |

- | | | |
|-----|-------------------------------------|--------------------------|
| 52. | Pr. BOUKILI MAKHOUKHI Abdelali | Cardiologie |
| 53. | Pr. CHAD Bouziane | Pathologie Chirurgicale |
| 54. | Pr. CHKOFF Rachid | Pathologie Chirurgicale |
| 55. | Pr. FARCHADO Fouzia ép. BENABDELLAH | Pédiatrie |
| 56. | Pr. HACHIM Mohammed* | Médecine-Interne |
| 57. | Pr. HACHIMI Mohamed | Urologie |
| 58. | Pr. KHARBACH Aïcha | Gynécologie -Obstétrique |
| 59. | Pr. MANSOURI Fatima | Anatomie-Pathologique |
| 60. | Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda | Neurologie |
| 61. | Pr. SEDRATI Omar* | Dermatologie |
| 62. | Pr. TAZI Saoud Anas | Anesthésie Réanimation |

Février Avril Juillet et Décembre 1991

- | | | |
|-----|--------------------------------------|--|
| 63. | Pr. AL HAMANY Zaïtounia | Anatomie-Pathologique |
| 64. | Pr. ATMANI Mohamed* | Anesthésie Réanimation |
| 65. | Pr. AZZOUZI Abderrahim | Anesthésie Réanimation |
| 66. | Pr. BAYAHIA Rabéa ép. HASSAM | Néphrologie |
| 67. | Pr. BELKOUCHI Abdelkader | Chirurgie Générale |
| 68. | Pr. BENABDELLAH Chahrazad | Hématologie |
| 69. | Pr. BENCHEKROUN BELABBES Abdellatif | Chirurgie Générale |
| 70. | Pr. BENSOU DA Yahia | Pharmacie galénique |
| 71. | Pr. BERRAHO Amina | Ophtalmologie |
| 72. | Pr. BEZZAD Rachid | Gynécologie Obstétrique |
| 73. | Pr. CHABRAOUI Layachi | Biochimie et Chimie |
| 74. | Pr. CHANA El Houssaine* | Ophtalmologie |
| 75. | Pr. CHERRAH Yahia | Pharmacologie |
| 76. | Pr. CHOKAIRI Omar | Histologie Embryologie |
| 77. | Pr. FAJRI Ahmed* | Psychiatrie |
| 78. | Pr. JANATI Idrissi Mohamed* | Chirurgie Générale |
| 79. | Pr. KHATTAB Mohamed | Pédiatrie |
| 80. | Pr. NEJMI Maati | Anesthésie-Réanimation |
| 81. | Pr. OUAALINE Mohammed* | Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène |
| 82. | Pr. SOULAYMANI Rachida ép. BENCHEIKH | Pharmacologie |
| 83. | Pr. TAOUFIK Jamal | Chimie thérapeutique |

Décembre 1992

- | | | |
|-----|-----------------------------|-------------------------|
| 84. | Pr. AHALLAT Mohamed | Chirurgie Générale |
| 85. | Pr. BENOUDA Amina | Microbiologie |
| 86. | Pr. BENSOU DA Adil | Anesthésie Réanimation |
| 87. | Pr. BOUJIDA Mohamed Najib | Radiologie |
| 88. | Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza | Gastro-Entérologie |
| 89. | Pr. CHRAIBI Chafiq | Gynécologie Obstétrique |
| 90. | Pr. DAOUDI Rajae | Ophtalmologie |
| 91. | Pr. DEHAYNI Mohamed* | Gynécologie Obstétrique |
| 92. | Pr. EL HADDOURY Mohamed | Anesthésie Réanimation |
| 93. | Pr. EL OUAHABI Abdessamad | Neurochirurgie |
| 94. | Pr. FELLAT Rokaya | Cardiologie |
| 95. | Pr. GHAFIR Driss* | Médecine Interne |

96. Pr. JIDDANE Mohamed
 97. Pr. OUAZZANI TAIBI Med Charaf Eddine
 98. Pr. TAGHY Ahmed
 99. Pr. ZOUHDI Mimoun

Anatomie
 Gynécologie Obstétrique
 Chirurgie Générale
 Microbiologie

Mars 1994

100. Pr. AGNAOU Lahcen
 101. Pr. AL BAROUDI Saad
 102. Pr. BENCHERIFA Fatiha
 103. Pr. BENJAAFAR Nouredine
 104. Pr. BENJELLOUN Samir
 105. Pr. BEN RAIS Nozha
 106. Pr. CAOUI Malika
 107. Pr. CHRAIBI Abdelmjid
 Métaboliques
 108. Pr. EL AMRANI Sabah ép. AHALLAT
 109. Pr. EL AOUAD Rajae
 110. Pr. EL BARDOUNI Ahmed
 111. Pr. EL HASSANI My Rachid
 112. Pr. EL IDRISSE LAMGHARI Abdennaceur
 113. Pr. EL KIRAT Abdelmajid*
 114. Pr. ERROUGANI Abdelkader
 115. Pr. ESSAKALI Malika
 116. Pr. ETTAYEBI Fouad
 117. Pr. HADRI Larbi*
 118. Pr. HASSAM Badredine
 119. Pr. IFRINE Lahssan
 120. Pr. JELTHI Ahmed
 121. Pr. MAHFOUD Mustapha
 122. Pr. MOUDENE Ahmed*
 123. Pr. OULBACHA Said
 124. Pr. RHRAB Brahim
 125. Pr. SENOUCI Karima ép. BELKHADIR
 126. Pr. SLAOUI Anas

Ophtalmologie
 Chirurgie Générale
 Ophtalmologie
 Radiothérapie
 Chirurgie Générale
 Biophysique
 Biophysique
 Endocrinologie et Maladies
 Gynécologie Obstétrique
 Immunologie
 Traumato-Orthopédie
 Radiologie
 Médecine Interne
 Chirurgie Cardio- Vasculaire
 Chirurgie Générale
 Immunologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Médecine Interne
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Anatomie Pathologique
 Traumatologie – Orthopédie
 Traumatologie- Orthopédie
 Chirurgie Générale
 Gynécologie –Obstétrique
 Dermatologie
 Chirurgie Cardio-Vasculaire

Mars 1994

127. Pr. ABBAR Mohamed*
 128. Pr. ABDELHAK M'barek
 129. Pr. BELAIDI Halima
 130. Pr. BRAHMI Rida Slimane
 131. Pr. BENTAHILA Abdelali
 132. Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
 133. Pr. BERRADA Mohamed Saleh
 134. Pr. CHAMI Ilham
 135. Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
 136. Pr. EL ABBADI Najia
 137. Pr. HANINE Ahmed*
 138. Pr. JALIL Abdelouahed
 139. Pr. LAKHDAR Amina

Urologie
 Chirurgie – Pédiatrique
 Neurologie
 Gynécologie Obstétrique
 Pédiatrie
 Gynécologie – Obstétrique
 Traumatologie – Orthopédie
 Radiologie
 Ophtalmologie
 Neurochirurgie
 Radiologie
 Chirurgie Générale
 Gynécologie Obstétrique

140. Pr. MOUANE Nezha

Pédiatrie

Mars 1995

141. Pr. ABOUQUAL Redouane
142. Pr. AMRAOUI Mohamed
143. Pr. BAIDADA Abdelaziz
144. Pr. BARGACH Samir
145. Pr. BEDDOUCHE Amocrane*
146. Pr. BENZAOUZ Mustapha
147. Pr. CHAARI Jilali*
148. Pr. DIMOU M'barek*
149. Pr. DRISSI KAMILI Mohammed Nordine*
150. Pr. EL MESNAOUI Abbes
151. Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
152. Pr. FERHATI Driss
153. Pr. HASSOUNI Fadil
Hygiène
154. Pr. HDA Abdelhamid*
155. Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
156. Pr. IBRAHIMY Wafaa
157. Pr. MANSOURI Aziz
158. Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
159. Pr. RZIN Abdelkader*
160. Pr. SEFIANI Abdelaziz
161. Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Urologie
Gastro-Entérologie
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Gynécologie Obstétrique
Médecine Préventive, Santé Publique et
Cardiologie
Urologie
Ophtalmologie
Radiothérapie
Ophtalmologie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
Génétique
Réanimation Médicale

Décembre 1996

162. Pr. AMIL Touriya*
163. Pr. BELKACEM Rachid
164. Pr. BELMAHI Amin
165. Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
166. Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
167. Pr. EL MELLOUKI Ouafae*
168. Pr. GAOUZI Ahmed
169. Pr. MAHFOUDI M'barek*
170. Pr. MOHAMMADINE EL Hamid
171. Pr. MOHAMMADI Mohamed
172. Pr. MOULINE Soumaya
173. Pr. OUADGHIRI Mohamed
174. Pr. OUZEDDOUN Naima
175. Pr. ZBIR EL Mehdi*

Radiologie
Chirurgie Pédiatrie
Chirurgie réparatrice et plastique
Ophtalmologie
Chirurgie Générale
Parasitologie
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Générale
Médecine Interne
Pneumo-phtisiologie
Traumatologie-Orthopédie
Néphrologie
Cardiologie

Novembre 1997

176. Pr. ALAMI Mohamed Hassan
177. Pr. BEN AMAR Abdesselem
178. Pr. BEN SLIMANE Lounis
179. Pr. BIROUK Nazha
180. Pr. BOULAICH Mohamed
181. Pr. CHAOUIR Souad*

Gynécologie-Obstétrique
Chirurgie Générale
Urologie
Neurologie
O.R.L.
Radiologie

182. Pr. DERRAZ Said
 183. Pr. ERREIMI Naima
 184. Pr. FELLAT Nadia
 185. Pr. GUEDDARI Fatima Zohra
 186. Pr. HAIMEUR Charki*
 187. Pr. KANOUNI NAWAL
 188. Pr. KOUTANI Abdellatif
 189. Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
 190. Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
 191. Pr. NAZI M'barek*
 192. Pr. OUAHABI Hamid*
 193. Pr. SAFI Lahcen*
 194. Pr. TAOUFIQ Jallal
 195. Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Neurochirurgie
 Pédiatrie
 Cardiologie
 Radiologie
 Anesthésie Réanimation
 Physiologie
 Urologie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Cardiologie
 Neurologie
 Anesthésie Réanimation
 Psychiatrie
 Gynécologie Obstétrique

Novembre 1998

196. Pr. AFIFI RAJAA
 197. Pr. AIT BENASSER MOULAY Ali*
 198. Pr. ALOUANE Mohammed*
 199. Pr. BENOMAR ALI
 200. Pr. BOUGTAB Abdesslam
 201. Pr. ER RIHANI Hassan
 202. Pr. EZZAITOUNI Fatima
 203. Pr. KABBAJ Najat
 204. Pr. LAZRAK Khalid (M)

Gastro-Entérologie
 Pneumo-phtisiologie
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Neurologie
 Chirurgie Générale
 Oncologie Médicale
 Néphrologie
 Radiologie
 Traumatologie Orthopédie

Novembre 1998

205. Pr. BENKIRANE Majid*
 206. Pr. KHATOURI ALI*
 207. Pr. LABRAIMI Ahmed*

Hématologie
 Cardiologie
 Anatomie Pathologique

Janvier 2000

208. Pr. ABID Ahmed*
 209. Pr. AIT OUMAR Hassan
 210. Pr. BENCHERIF My Zahid
 211. Pr. BENJELLOUN DAKHAMA Badr.Sououd
 212. Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
 213. Pr. CHAOUI Zineb
 214. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
 215. Pr. ECHARRAB El Mahjoub
 216. Pr. EL FTOUH Mustapha
 217. Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
 218. Pr. EL OTMANYAzzedine
 219. Pr. GHANNAM Rachid
 220. Pr. HAMMANI Lahcen
 221. Pr. ISMAILI Mohamed Hatim
 222. Pr. ISMAILI Hassane*
 223. Pr. KRAMI Hayat Ennoufouss
 224. Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*

Pneumophtisiologie
 Pédiatrie
 Ophtalmologie
 Pédiatrie
 Pneumo-phtisiologie
 Ophtalmologie
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Pneumo-phtisiologie
 Neurochirurgie
 Chirurgie Générale
 Cardiologie
 Radiologie
 Anesthésie-Réanimation
 Traumatologie Orthopédie
 Gastro-Entérologie
 Anesthésie-Réanimation

225. Pr. TACHINANTE Rajae
226. Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne

Novembre 2000

227. Pr. AIDI Saadia
228. Pr. AIT OURHROUI Mohamed
229. Pr. AJANA Fatima Zohra
230. Pr. BENAMR Said
231. Pr. BENCHEKROUN Nabiha
232. Pr. CHERTI Mohammed
233. Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
234. Pr. EL HASSANI Amine
235. Pr. EL IDGHIRI Hassan
236. Pr. EL KHADER Khalid
237. Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
238. Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
239. Pr. HSSAIDA Rachid*
240. Pr. LACHKAR Azzouz
241. Pr. LAHLOU Abdou
242. Pr. MAFTAH Mohamed*
243. Pr. MAHASSINI Najat
244. Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
245. Pr. NASSIH Mohamed*
Faciale
246. Pr. ROUIMI Abdelhadi

Neurologie
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Ophtalmologie
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie
Oto-Rhino-Laryngologie
Urologie
Rhumatologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Anesthésie-Réanimation
Urologie
Traumatologie Orthopédie
Neurochirurgie
Anatomie Pathologique
Pédiatrie
Stomatologie Et Chirurgie Maxillo-

Neurologie

Décembre 2001

247. Pr. ABABOU Adil
248. Pr. AOUAD Aicha
249. Pr. BALKHI Hicham*
250. Pr. BELMEKKI Mohammed
251. Pr. BENABDELJLIL Maria
252. Pr. BENAMAR Loubna
253. Pr. BENAMOR Jouda
254. Pr. BENELBARHDADI Imane
255. Pr. BENNANI Rajae
256. Pr. BENOUACHANE Thami
257. Pr. BENYOUSSEF Khalil
258. Pr. BERRADA Rachid
259. Pr. BEZZA Ahmed*
260. Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
261. Pr. BOUHOUCHE Rachida
262. Pr. BOUMDIN El Hassane*
263. Pr. CHAT Latifa
264. Pr. CHELLAOUI Mounia
265. Pr. DAALI Mustapha*
266. Pr. DRISSE Sidi Mourad*
267. Pr. EL HAJOUI Ghziel Samira
268. Pr. EL HIJRI Ahmed

Anesthésie-Réanimation
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Ophtalmologie
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Dermatologie
Gynécologie Obstétrique
Rhumatologie
Anatomie
Cardiologie
Radiologie
Radiologie
Radiologie
Chirurgie Générale
Radiologie
Gynécologie Obstétrique
Anesthésie-Réanimation

269. Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
 270. Pr. EL MADHI Tarik
 271. Pr. EL MOUSSAIF Hamid
 272. Pr. EL OUNANI Mohamed
 273. Pr. EL QUESSAR Abdeljlil
 274. Pr. ETTAIR Said
 275. Pr. GAZZAZ Miloudi*
 276. Pr. GOURINDA Hassan
 277. Pr. HRORA Abdelmalek
 278. Pr. KABBAJ Saad
 279. Pr. KABIRI EL Hassane*
 280. Pr. LAMRANI Moulay Omar
 281. Pr. LEKEHAL Brahim
 282. Pr. MAHASSIN Fattouma*
 283. Pr. MEDARHRI Jalil
 284. Pr. MIKDAME Mohammed*
 285. Pr. MOHSINE Raouf
 286. Pr. NABIL Samira
 287. Pr. NOUINI Yassine
 288. Pr. OUALIM Zouhir*
 289. Pr. SABBAH Farid
 290. Pr. SEFIANI Yasser
 291. Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia
 292. Pr. TAZI MOUKHA Karim

Neuro-Chirurgie
 Chirurgie-Pédiatrique
 Ophtalmologie
 Chirurgie Générale
 Radiologie
 Pédiatrie
 Neuro-Chirurgie
 Chirurgie-Pédiatrique
 Chirurgie Générale
 Anesthésie-Réanimation
 Chirurgie Thoracique
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Médecine Interne
 Chirurgie Générale
 Hématologie Clinique
 Chirurgie Générale
 Gynécologie Obstétrique
 Urologie
 Néphrologie
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Pédiatrie
 Urologie

Décembre 2002

293. Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
 294. Pr. AMEUR Ahmed *
 295. Pr. AMRI Rachida
 296. Pr. AOURARH Aziz*
 297. Pr. BAMOU Youssef *
 298. Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
 299. Pr. BENBOUAZZA Karima
 300. Pr. BENZEKRI Laila
 301. Pr. BENZZOUBEIR Nadia*
 302. Pr. BERNOUSSI Zakiya
 303. Pr. BICHRA Mohamed Zakariya
 304. Pr. CHOHO Abdelkrim *
 305. Pr. CHKIRATE Bouchra
 306. Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair
 307. Pr. EL ALJ Haj Ahmed
 308. Pr. EL BARNOUSSI Leila
 309. Pr. EL HAOURI Mohamed *
 310. Pr. EL MANSARI Omar*
 311. Pr. ES-SADEL Abdelhamid
 312. Pr. FILALI ADIB Abdelhai
 313. Pr. HADDOUR Leila
 314. Pr. HAJJI Zakia
 315. Pr. IKEN Ali

Anatomie Pathologique
 Urologie
 Cardiologie
 Gastro-Entérologie
 Biochimie-Chimie
 Endocrinologie et Maladies Métaboliques
 Rhumatologie
 Dermatologie
 Gastro-Entérologie
 Anatomie Pathologique
 Psychiatrie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Chirurgie Pédiatrique
 Urologie
 Gynécologie Obstétrique
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Gynécologie Obstétrique
 Cardiologie
 Ophtalmologie
 Urologie

316. Pr. ISMAEL Farid
 317. Pr. JAAFAR Abdeloihab*
 318. Pr. KRIOULE Yamina
 319. Pr. LAGHMARI Mina
 320. Pr. MABROUK Hfid*
 321. Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
 322. Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid*
 323. Pr. MOUSTAINE My Rachid
 324. Pr. NAITLHO Abdelhamid*
 325. Pr. OUJILAL Abdelilah
 326. Pr. RACHID Khalid *
 327. Pr. RAISS Mohamed
 328. Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*
 329. Pr. RHOU Hakima
 330. Pr. SIAH Samir *
 331. Pr. THIMOU Amal
 332. Pr. ZENTAR Aziz*
 333. Pr. ZRARA Ibtisam*

Traumatologie Orthopédie
 Traumatologie Orthopédie
 Pédiatrie
 Ophtalmologie
 Traumatologie Orthopédie
 Gynécologie Obstétrique
 Cardiologie
 Traumatologie Orthopédie
 Médecine Interne
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Générale
 Pneumophtisiologie
 Néphrologie
 Anesthésie Réanimation
 Pédiatrie
 Chirurgie Générale
 Anatomie Pathologique

PROFESSEURS AGREGES :

Janvier 2004

334. Pr. ABDELLAH El Hassan
 335. Pr. AMRANI Mariam
 336. Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
 337. Pr. BENKIRANE Ahmed*
 338. Pr. BENRAMDANE Larbi*
 339. Pr. BOUGHALEM Mohamed*
 340. Pr. BOULAADAS Malik
 faciale
 341. Pr. BOURAZZA Ahmed*
 342. Pr. CHAGAR Belkacem*
 343. Pr. CHERRADI Nadia
 344. Pr. EL FENNI Jamal*
 345. Pr. EL HANCHI ZAKI
 346. Pr. EL KHORASSANI Mohamed
 347. Pr. EL YOUNASSI Badreddine*
 348. Pr. HACHI Hafid
 349. Pr. JABOUIRIK Fatima
 350. Pr. KARMANE Abdelouahed
 351. Pr. KHABOUZE Samira
 352. Pr. KHARMAZ Mohamed
 353. Pr. LEZREK Mohammed*
 354. Pr. MOUGHIL Said
 355. Pr. NAOUMI Asmae*
 356. Pr. SAADI Nozha
 357. Pr. SASSENOU ISMAIL*
 358. Pr. TARIB Abdelilah*
 359. Pr. TIJAMI Fouad

Ophtalmologie
 Anatomie Pathologique
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Gastro-Entérologie
 Chimie Analytique
 Anesthésie Réanimation
 Stomatologie et Chirurgie Maxillo-
 Neurologie
 Traumatologie Orthopédie
 Anatomie Pathologique
 Radiologie
 Gynécologie Obstétrique
 Pédiatrie
 Cardiologie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Ophtalmologie
 Gynécologie Obstétrique
 Traumatologie Orthopédie
 Urologie
 Chirurgie Cardio-Vasculaire
 Ophtalmologie
 Gynécologie Obstétrique
 Gastro-Entérologie
 Pharmacie Clinique
 Chirurgie Générale

360. Pr. ZARZUR Jamila

Cardiologie

Janvier 2005

361. Pr. ABBASSI Abdellah
362. Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
363. Pr. ALAOUI Ahmed Essaid
364. Pr. ALLALI Fadoua
365. Pr. AMAR Yamama
366. Pr. AMAZOUZI Abdellah
367. Pr. AZIZ Noureddine*
368. Pr. BAHIRI Rachid
369. Pr. BARKAT Amina
370. Pr. BENHALIMA Hanane
371. Pr. BENHARBIT Mohamed
372. Pr. BENYASS Aatif
373. Pr. BERNOUSSI Abdelghani
374. Pr. BOUKLATA Salwa
375. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed
376. Pr. DOUDOUH Abderrahim*
377. Pr. EL HAMZAOUI Sakina
378. Pr. HAJJI Leila
379. Pr. HESSISSEN Leila
380. Pr. JIDAL Mohamed*
381. Pr. KARIM Abdelouahed
382. Pr. KENDOUISSI Mohamed*
383. Pr. LAAROUSSI Mohamed
384. Pr. LYAGOUBI Mohammed
385. Pr. NIAMANE Radouane*
386. Pr. RAGALA Abdelhak
387. Pr. SBIHI Souad
388. Pr. TNACHERI OUAZZANI Btissam
389. Pr. ZERAIDI Najia

Chirurgie Réparatrice et Plastique
Chirurgie Générale
Microbiologie
Rhumatologie
Néphrologie
Ophtalmologie
Radiologie
Rhumatologie
Pédiatrie
Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale
Ophtalmologie
Cardiologie
Ophtalmologie
Radiologie
Ophtalmologie
Biophysique
Microbiologie
Cardiologie
Pédiatrie
Radiologie
Ophtalmologie
Cardiologie
Chirurgie Cardio-vasculaire
Parasitologie
Rhumatologie
Gynécologie Obstétrique
Histo-Embryologie Cytogénétique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique

AVRIL 2006

423. Pr. ACHEMLAL Lahsen*
424. Pr. AFIFI Yasser
425. Pr. AKJOUJ Said*
426. Pr. BELGNAOUI Fatima Zahra
427. Pr. BELMEKKI Abdelkader*
428. Pr. BENCHEIKH Razika
429. Pr. BIYI Abdelhamid*
430. Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
431. Pr. BOULAHYA Abdellatif*
432. Pr. CHEIKHAOUI Younes
433. Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
434. Pr. DOGHMI Nawal
435. Pr. ESSAMRI Wafaa
436. Pr. FELLAT Ibtissam
437. Pr. FAROUDY Mamoun

Rhumatologie
Dermatologie
Radiologie
Dermatologie
Hématologie
O.R.L
Biophysique
Chirurgie - Pédiatrique
Chirurgie Cardio - Vasculaire
Chirurgie Cardio - Vasculaire
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Gastro-entérologie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation

438. Pr. GHADOUANE Mohammed*
 439. Pr. HARMOUCHE Hicham
 440. Pr. HANAFI Sidi Mohamed*
 441. Pr. IDRIS LAHLOU Amine
 442. Pr. JROUNDI Laila
 443. Pr. KARMOUNI Tariq
 444. Pr. KILI Amina
 445. Pr. KISRA Hassan
 446. Pr. KISRA Mounir
 447. Pr. KHARCHAFI Aziz*
 448. Pr. LAATIRIS Abdelkader*
 449. Pr. LMIMOUNI Badreddine*
 450. Pr. MANSOURI Hamid*
 451. Pr. NAZIH Naoual
 452. Pr. OUANASS Abderrazzak
 453. Pr. SAFI Soumaya*
 454. Pr. SEKKAT Fatima Zahra
 455. Pr. SEFIANI Sana
 456. Pr. SOUALHI Mouna
 457. Pr. TELLAL Saida*
 458. Pr. ZAHRAOUI Rachida

Urologie
 Médecine Interne
 Anesthésie Réanimation
 Microbiologie
 Radiologie
 Urologie
 Pédiatrie
 Psychiatrie
 Chirurgie – Pédiatrique
 Médecine Interne
 Pharmacie Galénique
 Parasitologie
 Radiothérapie
 O.R.L
 Psychiatrie
 Endocrinologie
 Psychiatrie
 Anatomie Pathologique
 Pneumo – Phtisiologie
 Biochimie
 Pneumo – Phtisiologie

Octobre 2007

458. Pr. LARAQUI HOUSSEINI Leila
 459. Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
 460. Pr. MOUSSAOUI Abdelmajid
 461. Pr. LALAOUI SALIM Jaafar *
 462. Pr. BAITE Abdelouahed *
 463. Pr. TOUATI Zakia
 464. Pr. OUZZIF Ez zohra *
 465. Pr. BALOUCH Lhousaine *
 466. Pr. SELKANE Chakir *
 467. Pr. EL BEKKALI Youssef *
 468. Pr. AIT HOUSSA Mahdi *
 469. Pr. EL ABSI Mohamed
 470. Pr. EHIRCHIOU Abdelkader *
 471. Pr. ACHOUR Abdessamad *
 472. Pr. TAJDINE Mohammed Tariq *
 473. Pr. GHARIB Noureddine
 474. Pr. TABERKANET Mustafa *
 475. Pr. ISMAILI Nadia
 476. Pr. MASRAR Azlarab
 477. Pr. RABHI Monsef *
 478. Pr. MRABET Mustapha *
 479. Pr. SEKHSOKH Yessine *
 480. Pr. SEFFAR Myriame
 481. Pr. LOUZI Lhoussain *
 482. Pr. MRANI Saad *

Anatomie pathologique
 Anesthésie réanimation
 Anesthésier réanimation
 Anesthésie réanimation
 Anesthésie réanimation
 Cardiologie
 Biochimie
 Biochimie
 Chirurgie cardio vasculaire
 Chirurgie cardio vasculaire
 Chirurgie cardio vasculaire
 Chirurgie générale
 Chirurgie générale
 Chirurgie générale
 Chirurgie générale
 Chirurgie générale
 Chirurgie plastique
 Chirurgie vasculaire périphérique
 Dermatologie
 Hématologie biologique
 Médecine interne
 Médecine préventive santé publique et hygiène
 Microbiologie
 Microbiologie
 Microbiologie
 Virologie

483. Pr. GANA Rachid
 484. Pr. ICHOU Mohamed *
 485. Pr. TACHFOUTI Samira
 486. Pr. BOUTIMZINE Nourdine
 487. Pr. MELLAL Zakaria
 488. Pr. AMMAR Haddou *
 489. Pr. AOUI Sarra
 490. Pr. TLIGUI Houssain
 491. Pr. MOUTAJ Redouane *
 492. Pr. ACHACHI Leila
 493. Pr. MARC Karima
 494. Pr. BENZIANE Hamid *
 495. Pr. CHERKAOUI Naoual *
 496. Pr. EL OMARI Fatima
 497. Pr. MAHI Mohamed *
 498. Pr. RADOUANE Bouchaib *
 499. Pr. KEBDANI Tayeb
 500. Pr. SIFAT Hassan *
 501. Pr. HADADI Khalid *
 502. Pr. ABIDI Khalid
 503. Pr. MADANI Naoufel
 504. Pr. TANANE Mansour *
 505. Pr. AMHAJJI Larbi *

Neuro chirurgie
 Oncologie médicale
 Ophtalmologie
 Ophtalmologie
 Ophtalmologie
 ORL
 Parasitologie
 Parasitologie
 Parasitologie
 Pneumo phtisiologie
 Pneumo phtisiologie
 Pharmacie clinique
 Pharmacie galénique
 Psychiatrie
 Radiologie
 Radiologie
 Radiothérapie
 Radiothérapie
 Radiothérapie
 Réanimation médicale
 Réanimation médicale
 Traumatologie orthopédie
 Traumatologie orthopédie

Mars 2009

Pr. BJIJOU Younes
 Pr. AZENDOUR Hicham *
 Pr. BELYAMANI Lahcen *
 Pr. BOUHSAIN Sanae *
 Pr. OUKERRAJ Latifa
 Pr. LAMSAOURI Jamal *
 Pr. MARMADÉ Lahcen
 Pr. AMAHZOUNE Brahim *
 Pr. AIT ALI Abdelmounaim *
 Pr. BOUNAIM Ahmed *
 Pr. EL MALKI Hadj Omar
 Pr. MSSROURI Rahal
 Pr. CHTATA Hassan Toufik *
 Pr. BOUI Mohammed *
 Pr. KABBAJ Nawal
 Pr. FATHI Khalid
 Pr. MESSAOUDI Nezha *
 Pr. CHAKOUR Mohammed *
 Pr. DOGHMI Kamal *
 Pr. ABOUZAHIR Ali *
 Pr. ENNIBI Khalid *
 Pr. EL OUENNASS Mostapha
 Pr. ZOUHAIR Said*
 Pr. L'kassimi Hachemi*

Anatomie
 Anesthésie Réanimation
 Anesthésie Réanimation
 Biochimie
 Cardiologie
 Chimie Thérapeutique
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Générale
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Dermatologie
 Gastro-entérologie
 Gynécologie obstétrique
 Hématologie biologique
 Hématologie biologique
 Hématologie clinique
 Médecine interne
 Médecine interne
 Microbiologie
 Microbiologie
 Microbiologie

Pr. AKHADDAR Ali *
 Pr. AIT BENHADDOU El hachmia
 Pr. AGADR Aomar *
 Pr. KARBOUBI Lamya
 Pr. MESKINI Toufik
 Pr. KABIRI Meryem
 Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *
 Pr. BASSOU Driss *
 Pr. ALLALI Nazik
 Pr. NASSAR Ittimade
 Pr. HASSIKOU Hasna *
 Pr. AMINE Bouchra
 Pr. BOUSSOUGA Mostapha *
 Pr. KADI Said *

Neuro-chirurgie
 Neurologie
 Pédiatrie
 Pédiatrie
 Pédiatrie
 Pédiatrie
 Pneumo-phtisiologie
 Radiologie
 Radiologie
 Radiologie
 Rhumatologie
 Rhumatologie
 Traumatologie orthopédique
 Traumatologie orthopédique

Octobre 2010

Pr. AMEZIANE Taoufiq*
 Pr. ERRABIH Ikram
 Pr. CHERRADI Ghizlan
 Pr. MOSADIK Ahlam
 Pr. ALILOU Mustapha
 Pr. KANOUNI Lamya
 Pr. EL KHARRAS Abdennasser*
 Pr. DARBI Abdellatif*
 Pr. EL HAFIDI Naima
 Pr. MALIH Mohamed*
 Pr. BOUSSIF Mohamed*
 Pr. EL MAZOUZ Samir
 Pr. DENDANE Mohammed Anouar
 Pr. EL SAYEGH Hachem
 Pr. MOUJAHID Mountassir*
 Pr. RAISSOUNI Zakaria*
 Pr. BOUAITY Brahim*
 Pr. LEZREK Mounir
 Pr. NAZIH Mouna*
 Pr. LAMALMI Najat
 Pr. ZOUAIDIA Fouad
 Pr. BELAGUID Abdelaziz
 Pr. DAMI Abdellah*
 Pr. CHADLI Mariama*

Médecine interne
 Gastro entérologie
 Cardiologie
 Anesthésie Réanimation
 Anesthésie réanimation
 Radiothérapie
 Radiologie
 Radiologie
 Pédiatrie
 Pédiatrie
 Médecine aérologique
 Chirurgie plastique et réparatrice
 Chirurgie pédiatrique
 Urologie
 Chirurgie générale
 Traumatologie orthopédie
 ORL
 Ophtalmologie
 Hématologie
 Anatomie pathologique
 Anatomie pathologique
 Physiologie
 Biochimie chimie
 Microbiologie

ENSEIGNANTS SCIENTIFIQUES

1.1.1.1.1 PROFESSEURS

1. Pr. ABOUDRAR Saadia
2. Pr. ALAMI OUHABI Naima
3. Pr. ALAOUI KATIM
4. Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma

Physiologie
 Biochimie
 Pharmacologie
 Histologie-Embryologie

5.	Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
6.	Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
7.	Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
8.	Pr. BOURJOUANE Mohamed	Microbiologie
9.	Pr. CHAHED OUZZANI Lalla Chadia	Biochimie
10.	Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie
11.	Pr. DRAOUI Mustapha	Chimie Analytique
12.	Pr. EL GUESSABI Lahcen	Pharmacognosie
13.	Pr. ETTAIB Abdelkader	Zootechnie
14.	Pr. FAOUZI Moulay El Abbas	Pharmacologie
15.	Pr. HMAMOUCHE Mohamed	Chimie Organique
16.	Pr. IBRAHIMI Azeddine	
17.	Pr. KABBAJ Ouafae	Biochimie
18.	Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Biologie
19.	Pr. REDHA Ahlam	Biochimie
20.	Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med	Chimie Organique
21.	Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
22.	Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie
23.	Pr. ZELLOU Amina	Chimie Organique

*** *Enseignants Militaires***

Dédicaces

A Allah

Tout puissant

Qui m'a inspiré

Qui m'a guidé dans le bon chemin

Je vous dois ce que je suis devenue

Louanges et remerciements

Pour votre clémence et miséricorde

A mon très cher père

Tu as été et tu seras toujours un exemple pour moi par tes qualités humaines, ta persévérance et ton perfectionnisme.

Tu m'as appris, le sens du travail, de l'honnêteté et de la responsabilité.

Ta bonté et ta générosité extrême sont sans limites.

Aucun mot, aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect, ma considération et l'amour éternel pour les sacrifices que tu m'as consenti pour mon éducation et mon bien être.

Je souhaite que cette thèse t'apporte la joie de voir aboutir tes espoirs et j'espère avoir été digne de ta confiance.

Puisse Dieu te garder et te procurer santé et longue vie.

A ma merveilleuse mère

Des mots ne pourront jamais exprimer la profondeur de mon amour et mon affection.

A toi maman, je dédie ce travail, que sans ton soutien, ton amour, n'aurait pu voir le jour.

Tes prières ont été pour moi un grand soutien moral au long de mes études.

Veillez trouver, chère mère, dans ce travail le fruit de ton dévouement et de tes sacrifices ainsi que l'expression de ma gratitude et mon profond amour.

Puisse Dieu te préserver des malheurs de la vie et te procurer longue vie

A mon grand-père adoré

Votre soutien, votre amour, vos encouragements et vos prières ont été pour moi d'un grand réconfort.

Veillez trouver dans ce travail, l'expression de mon amour et mon affection indéfectible.

Qu'ALLAH vous protège et vous accorde santé, bonheur et prospérité.

A ma très cher frère: Zakaria

A notre fraternité qui m'est très très chère.

*Les mots ne sauraient exprimer l'entendue de l'affection et
la gratitude que j'ai pour toi.*

*Je te dédie ce travail en te souhaitant beaucoup de bonheur et
de succès.*

A mon très cher mari

Ton soutien et ton dévouement ont été une grande source de motivation pour moi. Tes sacrifices, ton aide, et tes prières m'ont toujours été précieuses. Aucune dédicace ne saurait traduire la profondeur de mes sentiments d'amour et de respect que j'éprouve à ton égard.

A mes très cher beaux parents

En témoignage de ma profonde gratitude et de mon plus haut respect.

A tous ceux qui me sont chers et que j'ai omis de citer ;

*A tous ceux qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration
de ce travail*

Remerciements

A notre maître et président de thèse

Monsieur le professeur R. BEZAD

Professeur agrégé de gynécologie-obstétrique

Nous vous sommes infiniment reconnaissants du grand honneur que vous nous faites en acceptant de présider le jury de cette thèse.

Votre grand savoir, votre dynamisme et votre amabilité ont toujours suscité en nous grande estime.

Veillez trouver ici, le témoignage de notre vive gratitude et haute considération

A notre Maître et Rapporteur de thèse

Madame le Professeur A.MDAGHRI ALAOUI

Professeur agrégé de pédiatrie

Vous nous avez confié ce travail sans aucune réserve. Nous souhaitons être digne de cet honneur.

Vous nous avez guidés tout au long de notre travail avec sympathie, bienveillance et modestie.

Nous vous remercions pour votre patience et votre soutien lors de la réalisation de cette thèse.

Veillez trouver ici l'expression de notre respectueuse considération et notre profonde admiration pour toutes vos qualités scientifiques et humaines.

A notre maître et juge de thèse
Monsieur le professeur S.ETTAIR
Professeur agrégé de pédiatrie

*Vous avez accepté de juger ce travail avec une spontanéité
et une simplicité émouvante.*

*C'est pour nous un grand honneur de vous voir siéger parmi
le jury de cette thèse.*

*Nous tenons à vous exprimer nos sincères remerciements et
profond respect.*

A notre maître et juge de thèse

Madame le professeur A. THIMOU IZGUA

Professeur de pédiatrie

Nous vous remercions vivement de l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger parmi notre jury de thèse.

Vous nous avez toujours accueillis avec une grande sympathie et bienveillance.

Puisse ce travail témoigner de ma reconnaissance et de l'estime que je porte à votre personne.

Veillez croire à nos sincères remerciements



Table des matières



INTRODUCTION	1
OBJECTIF	5
1.Objectif général :.....	6
2.Objectifs spécifiques :.....	6
MATÉRIEL ET MÉTHODES	7
1.La collecte des données :	8
2.L'analyse statistique :	10
RÉSULTATS	11
1.Description de l'échantillon des parturientes :	12
1.1. Caractéristiques socio- démographiques et génésiques :.....	12
1.2. Déroulement de la grossesse et consultations prénatales :	14
1.3. L'expérience antérieure de l'allaitement au sein :.....	16
1.4. Les caractéristiques de l'accouchement et des nouveau-nés :.....	17
1.5. Connaissances des mères et leurs pratiques en matière de l'allaitement maternel :	18
2.La mise au sein précoce à la première heure suivant l'accouchement :	21
2.1. L'incidence de l'allaitement maternel à la première heure de vie :.....	21
2.2. Le délai de la mise au sein après l'accouchement :.....	21
2.3. Description de l'échantillon des femmes qui ont donné le sein la première heure de vie :.....	21
2.4. Les raisons du retard de la mise au sein avancées par les parturientes et les professionnels de la santé :	22
2.4.1 Les raisons évoquées par les parturientes :.....	22
2.4.2 Les raisons évoquées par les professionnels de la santé :	24
3.L'allaitement du nouveau-né de la naissance à l'âge de 1 mois :.....	24
3.1 L'incidence de l'allaitement maternel à 1 mois.....	24
3.2 Les raisons d'arrêt de l'allaitement maternel avant 1 mois :	25
3.3 Les raisons d'administration du lait artificiel avant 1 mois :	25

4.L'allaitement de l'enfant de l'âge de 1 mois à l'âge de 6 mois :.....	26
4.1 Taux de l'allaitement maternel à 6 mois :	26
4.2 Raisons d'arrêt de l'allaitement maternel :.....	26
4.3 Ages d'arrêt de l'allaitement maternel :	27
5.L'analyse statistique :	28
5.1 L'analyse univariée :.....	28
2.4.3 La durée de l'allaitement maternel antérieur:.....	29
2.4.4 Le lieu de suivi de la grossesse :	29
2.4.5 L'allaitement maternel exclusif à 1 mois :	30
2.4.6 Les facteurs non significatifs.....	31
5.2 L'analyse multivariée :	34
6.La description de l'échantillon des professionnels de la santé :.....	36
7.Les connaissances des professionnels de la santé :	37
8.Les pratiques des professionnels de la santé :.....	43
9.L'expérience personnelle des professionnels de la santé en matière de l'allaitement maternel :	44
DISCUSSION	45
1.Prévalence de l'allaitement maternel :.....	46
2.La mise au sein à la première heure du postpartum.....	47
2.1. L'importance et les avantages de la première tétée :.....	47
2.2. L'incidence de l'allaitement maternel à la première heure de vie.....	50
2.3. Le délai entre l'accouchement et la première tétée :	52
2.4. Les facteurs associés à la mise au sein précoce :.....	53
2.4.1. Les caractéristiques sociodémographiques et la première tétée:.....	53
2.4.2. La parité et la première tétée :	55
2.4.3. Le mamelon atypique et la première tétée :.....	55
2.4.4. le mode d'accouchement et la première tétée :	56
2.4.5. L'horaire de l'accouchement et la première tétée :	59

2.4.6. La relation entre le poids de naissance et la première tétée :	59
2.4.7. le don de complément et la première tétée :	61
2.4.8. Le rôle des professionnels de la santé dans le démarrage précoce de l'allaitement maternel :	63
3. Les facteurs associés à la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à 6 mois :	65
3.1. L'allaitement maternel exclusif :	65
3.1.1. L'implication de l'exclusivité de l'allaitement maternel à 1 mois dans la durée de l'allaitement maternel :	65
3.1.2. Le rôle de l'allaitement maternel exclusif dans la réduction de la morbidité et la mortalité infantile :	66
3.1.3. L'allaitement maternel exclusif en chiffres :	68
3.2. La durée de l'allaitement maternel antérieur:	70
3.3. Le lieu de suivi de la grossesse :	71
3.4. Connaissances et pratiques des mères vis-à-vis de l'allaitement maternel : ...	72
3.4.1. Les crevasses :	73
3.4.2. Le refus de prise du sein par le bébé :	73
3.4.3. L'insuffisance lactée :	74
3.4.4. Travail de la mère :	76
3.4.5. Allaitement et fatigue maternelle:	78
4. Les facteurs non significatifs:	79
4.1 Les facteurs liés aux caractéristiques sociodémographiques :	80
4.1.1. L'âge de la mère :	80
4.1.2. L'origine géographique :	80
4.1.3. Le statut marital :	81
4.1.4. Le niveau d'étude et socio-économique:	82
4.1.5. L'emploi de la mère :	83
4.2 Facteurs liés aux caractéristiques de la grossesse et de l'accouchement et du nouveau-né :	84

4.2.1	Le désir de la grossesse et le mode de procréation:.....	84
4.2.2	Le conseil prénatal.....	84
4.2.3	La parité :.....	85
4.2.4	Le vécu de la grossesse.....	86
4.2.5	Le mode d'accouchement :.....	86
4.2.6	Les caractéristiques du nouveau-né :.....	87
4.3	Les facteurs liés aux attitudes et pratiques des mères :	88
4.3.1	Le moment de choix du mode d'alimentation du nourrisson :.....	88
4.3.2	La durée envisagée de l'allaitement maternel :	88
4.3.3	Le délai entre l'accouchement et la première tétée :	88
4.3.4	Le mode d'alimentation initial :	89
4.3.5	L'utilisation de sucette	90
4.4	L'influence de la source d'information sur la durée de l'allaitement maternel :.....	91
5.	Les connaissances et les pratiques des professionnels de la santé :	92
	CONCLUSION	96
	RÉSUMÉS	100
	ANNEXES	104
	BIBLIOGRAPHIE	115

Liste des tableaux

TABLEAU 1 – EFFECTIFS DE L’ECHANTILLON DE NOTRE ETUDE.....	12
TABLEAU 2 – CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES ET GENESIQUES.....	13
TABLEAU 3 – DEROULEMENT DE LA GROSSESSE ET CONSULTATIONS PRENATALES.....	15
TABLEAU 4 – L’EXPERIENCE ANTERIEUR DE L’ALLAITEMENT AU SEIN.....	16
TABLEAU 5 – LES CARACTERISTIQUES DE L’ACCOUCHEMENT ET DES NOUVEAUX NES.....	17
TABLEAU 6 – DESCRIPTIF DES 7 FEMMES QUI ONT DONNE LE SEIN LA 1ERE HEURE.....	22
TABLEAU 7 – LES RAISONS DE LA MISE AU SEIN AU-DELA D’UNE HEURE DE L’ACCOUCHEMENT	23
TABLEAU 8 – L’INFLUENCE DE LA DUREE DE L’ALLAITEMENT MATERNEL ANTERIEUR SUR LA POURSUITE DE L’ALLAITEMENT A 6 MOIS.....	29
TABLEAU 9 – L’INFLUENCE DU LIEU DE SUIVI DE LA GROSSESSE SUR LA POURSUITE DE L’ALLAITEMENT A 6 MOIS.....	30
TABLEAU 10 – L’INFLUENCE DE L’ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF SUR LA POURSUITE DE L’ALLAITEMENT A 6 MOIS.....	30
TABLEAU 11– LES FACTEURS PREDICTIFS DE L’ALLAITEMENT EN FONCTION DES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES.....	31
TABLEAU 12 – FACTEURS PREDICTIFS DE L’ALLAITEMENT EN FONCTION DES CARACTERISTIQUES DE LA GROSSESSE, DE L’ACCOUCHEMENT ET DU NOUVEAU-NE.....	32
TABLEAU 13 – FACTEURS PREDICTIFS DE L’ALLAITEMENT EN FONCTIONS DES ATTITUDES ET PRATIQUES DES MERES.....	33
TABLEAU 14 – LES FACTEURS PREDICTIFS DE L’ALLAITEMENT EN FONCTION DE LA SOURCE D’INFORMATION DES MERES.....	34
TABLEAU 15 – LES RESULTATS DE L’ANALYSE MULTIVARIEE.....	35
TABLEAU 16 – L’EVALUATION DES CONNAISSANCES THEORIQUES DES PROFESSIONNELS DE LA SANTE.....	38
TABLEAU 17 – L’EVALUATION DES CONNAISSANCES D’ORDRE PRATIQUE DES PROFESSIONNELS DE LA SANTE.....	41
TABLEAU 18 – LES PRATIQUES DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DURANT LES 6 MOIS PRÉCÉDANT L’ENQUÊTE :.....	43

TABLEAU 19 – POURCENTAGE DES NOUVEAUX NÉS QUI ONT BÉNÉFICÉ D’UN ALLAITEMENT PRÉCOCE SELON CERTAINES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES :54	
TABLEAU 20 – POURCENTAGE DES NOUVEAU-NÉS AYANT REÇU DES ALIMENTS AVANT LA PREMIÈRE TÉTÉE SELON CERTAINES CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES [43].	62
TABLEAU 21 - LA DUREE MEDIANE DE L’ALLAITEMENT SELON LE MILIEU DE RESIDENCE DES MERES, EPSF MAROC 2003-2004.	81
TABLEAU 22 - LA DUREE MEDIANE DE L’ALLAITEMENT SELON LE NIVEAU D’INSTRUCTION ET SOCIOECONOMIQUE DES MERES, EPSF MAROC 2003-2004.	82

Liste des figures

FIGURE 1 – RAISONS D'ADMINISTRATION DU LAIT ARTIFICIEL AVANT L'ÂGE DE 1 MOIS	26
FIGURE 2 – RAISONS D'ARRET DE L'ALLAITEMENT MATERNEL AVANT 6 MOIS	27
FIGURE 3 – DATES D'ARRET DE L'ALLAITEMENT MATERNEL DE L'ÂGE DE 1 MOIS A L'ÂGE DE 6 MOIS	28
FIGURE 4 – REPARTITION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTE PAR PROFIL	37
FIGURE 5 – L'EVOLUTION DES TAUX DE LA MISE AU SEIN PRECOCE AU MAROC	51
FIGURE 6 – LA COMPARAISON DES TAUX DE LA MISE AU SEIN PRECOCE DANS CERTAINS PAYS	51
FIGURE 7 – COMPARAISON DU DELAI DE MISE AU SEIN APRES L'ACCOUCHEMENT	52
FIGURE 8 – PRÉVALENCE ET INCIDENCE DE LA DIARRHÉE À L'ÂGE DE 3-5 MOIS SELON LE MODE D'ALIMENTATION	67
FIGURE 9 –DÉCÈS PAR DIARRHÉE ET IRA EN FONCTION DU MODE D'ALIMENTATION	68



Introduction



Vieux comme l'humanité, indispensable autrefois à la survie de l'espèce, le lait maternel est le moyen inimitable le plus naturel et le plus adapté pour nourrir un enfant [1].

Ces avantages pour l'enfant, la mère, la famille, la société, l'environnement sont bien établis [2] et si nombreux qu'il est impossible de les énumérer tous. D'ailleurs les recherches scientifiques découvrent encore aujourd'hui ses bienfaits [3].

Pourtant depuis les années quatre-vingt du siècle dernier, a commencé un déclin, sur le plan mondial, de l'allaitement maternel en faveur du lait artificiel [4], et actuellement moins de 40% de nourrissons de moins de 6 mois sont allaités exclusivement au sein [5].

Alors qu'au même temps, les organisations internationales (OMS, UNICEF) multiplient les initiatives visant à promouvoir et soutenir l'allaitement maternel par:

La création d'un réseau ONG « international baby food network (IBFAN) » qui développe et contrôle le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel ; la Déclaration commune OMS/Unicef avec la diffusion des « 10 conditions pour le succès de L'allaitement maternel » dans le cadre de l'initiative « Hôpitaux amis des bébés » (IHAB) ; la Déclaration d'Innocenti sur la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement au sein [6].

Grâce à ces initiatives communes de l'OMS et de l'UNICEF, il existe aujourd'hui, plus de 20 000 établissements «amis des bébés», dans 152 pays [7].

Au MAROC « l'initiative hôpitaux amis des bébés » a été lancée en 1992 et a concerné 40 hôpitaux et maternités [4].

En outre, Le soutien de l'allaitement maternel au Maroc est intégré au cœur de la convention relative aux droits de l'enfant et fait partie du programme nationale d'encouragement de l'allaitement maternel, du Programme national de lutte contre la malnutrition, de lutte contre les maladies diarrhéiques et de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant [8].

Cependant de nombreuses études réalisées au Maroc, au cours des 2 dernières décennies, ont tiré une réelle sonnette d'alarme face au déclin observé concernant l'allaitement maternel [4].

En effet, malgré les efforts d'information et d'éducation déployés à différents niveaux sur le plan national, le taux et la durée de cette pratique naturelle continuent à baisser pour en aboutir actuellement à un véritable problème de santé publique [9]. Comme en témoignent les données des enquêtes nationales sur la population et la santé de 1992 à 2004 [10] où le taux d'allaitement maternel exclusif durant les 6 premiers mois de la vie est passé respectivement de 51% à 32% ,ainsi que l'introduction du biberon à 2 mois est passé de 23% à 38%.Durant la même période la durée moyenne de l'allaitement maternel, elle aussi, a baissé de 15,5 mois à 13 mois. On outre, la dernière enquête nationale, réalisée en 2006-2007, montre que seulement 15% des enfants âgés de 0 à 5 mois sont allaités exclusivement au sein [11].

Ce recul peut s'expliquer par les changements qu'a connus notre société notamment le développement de l'industrie agro-alimentaire, la modernisation de la vie, le travail des femmes et l'insuffisance de la formation dispensée aux professionnels de santé [4].

Le but de notre thèse est de s'approcher encore d'avantage de l'environnement des maternités où se déroule le contact intime que tisse les mères avec leurs enfants à travers l'allaitement au sein pour mieux comprendre et analyser les facteurs responsables du déclin de l'allaitement maternel.

A travers notre thèse nous tenterons de répondre aux questions suivantes :

- Pourquoi les mères ne choisissent pas « ce qu'il y a de meilleur pour leurs enfants » comme s'efforcent de le préconiser les différentes mesures de promotion de l'allaitement maternel ?
- Les mères sont elles bien informées, encouragées et soutenues en cas de difficultés physiques ou psychologiques empêchant le déroulement normal de l'allaitement maternel ?
- Les professionnels de la santé prenant en charge le couple mère-enfant sont-ils suffisamment formés pour promouvoir et améliorer la situation de l'allaitement maternel dans notre pays ?
- Comment influencent les attitudes pratiques des professionnels de la santé sur la mise en route d'un allaitement maternel réussi ?



Objectifs



1. Objectif général :

Décrire la situation et la promotion de l'allaitement maternel au niveau de 3 maternités et identifier les facteurs associés à sa poursuite jusqu'à l'âge de 6 mois.

2. Objectifs spécifiques :

- Évaluer la prévalence de l'allaitement au sein depuis la naissance jusqu'à l'âge de 6 mois.
- Décrire les facteurs incriminés dans la mise au sein précoce.
- Analyser les facteurs influençant le déroulement de l'allaitement maternel durant les 6 mois suivant l'accouchement.
- Évaluer les connaissances et les pratiques des professionnels de la santé prenant en charge le couple mère- enfant.
- Décrire l'influence de la promotion de l'allaitement maternel sur sa pratique par les parturientes au sein des 3 maternités.



Matériel et méthode



1. La collecte des données :

Une étude observationnelle prospective a été réalisée, dans la période entre Octobre 2009 et Juin 2010, au niveau de 3 maternités de type 2 et 3: la maternité de l'hôpital provincial Moulay abdellâh de Salé et 2 maternités du CHU (centre hospitalier universitaire) de Rabat « La maternité des orangers et la maternité de l'hôpital militaire ».

Ces 3 formations sanitaires ont été sélectionnées selon un choix raisonné permettant d'avoir une représentation de toutes les couches sociales de la population au niveau de trois hôpitaux différents dans leur politique vis-à-vis de l'allaitement maternel, dans leur organisation du travail, dans le flux des parturientes et le nombre du personnel soignant.

Cette enquête intéressait deux groupes :

- Le premier groupe : les parturientes en suite de couche, entre le premier et le deuxième jour du postpartum, qui ont accouché de nouveau-nés à terme bien portants issus de grossesses uniques. Elles sont exclues de l'enquête les mères hospitalisées en réanimation et celles dont le nouveau-né est prématuré ou issu d'une grossesse multiple ou transféré en néonatalogie ou décédé.
- Le deuxième groupe : les professionnels de la santé, prenant en charge le couple mère-enfant, incluant « les pédiatres, les gynécologues, les résidents en pédiatrie et en gynécologie, les médecins généralistes, les sages femmes, les infirmières et les étudiants en médecine ».

Les informations ont été recueillies à l'aide de deux types de questionnaires : le premier destiné aux parturientes et le deuxième aux professionnels de la santé.

Le questionnaire destiné aux mamans en suite de couche, présenté sous forme d'une fiche d'exploitation (voir l'annexe), comprenait 2 parties :

- La première partie comportait des questions sur les caractéristiques sociodémographiques et génésiques, les antécédents médico-chirurgicaux, l'allaitement maternel antérieur et de la femme elle-même, le déroulement de la grossesse, les consultations prénatales, les caractéristiques néonatales et celles de l'accouchement.
- La deuxième partie comportait des informations sur les pratiques des mères et leurs connaissances au sujet de l'allaitement maternel.

Toutes les femmes qui allaitaient à leur sortie de la maternité, à l'exception des mères injoignables, ont ensuite été contactées par téléphone à 1 mois environ après la date de l'accouchement. Les femmes qui allaitaient toujours leurs enfants à cet âge ont été recontactées lorsque leurs enfants avaient l'âge 6 mois afin de répondre à certaines questions relatives à la poursuite de l'allaitement maternel.

- Les questions posées aux mères à 1 mois comprenaient : La poursuite ou non de l'allaitement maternel à l'âge de 1 mois, l'âge d'arrêt et les raisons du sevrage précoce avant 1 mois, les raisons d'administration du lait artificiel et l'exclusivité de l'allaitement au sein avant l'arrêt et jusqu'à l'âge de 1 mois.

- Les questions posées aux mères à 6 mois comprenaient : La poursuite ou non de l'allaitement maternel à 6 mois, l'âge et les raisons du sevrage précoce avant 6 mois et l'exclusivité de l'allaitement maternel jusqu'à 6 mois.

Le questionnaire destiné aux professionnels de la santé (voir l'annexe) comprenait 3 parties :

- La première partie présentée sous forme de QCM permettant de tester leurs connaissances.
- La deuxième partie visait l'évaluation de leurs pratiques.
- La troisième partie comportait des informations personnelles sur leurs propres expériences vis-à-vis de l'allaitement maternel.

2. L'analyse statistique :

Les données ont été rassemblées puis codées et saisies sur matériel informatique au moyen du logiciel Excel et analysées à l'aide du logiciel SPSS. Les variables qualitatives ont été exprimées en effectif et pourcentage et les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne et écart-type.

La comparaison des variables qualitatives a été réalisée par le test de Khi-deux de Pearson ou le test exact de Fisher. Les analyses univariées ont été effectuées par le modèle de régression logistique et le seuil de significativité a été fixé à 0,05 ($p < 0,05$). Tous les variables dont le p était inférieur à 0,200 ont été introduits dans le modèle multivarié.



Résultats



Durant la période de l'étude, 227 mères ont été incluses dans l'échantillon et 61 professionnels de santé ont été interrogés. Leur répartition selon les trois maternités est représentée dans le tableau suivant :

TABLEAU 1 – EFFECTIFS DE L'ECHANTILLON DE NOTRE ETUDE

Maternités	Effectif	
	Professionnels de santé	Parturientes
My Abdelah	20	81
Orangers	21	90
Hôpital militaire	20	56

1. Description de l'échantillon des parturientes :

1.1. Caractéristiques socio- démographiques et génésiques :

L'étude a concerné 227 mères dont 64,8% âgée de moins de 30 ans. 95,6% étaient issues d'un milieu urbain. Presque la totalité des femmes (98,7 %) étaient mariées. 17,6 % étaient analphabètes. La majorité (84,1%) des femmes étaient mères aux foyers. 70,9% étaient de moyen niveau socio-économique. 44,5% étaient primipares, 30,8% paucipares et 24,7% multipares. La grossesse était désirée dans 70,5% des cas et la procréation était spontanée dans 95,6% des cas.

TABLEAU 2 – CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES ET GENESIQUES

Critère	Nbre	%
AGE		
<30ans	147	64,8%
>=30 ans	80	35,2%
Origine géographique		
Rural	10	4,4%
Urbain	217	95,6%
Situation matrimoniale		
Mariée	224	98,7%
Non mariée	3	1,3%
Niveau d'étude		
Analphabète	40	17,6%
Primaire	61	26,9%
Supérieur	126	55,5%
Activité professionnelle		
Sans emploi	191	84,1%
Avec emploi	36	15,9%
Niveau socio-économique		
Inconnu	1	0,4%
Bas	49	21,6%
Moyen	161	70,9%
Élevé	16	7,0%
Parité		
Primipare	101	44,5%
Paucipare	70	30,8%
Multipare	56	24,7%
Mode de procréation		
Spontanée	217	95,6%
prise médicamenteuse	10	4,4%
Le désir de grossesse		
Désirée	160	70,8%
Non-désirée	67	29,2%

1.2. Déroulement de la grossesse et consultations prénatales :

La majorité des femmes (93%) n'avaient aucun antécédent médico-chirurgical notable et 18,1% ont présenté une pathologie de la grossesse et seulement 3,5 % ont été hospitalisées pendant la grossesse. Toutes les femmes ont bénéficié au moins d'une consultation prénatale .Le suivi de la grossesse s'est déroulé pour 49,7 % des mères au centre de santé et pour 34,3 % dans une maternité et 16% dans le privé. Les $\frac{3}{4}$ des mères (76,2%) avaient bénéficié d'un nombre satisfaisant de consultations prénatales (4 consultations), mais la majorité des femmes (72,2%) n'ont pas reçu de conseil prénatal sur l'allaitement maternel et n'ont pas bénéficié d'examen de seins (64,8%) lors du suivi de la grossesse.

TABEAU 3 – DEROULEMENT DE LA GROSSESSE ET CONSULTATIONS PRENATALES

Critère	Nbre	%
Antécédent médico-chirurgical		
Non	211	93,0%
Oui	16	7,0%
Pathologie de la grossesse		
Non	186	81,9%
Oui	41	18,1%
Prise médicamenteuse durant la grossesse		
Non	186	81,9%
Oui	41	18,1%
Hospitalisation durant la grossesse		
Non	219	96,5%
Oui	8	3,5%
Motif d'hospitalisation		
Diabète	1	0,4%
Diabète gestationnel +HTA	1	0,4%
Menace d'accouchement prématuré	4	1,8%
Métrorragie	1	0,4%
TAKAYASHU	1	0,4%
Lieu de suivi de la grossesse		
Centre de santé	113	49,7%
Maternité	78	34,3%
Privé	36	16,0%
Nombre de consultations prénatales		
Quatre	173	76,2%
< quatre	54	23,7%
Examen des seins lors des consultations prénatales		
Non	147	64,8%
Oui	80	35,2%
Conseil prénatal sur l'allaitement maternel		
Non	164	72,2%
Oui	63	27,8%

1.3. L'expérience antérieure de l'allaitement au sein :

56,4% des mères paucipares ou multipares (128 mères parmi 227) ont déclaré avoir vécu l'expérience d'un allaitement au sein. Parmi elles 29,7% ont allaité moins de 6 mois, et 70,3% ont allaité au-delà de 6 mois.

La moitié des mères (49,3%) n'avaient rencontré aucun problème et ont continué de donner le sein jusqu'à l'âge de 2 ans. Quant aux autres (50,7%) , ont expliqué l'arrêt de l'allaitement au sein avant l'âge de 2 ans par: l'insuffisance lactée(38,3%),la fatigue maternelle(24,3%), le refus de prise du sein par le bébé(11,3%), les contraintes liées au travail maternel(10,4%), la grossesse(7%), les crevasses(4,3%),la maladie de la mère(4,3%). Par ailleurs, 94,7% des mères déclaraient être allaitées au sein.

TABLEAU 4 – L'EXPERIENCE ANTERIEUR DE L'ALLAITEMENT AU SEIN

Critère	Nbre	%
La durée de l'allaitement maternel antérieur		
< 6 mois	38	29,7%
>= 6mois	90	70,3%
Causes d'arrêt de l'allaitement maternel antérieur		
insuffisance lactée	44	38,3%
fatigue maternelle	28	24,3%
refus de prise du sein par le bébé	13	11,3%
crevasse	5	4,3%
Grossesse	8	7,0%
contraintes liées au travail	12	10,4%
maladie maternelle	5	4,3%
La mère elle-même allaitée		
Non	12	5,3%
Oui	214	94,7%

1.4. Les caractéristiques de l'accouchement et des nouveau-nés :

L'accouchement par voie basse a été observé chez 74,4% des parturientes. Les accouchements ont eu lieu entre 6 H et 14 H dans 34,3% des cas, et entre 14H et 22H dans 26,4% des cas et entre 22H et 6H dans 39,2 % .Les nouveau-nés eutrophiques représentaient 82,4% de l'échantillon, les macrosomes représentaient 15% et les hypotrophes 2,6%.

TABLEAU 5 – LES CARACTERISTIQUES DE L'ACCOUCHEMENT ET DES NOUVEAU-NES

Critère	Nbre	%
Horaire d'accouchement		
[6H;14H [	78	34,4%
[14H;22H [	60	26,4%
[22H;6H [	89	39,2%
Mode d'accouchement		
Césarienne	58	25,6%
Voie basse	169	74,4%
Sexe du nouveau né		
Garçon	113	49,8%
Fille	114	50,2%
Poids du nouveau né		
<2500 g	6	2,6%
[2500 g;3999 g]	187	82,4%
≥4000 g	34	15,0%

1.5. Connaissances des mères et leurs pratiques en matière de l'allaitement maternel :

Il ressort de cette étude que toutes les femmes (100%) interrogées savaient que le lait maternel est l'aliment de choix pour le nouveau-né et qu'il est bénéfique pour la santé de l'enfant. Les mères choisissaient l'allaitement au sein pour des raisons différentes : 99,1% d'entre elles déclaraient qu'elles préfèrent le lait naturel pour ces bénéfices sur la santé de l'enfant notamment il protège l'enfant contre les infections, assure un bon développement mental et diminue l'incidence des maladies allergiques. Tandis que 28,2% de mères le préfèrent pour des raisons économiques car le lait artificiel est coûteux. Et 2,6 % des parturientes pensaient que l'allaitement au sein favorise une relation intime et affectueuse entre la mère et son enfant, à noter que les femmes qui reconnaissaient les avantages psychoaffectifs de l'allaitement maternel sont toutes d'origine sahraoui. Seulement 1,3% des mères choisissaient d'allaiter au sein sur demande d'autrui (soit le conjoint, la mère ou la belle mère).

La majorité des femmes (84,1%) savaient que l'allaitement maternel est bénéfique pour la santé de la mère et parmi les avantages annoncées par les parturientes : il protège contre le cancer du sein, il favorise l'involution utérine et diminue le risque d'hémorragie en postpartum et permet comme moyen contraceptif de ménager les intervalles entre les grossesses.

89% des mères savaient que le colostrum existe et 83,3 % d'entre elles déclaraient qu'il est bénéfique pour la santé du bébé, il le protège notamment contre les infections.

Concernant le moment de choix du mode d'alimentation de leurs bébés, 71,4% des mamans avaient choisi le mode d'alimentation de leurs bébés en préconceptionnel, et 28,6% avaient pris la décision après la conception.

Concernant le premier aliment donné au nouveau-né après sa naissance, 78,4% de bébés ont reçu le lait maternel, tandis que 13,7% ont reçu une tisane (verveine), 5,7% de l'eau sucrée et 1,8% du lait artificiel avant la première tétée.

Quant à la mise au sein à la première heure après l'accouchement, 91,2% des parturientes étaient pour et présentaient une motivation à donner le sein immédiatement après l'accouchement sans pour autant connaître les raisons. Alors qu'en pratique seulement 7 femmes parmi les 227 incluses dans l'enquête avaient donné le sein dans la première heure.

L'utilisation de la sucette était désirée par 29,1% des mères. Et l'hygiène de sein était bien entretenue par la majorité des femmes (98,7%).

Concernant le nombre envisagé de tétées, 91,2% des mères savaient qu'il faut donner le sein à la demande et non pas selon des horaires fixes (8,8%).

Plus de la moitié des femmes (60,4%) comptaient allaiter jusqu'à 24 mois, 29,07% moins de 24 mois, et 0,4% (une seule femme) moins de 6 mois.

La diversification alimentaire était envisagée avant le sixième mois par 23% des mères et à partir du sixième mois par 77% d'entre elles.

Presque la moitié des parturientes (52,4%) connaissaient la modalité d'entretien de la lactation si elles sont séparées de leurs enfants pendant une période donnée. Et seulement 4% savaient la modalité de conservation du lait maternel au réfrigérateur.

Parmi les raisons avancées par le groupe de femmes qui désiraient ou qui avaient choisi le lait artificiel comme mode d'alimentation de leurs bébés, on trouve : le lait artificiel assure une meilleure satiété et croissance du bébé (55,3%), absence de bout de sein ou chirurgie mammaire (10,5%), fatigue maternelle (10,5%), absence de montée laiteuse (7,9%), le travail de la mère (5,3%), le lait artificiel prescrit par un médecin (5,3%), contre indication maternelle (2,6%), ou expérience antérieure négative vis-à-vis de l'allaitement maternel (2,6%).

En outre, les raisons d'administration d'autres liquides non lacté (une tisane ou l'eau sucrée) étaient selon les parturientes : les bénéfices de la tisane pour la santé du nouveau né pour 60 % des mères, l'absence de montée laiteuse pour 29,7%, la fatigue maternelle pour 16,4%, l'absence de bout de sein pour 4,5% et dans 2,8% de cas la tisane ou l'eau sucrée étaient recommandées par la sage femme.

La source d'information au sujet de l'allaitement maternel était représentée essentiellement par l'entourage familial (mère, le conjoint, la belle mère, sœur, voisine) dans 88,1% des cas, tandis que les professionnels de la santé n'y ont contribué que dans 49,8% des cas, et 41,4% des mères déclaraient avoir acquis par auto-information des connaissances sur l'allaitement.

2. La mise au sein précoce à la première heure suivant l'accouchement :

2.1. L'incidence de l'allaitement maternel à la première heure de vie :

Dans notre échantillon de 227 couples mère-enfant, une mise au sein à la première heure a été observée uniquement chez 7 femmes (3,1%).

Parmi ces parturientes, 4 ont accouché à la maternité de l'hôpital provincial de salé (57%), 2 à la maternité de l'hôpital militaire et une seule femme à la maternité des orangers.

2.2. Le délai de la mise au sein après l'accouchement :

Concernant les 220 mamans qui ont allaité après la première heure suivant la naissance, 9,7% d'entre elles ont donné le sein au-delà de 24 H, 52% entre 4 H et 24 H et 35,2% moins de 4 H après l'accouchement.

2.3. Description de l'échantillon des femmes qui ont donné le sein la première heure de vie :

Le tableau 6 décrit l'échantillon des parturientes qui ont réussi à donner le sein à leurs bébés à la première heure suivant leurs naissances selon certaines caractéristiques de l'accouchement et du nouveau-né.

TABLEAU 6 – DESCRIPTIF DES 7 FEMMES QUI ONT DONNE LE SEIN LA 1ERE HEURE

Critère	Nbre	%
Parité		
Primipare	1	14,3%
Paucipare	2	28,6%
Multipare	4	57,1%
Mode d'accouchement		
Césarienne	1	14,3%
Voie basse	6	85,7%
Horaire d'accouchement		
[6H;14H [	2	28,6%
[14H;22H [	2	28,6%
[22H;6H [	3	42,9%
Poids du nouveau né		
<2500 g	0	0,0%
[2500 g;3999 g]	7	100,0%
≥4000 g	0	0,0%

2.4. Les raisons du retard de la mise au sein avancées par les parturientes et les professionnels de la santé :

2.4.1 Les raisons évoquées par les parturientes :

A l'étude des raisons ayant conduit à un retard de la mise au sein au-delà d'une heure suivant la naissance, on retrouve :

- ❖ Le retard de remise du bébé à sa maman dans 61,8% de cas,
- ❖ La fatigue maternelle dans 32,3 % de cas,

- ❖ Le refus de prise du sein par le bébé dans 19,5% de cas,
- ❖ L'ignorance des mères sur la manière d'allaiter dans 6,4% de cas,
- ❖ L'absence du lait à la première heure pour 5% de parturientes,
- ❖ La non disponibilité des professionnels de santé dans 2,3 % des cas,
- ❖ Et pour 0,9% des mères le colostrum est mauvais pour la santé du nouveau né.

TABLEAU 7 – LES RAISONS DE LA MISE AU SEIN AU-DELA D'UNE HEURE DE L'ACCOUCHEMENT

Critère	Nbre	%
Retard du transfert du bébé à sa mère		
Non	84	38,2%
Oui	136	61,8%
fatigue maternelle		
Non	149	67,7%
Oui	71	32,3%
Refus de prise du sein par le bébé		
Non	177	80,5%
Oui	43	19,5%
Mère ne sait pas allaiter		
Non	206	93,6%
Oui	14	6,4%
Mère croit que le colostrum est mauvais pour la santé du bébé		
Non	218	99,1%
Oui	2	0,9%
Le lait est absent aux premières heures selon la mère		
Non	209	95,0%
Oui	11	5,0%
Professionnels de santé non disponibles pour la mise au sein à la liere heure		
Non	215	97,7%
Oui	5	2,3%

2.4.2 Les raisons évoquées par les professionnels de la santé :

Dans le recueil des réponses des professionnels de la santé, de la maternité des orangers et celle de l'hôpital provincial de salé, parmi les raisons invoquées justifiant le retard de la mise au sein après la naissance :

- Le retard de remise du nouveau-né à sa mère à cause du manque du personnel devant le flux important des parturientes.
- Les parturientes ne sont pas préparées et motivées à allaiter leurs bébés précocement après la naissance.

Tandis que l'équipe obstétricale de l'hôpital militaire justifiait le retard de la mise au sein par le retard de remise du bébé à sa mère qui est gardée à la salle de surveillance environ 4 heures après l'accouchement.

3. L'allaitement du nouveau-né de la naissance à l'âge de 1 mois :

3.1 L'incidence de l'allaitement maternel à 1 mois

La majorité des femmes (72%) ont pu être contactées par téléphone à 1 mois, les autres femmes restantes (64 femmes) étaient injoignables. Parmi les 163 mères joignables, 96% (157 mères) allaitaient toujours leurs bébés à 1 mois, et une seule femme n'avait jamais allaité à cause du refus de prise du sein par le bébé.

L'allaitement maternel exclusif durant le premier mois a été recensé chez 94 mères soit 59,9%.

3.2 Les raisons d'arrêt de l'allaitement maternel avant 1 mois :

Chez les 5 femmes ayant arrêté l'allaitement maternel avant 1 mois, les raisons évoquées pour justifier leur choix étaient :

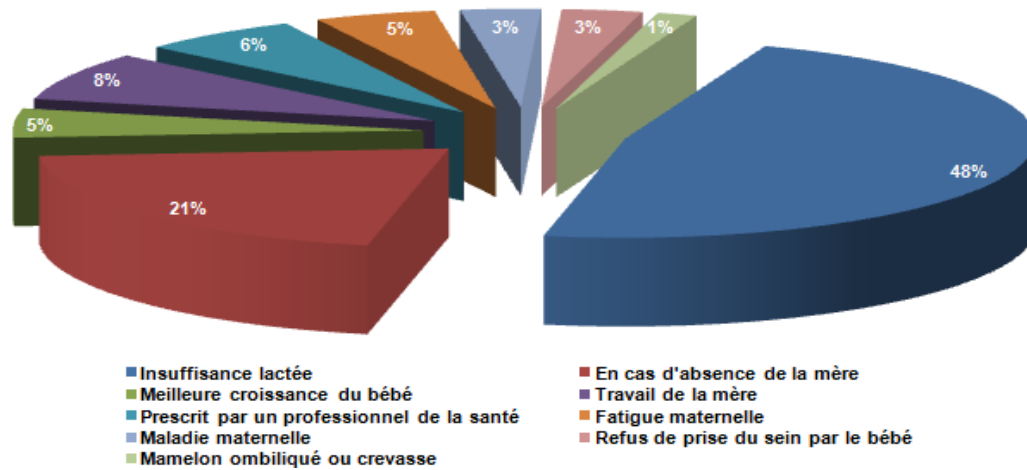
- ❖ Les crevasses pour 2 femmes,
- ❖ L'insuffisance lactée pour une seule femme,
- ❖ Le refus de prise du sein par le bébé pour une seule femme,
- ❖ La maladie maternelle pour une seule femme.

Ces 5 femmes utilisaient du lait artificiel avant d'arrêter l'allaitement maternel. Cet arrêt est survenu pour toutes ces femmes durant les 15 premiers jours du postpartum.

3.3 Les raisons d'administration du lait artificiel avant 1 mois :

Dans notre série, 47,6% des mères ont introduit un lait artificiel durant le premier mois de vie du bébé. Et les raisons d'introduction du lait artificiel, d'après les mères, sont représentées essentiellement par l'insuffisance lactée dans 48% de cas. Les autres raisons invoquées par les mères sont présentées dans la figure N°1.

FIGURE 1 – RAISONS D’ADMINISTRATION DU LAIT ARTIFICIEL AVANT L’AGE DE 1 MOIS



4. L’allaitement de l’enfant de l’âge de 1 mois à l’âge de 6 mois :

4.1 Taux de l’allaitement maternel à 6 mois :

Parmi les 157 femmes qui allaitaient toujours leurs enfants à 1 mois de vie, 76% ont continué de donner le sein jusqu’à l’âge de 6 mois.

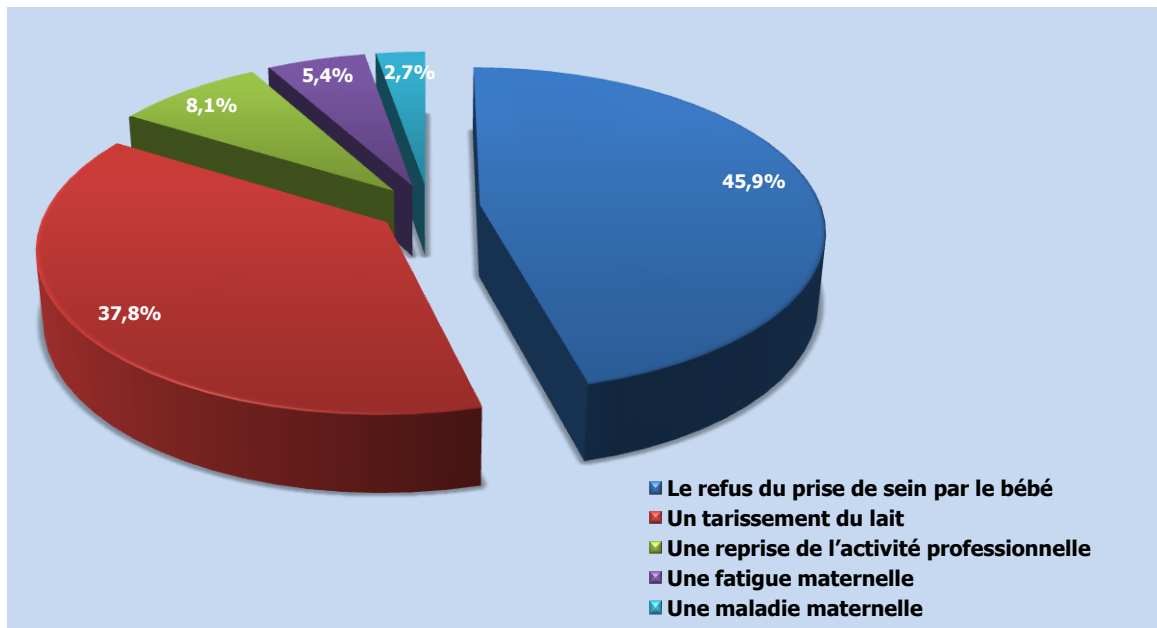
En effet le taux d’allaitement maternel à 6 mois, parmi toutes les 163 femmes joignables incluses dans l’enquête, est de 73,6%.

L’allaitement maternel exclusif jusqu’à l’âge de 6 mois a été recensé chez 36 mères soit 22%.

4.2 Raisons d’arrêt de l’allaitement maternel :

Les raisons invoquées par les 37 mères qui ont arrêté l’allaitement maternel, avant l’âge de 6 mois, sont représentées dans la figure N°2.

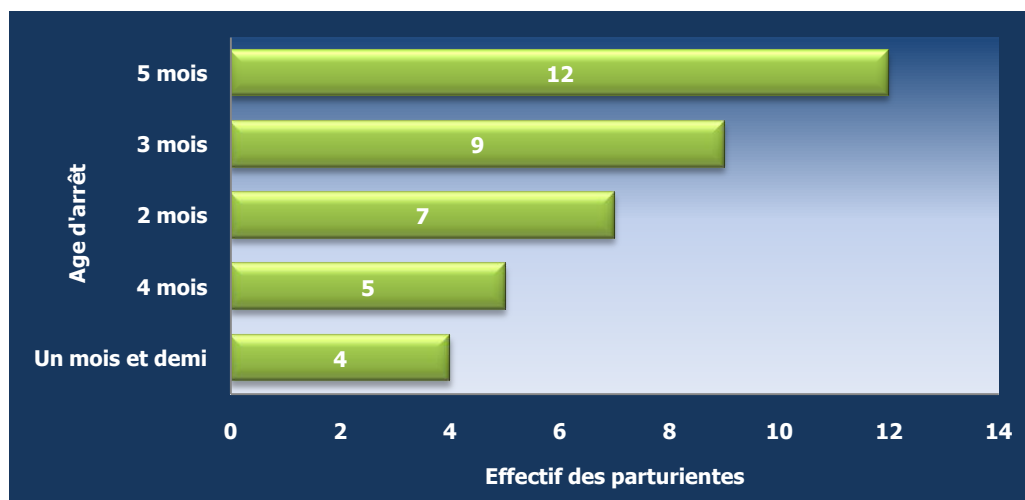
FIGURE 2 – RAISONS D'ARRET DE L'ALLAITEMENT MATERNEL AVANT 6 MOIS



4.3 Ages d'arrêt de l'allaitement maternel :

Le graphique suivant (Figure 3) représente les différentes dates d'arrêt de l'allaitement maternel de l'âge de 1 mois à l'âge de 6 mois, selon l'ordre décroissant des effectifs recensés.

FIGURE 3 – DATES D'ARRET DE L'ALLAITEMENT MATERNEL DE L'AGE DE 1 MOIS A L'AGE DE 6 MOIS



5. L'analyse statistique :

5.1 L'analyse univariée :

Afin de déterminer les facteurs associés à la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à l'âge de 6 mois, nous avons procédé à une analyse statistique en intégrant 29 variables portant sur des caractéristiques sociodémographiques et génésiques, l'expérience antérieure de l'allaitement, les caractéristiques de l'accouchement et du nouveau-né, certaines pratiques des mères vis-à-vis de l'allaitement maternel, et leurs sources d'information, le délai entre l'accouchement et la première tétée et l'exclusivité de l'allaitement maternel à 1 mois.

Parmi les 29 facteurs inclus, seulement 3 facteurs se sont révélés significatifs ($p < 0,05$) :

- La durée de l'allaitement maternel antérieur,

- Le lieu où la grossesse a été suivie,
- L'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de 1 mois.

2.4.3 La durée de l'allaitement maternel antérieur:

On constate que les femmes qui avaient allaité au sein au-delà de 6 mois, lors d'une expérience antérieure d'allaitement maternel, sont plus enclines à poursuivre l'allaitement au sein jusqu'à 6 mois lors d'une nouvelle expérience d'allaitement (Tableau 8).

TABLEAU 8 – L'INFLUENCE DE LA DUREE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL ANTERIEUR SUR LA POURSUITE DE L'ALLAITEMENT A 6 MOIS

Critère	Poursuite de l'allaitement maternel		P
	< 6 mois	> 6 mois	
La durée de l'allaitement maternel antérieur			
< 6 mois	12 (46,2%)	14 (53,8%)	0,009
>= 6 mois	11 (18,6%)	48 (81,4%)	

2.4.4 Le lieu de suivi de la grossesse :

Les femmes qui avaient suivi leurs grossesses au centre de santé avaient 2,8 fois plus de chance ($p=0,009$) de poursuivre l'allaitement maternel jusqu'à 6 mois que celles qui l'avaient suivie dans une maternité ($p=0,030$). Tandis qu'aucun lien statistique n'a été retrouvé entre le suivi de la grossesse dans le secteur privé et la poursuite de l'allaitement à 6 mois ($p=0,554$).

TABLEAU 9 – L'INFLUENCE DU LIEU DE SUIVI DE LA GROSSESSE SUR LA POURSUITE DE L'ALLAITEMENT A 6 MOIS

Lieu de suivi de la grossesse	Poursuite de l'allaitement maternel		P
	< 6 mois	> 6 mois	
centre de santé	30 (17,3%)	83 (82,7%)	0,009
Maternité	32 (37,5%)	46 (62,5%)	0,003
Privé	13 (30,8%)	23 (69,2%)	0,554

2.4.5 L'allaitement maternel exclusif à 1 mois :

Les enfants qui bénéficiaient d'un allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de 1 mois avaient 7,5 fois plus de chance que ceux qui recevaient un allaitement mixte, d'être allaités jusqu'à l'âge de 6 mois ($p < 0,001$).

TABLEAU 10 – L'INFLUENCE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF SUR LA POURSUITE DE L'ALLAITEMENT A 6 MOIS

Critère	Poursuite de l'allaitement maternel		P
	< 6 mois	> 6 mois	
Allaitement maternel exclusif à un mois			
Non	28 (44,4%)	35 (55,6%)	<0,001
Oui	9 (9,6%)	85 (90,4%)	

2.4.6 Les facteurs non significatifs

Les tableaux suivants (Tableaux 11 ; 12 ; 13 ; 14) représentent les différents facteurs non significatifs ($p > 0,05$), inclus dans l'analyse univariée.

TABLEAU 11 – LES FACTEURS PREDICTIFS DE L'ALLAITEMENT EN FONCTION DES CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Critère	Poursuite de l'allaitement maternel		P
	< 6 mois	> 6 mois	
AGE			
<30 ans	28 (25,5%)	82 (74,5%)	0,699
>=30 ans	15 (28,3%)	38 (71,7%)	
Origine géographique			
Rural	1 (14,3%)	6 (85,7%)	0,469
Urbain	42 (26,9%)	114 (73,1%)	
Situation matrimoniale			
Mariée	42 (26,3%)	118 (73,8%)	0,783
Non mariée	1 (33,3%)	2 (66,7 %)	
Niveau d'étude			
Analphabète	7 (25,9%)	20 (74,1%)	0,978
Primaire	13 (25,5%)	38 (74,5%)	
Supérieur	23 (27,1%)	62 (72,9%)	
Activité professionnelle			
Sans emploi	36 (25,9%)	103 (74,1%)	0,738
Avec emploi	7 (29,2%)	17 (70,8%)	
Niveau socio-économique			
Bas	14 (31,8%)	30 (68,2%)	0,398
Moyen	26 (25,2%)	77 (74,8%)	
Élevé	3 (20%)	12 (80%)	

TABLEAU 12 – FACTEURS PREDICTIFS DE L'ALLAITEMENT EN FONCTION DES CARACTERISTIQUES DE LA GROSSESSE, DE L'ACCOUCHEMENT ET DU NOUVEAU-NE

Critère	Poursuite de l'allaitement maternel		P
	< 6 mois	> 6 mois	
Antécédent médico-chirurgical			
Oui	2 (22,2%)	7 (77,8%)	0,771
Non	41 (26,6%)	113 (73,4%)	
Parité			
Primipare	20 (25,6%)	58 (74,4%)	0,89
Paucipare	14 (27,5%)	37 (72,5%)	
Multipare	9 (26,5%)	25 (73,5%)	
Mode de procréation			
Spontanée	40 (25,8%)	115 (74,2%)	0,469
prise médicamenteuse	3 (37,5%)	5 (62,5%)	
Le désir de grossesse			
Désirée	30 (25,9%)	86 (74,1%)	0,814
Non-désirée	13 (27,7%)	34 (72,3%)	
Conseil prénatal sur l'allaitement maternel			
Non	26 (22,6%)	89 (77,4%)	0,093
Oui	17 (35,4%)	31 (64,6%)	
Pathologie de la grossesse			
Non	38 (27,5%)	100 (72,5%)	0,434
Oui	5 (20%)	20 (80%)	
Prise médicamenteuse durant la grossesse			
Non	38 (27,5%)	101 (72,7%)	0,506
Oui	5 (20,8%)	19 (79,2%)	
Hospitalisation durant la grossesse			
Non	38 (27,3%)	101 (72,7%)	0,465
Oui	5 (20,8%)	19 (79,2%)	
Mode d'accouchement			
Césarienne	8 (21,1%)	30 (78,9%)	0,397
Voie basse	35 (28%)	90 (72%)	
Sexe du nouveau né			
Garçon	26 (29,9%)	61 (70,1%)	0,279
Fille	17 (22,4%)	59 (77,6%)	
Poids du nouveau né			
<2500 g	1 (33,3%)	2 (66,7%)	0,193
[2500 g;3999 g]	32 (23,9%)	102 (76,1%)	
≥4000 g	10 (38,5%)	16 (61,5%)	

**TABLEAU 13 – FACTEURS PREDICTIFS DE L'ALLAITEMENT EN FONCTIONS DES
ATTITUDES ET PRATIQUES DES MERES**

Critère	Poursuite de l'allaitement maternel		P
	< 6 mois	> 6 mois	
Le moment de choix du type d'alimentation			
Avant la grossesse	56 (28,1%)	106 (71,9%)	0,455
Après la grossesse	19 (23,4%)	46 (76,6%)	
Le délai entre l'accouchement et la première tétée			
< 1H	3 (60,0%)	2 (40,0%)	0,950
Entre 1 H et 4 H	12 (21,1%)	45 (78,9%)	
> 4 H	25 (27,8%)	65 (72,9%)	
Au-delà de 24 H	3 (27,3%)	8 (72,7%)	
Le mode d'alimentation initialement choisi par la mère			
Allaitement maternel	35 (25,5%)	102 (74,5%)	0,77
Formule lactée	1 (33,3%)	2 (66,7%)	
Tisane	5 (38,5%)	8 (61,5%)	
Eau sucrée	2 (20%)	8 (80%)	
Utilisation de tétine artificielle ou sucette			
Non	27 (23,3%)	89 (76,7%)	0,165
Oui	16 (34%)	31 (66%)	
La mère elle-même allaitée			
Non	1 (16,7%)	5 (83,3%)	0,582
Oui	42 (26,9%)	114 (73,1%)	
La durée envisagée de l'allaitement maternel			
< 24 mois	21 (31,8%)	45 (68,2%)	0,194
>=24 mois	22 (22,7%)	75 (77,3%)	

TABLEAU 14 – LES FACTEURS PREDICTIFS DE L'ALLAITEMENT EN FONCTION DE LA SOURCE D'INFORMATION DES MERES

Critère	Poursuite de l'allaitement maternel		P
	< 6 mois	> 6 mois	
	La source d'information		
<i>Entourage familiale</i>			
Non	6 (28,6%)	15 (71,4%)	0,807
Oui	37 (26,1%)	105 (73,9%)	
<i>Professionnel de la santé</i>			
Non	16 (21,1%)	60 (78,9%)	0,151
Oui	27 (31%)	60 (69%)	
<i>Auto-information</i>			
Non	21 (24,7%)	64 (75,3%)	0,613
Oui	22 (28,2%)	56 (71,8%)	

5.2 L'analyse multivariée :

Le but de l'analyse multivariée est de déterminer les éventuelles interactions entre les différents facteurs. Nous avons inclus tous les facteurs dont le p est inférieur ou égal à 0,200 dans l'analyse multivariée.

TABLEAU 15 – LES RESULTATS DE L'ANALYSE MULTIVARIEE

Critère	P	OR	IC pour Exp(B) 95,0%	
			Inférieur	Supérieur
Conseil prénatal	0,680	1,361	0,314	5,891
Poids du nouveau-né	0,001	0,360	0,102	1,266
Durée de l'allaitement maternel antérieur	0,027	4,087	1,170	14,273
la source d'information: professionnels de santé	0,630	0,237	0,520	1,078
Allaitement maternel exclusif à 1 mois	0,120	4,820	1,406	16,570
le lieu de suivi de la grossesse	0,920	1,038	0,506	2,128

Selon le modèle multivarié, deux facteurs ont été retenus comme influençant la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à 6 mois.

Le premier facteur était « l'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de 1 mois » ($p=0,012$; $OR=4,827$). En effet, les femmes qui avaient allaité leurs enfants par du lait maternel exclusif jusqu'à l'âge de 1 mois, en l'absence de tout apport autre que le lait maternel dont les biberons de complément même occasionnels, l'eau et les tisanes, avaient 4,8 fois plus de chance de poursuivre l'allaitement maternel jusqu'à l'âge de 6 mois.

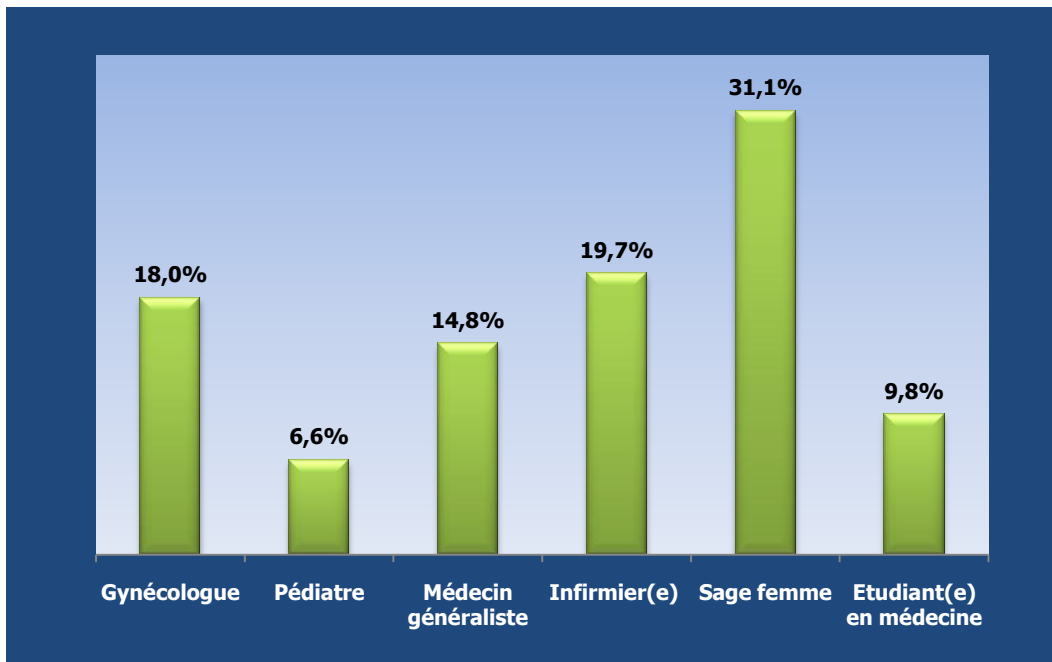
Le deuxième facteur était « l'allaitement maternel au-delà de 6 mois lors d'une expérience antérieure » ($p=0,027$; $OR=4,087$). Ainsi les femmes qui avaient allaité leurs enfants pendant une période supérieure ou égale à 6 mois, lors d'une expérience antérieure de l'allaitement maternel, avaient 4 fois plus de chance que

les autres femmes qui avaient allaité pendant une période moins de 6 mois de poursuivre l'allaitement au sein jusqu'à 6 mois lors de cette nouvelle expérience d'allaitement.

6. La description de l'échantillon des professionnels de la santé :

61 professionnels de la santé, s'occupant des couples mère-enfant, étaient inclus dans l'évaluation et répartis de façon équitable sur les 3 maternités : 20 personnes de la maternité de l'hôpital militaire, 20 de la maternité de l'hôpital provincial de Salé et 21 de la maternité des orangers. Parmi eux 21,3% étaient de sexe masculin et 78,7% de sexe féminin. L'âge moyen était de 34 (écart type [ET] =7,78) ans avec des extrêmes allant de 22 à 60 ans. L'échantillon a comporté des personnels soignants de différents statuts professionnels : Des gynécologues, des pédiatres, des médecins généralistes, des infirmiers(e), des sages femmes et des étudiants(e) en médecine. Leurs proportions sont représentées dans le graphique ci-dessous (Figure 4).

FIGURE 4 – REPARTITION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTE PAR PROFIL



7. Les connaissances des professionnels de la santé :

Le tableau 16 décrit les connaissances d'ordre théorique des professionnels de la santé des 3 maternités en indiquant les pourcentages de réponse pour chaque question.

TABLEAU 16 – L’EVALUATION DES CONNAISSANCES THEORIQUES DES PROFESSIONNELS DE LA SANTE

Critère	Pourcentage
Les bénéfiques de l’allaitement maternel	
Prévient l’otite, la gastroentérite, les infections respiratoires chez l’enfant	8,2%
Réduit le taux des hospitalisations des enfants	6,5%
Favorise le développement psychomoteur du bébé et assure un bon développement de ses mâchoires	9,9%
Réduit le risque du cancer de sein et de l’utérus chez la mère	11,5%
Toutes les réponses sont justes	63,9%
L’âge de la diversification alimentaire	
2ème mois	0,0%
4ème mois	14,8%
6ème mois	82,0%
9ème mois	3,3%
Les médicaments contre indiqués au cours de l’allaitement maternel	
Amoxicilline	1,6%
Fluconazole	19,8%
Technetium-99m	23,0%
Fluconazole+Technetium-99m	34,4%
Prédnisone à faible dose	9,8%
Ibuprofène	11,4%
Les situations qui contre indiquent l’allaitement maternel	
Q1 : Nourrisson atteint de galactosémie	6,5%
Q2 : Hépatite B ou C maternelle	3,3%
Q3 : Mère HIV positif	16,4%
Q4 : Engorgement mammaire	3,3%
Q1+Q3	3,3%
Q2+Q3	45,9%
Q3+Q4	3,3%
Q2+Q3+Q4	23,0%
L’hormone responsable de l’éjection du lait	
Œstrogène	0%
Progestérone	0%
Prolactine	73,8%
Ocytocine	26,2%
La composition du colostrum par rapport au lait mature	
Moins de sodium, potassium, chlorure	3,2%
Plus de graisse et de sodium	6,6%
Plus de protéines, de sodium et de vitamines liposolubles	77%
Plus de vitamines hydrosolubles	13,1%
La cause de l’engorgement mammaire	
Un taux élevé en prolactine	4,9%
Les tétées peu fréquentes	91,8%
Dépression du post-partum	3,3%
Anesthésie péridurale	0%
La cause la plus fréquente de l’insuffisance de prise pondérale parmi les enfants allaités au sein durant le premier mois après la naissance	
Désordres métaboliques du nourrisson	3,3%
Allaitement au sein peu fréquent	67,2%
Contenu faible en graisse du lait maternel	6,6%
Malnutrition maternelle	23%

**TABLEAU 16 (SUITE) – L’EVALUATION DES CONNAISSANCES THEORIQUES DES
PROFESSIONNELS DE LA SANTE**

Critère	Pourcentage
Les causes de diminution de la production lactée	
Rétention placentaire	6,6%
Mère tabagique	14,8%
Fatigue et stress maternel	18,0%
Les médicaments diurétiques	16,4%
Toutes les réponses sont justes	21,3%
La fréquence recommandée des tétées	
Toutes les heures	6,6%
Toutes les 2 heures	14,8%
Toutes les 3 heures	18,0%
Toutes les 4 heures	8,2%
A la demande	52,5%
L’allaitement maternel au Maroc est considéré actuellement un problème de santé publique	
VRAI	72,1%
FAUX	27,9%
Etes vous au courant de l’initiative « hôpital ami des bébés »	
OUI	23,0%
NON	77,0%
l’OMS a recommandé : « un allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois de vie et sa poursuite jusqu’à 2 ans » en :	
1999	27,9%
2001	44,3%
2000	27,9%

Le tableau 17 décrit les connaissances d'ordre pratique des professionnels de la santé des 3 maternités en indiquant les pourcentages de réponse pour chaque question. Ces questions visaient l'évaluation des attitudes pratiques des professionnels de santé en matière de la mise au sein précoce, de l'entretien de la lactation en cas de séparation de la mère de son bébé, des techniques de l'allaitement au sein, et des différentes actions de promotion de l'allaitement maternel.

TABLEAU 17 – L’EVALUATION DES CONNAISSANCES D’ORDRE PRATIQUE DES PROFESSIONNELS DE LA SANTE

Critère	Pourcentage
La meilleure méthode pour prévenir l’hypoglycémie chez le nouveau-né bien portant	
La surveillance de la glycémie toutes les 30 min après l’accouchement	6,60%
Soluté glucosé par voie orale immédiatement après la naissance	18,00%
l’allaitement au sein précoce dans 30-60 min après l’accouchement	75,40%
Les situations qui obligent de retarder la première tétée >1H de l’accouchement:	
Q1 : Anesthésie péridurale	4,90%
Q2 : Fatigue maternelle	8,20%
Q1+Q2	29,50%
aucune réponse n’est juste	57,40%
La modalité d’entretien de la lactation en cas de séparation de la mère de son enfant pendant une nuit de travail	
Pomper le lait et le garder jusqu’à 24h sans avoir besoin du réfrigérateur	8,20%
Pomper le lait et le jeter	27,90%
la mère n’a pas besoin d’utiliser le tire lait car le temps de séparation est court	8,20%
Pomper le lait et le préserver dans le réfrigérateur à une température inférieure 4°C	55,70%
Les pratiques recommandées pour encourager l’allaitement maternel	
L’initiation de l’allaitement maternel une heure après la naissance	6,60%
Éviter l’utilisation de tétines artificiels ou sucette	8,20%
La cohabitation mère -nouveau né 24h/j	3,30%
La promotion de l’allaitement maternel durant les consultations prénatales	14,80%
Toutes ces pratiques sont recommandées	67,10%
La promotion de l’allaitement maternel en anténatal	
Examiner les seins au cours des consultations prénatales	4,90%
Informar la mère sur les avantages et les techniques de l’allaitement maternel	11,50%
Identifier les entraves et les contre-indications de l’allaitement maternel	8,20%
Toutes ces pratiques sont recommandées	75,40%
Avez-vous bénéficié d’une formation sur les techniques de l’allaitement maternel ?	
OUI	37,70%
NON	62,30%
Les positions de l’allaitement au sein	
P1*	31,10%
P2*	14,70%
P3*	16,40%
Toutes ces positions sont correctes	37,70%
la bonne technique de prise du sein par le bébé	
T1*	59,00%
T2*	41,00%
La succion qui suit le rythme « bouche grande ouverte, pause, bouche fermée » indique que le bébé prend bien le sein et qu’il avale de grandes lampées de lait. :	
VRAI	45,90%
FAUX	54,10%

*P1 : La mère doit placer le bébé sur le coté et lui ramener les genoux vers elle, l'oreille, l'épaule, la hanche du bébé forment une ligne droite, le dos du bébé est soutenu par l'avant-bras de la mère tandis que sa main entoure ses fesses ou sa cuisse

*P2 : Le bébé fait face à sa mère, blotti contre elle sous son bras, la partie inférieure de son corps repose sur un oreiller, la partie supérieure du dos du bébé repose sur l'avant bras de la mère et la main de celle-ci soutient la nuque du bébé

*P3 : La mère repose sur le coté et le bébé repose sur le coté face à sa mère, le dos soutenu par son avant bras. les genoux du bébé sont rapprochés du corps de la mère. Pour garder le bébé face à elle, la mère peut placer un petit oreiller derrière le dos du bébé

*T1 : Le bébé doit prendre une bouchée assez grande de l'aréole avec les lèvres retroussées pour qu'il puisse comprimer les sinus lactifères contre son palais osseux

*T2 : Le bébé doit comprimer la base du mamelon par ses lèvres pour en tirer efficacement le lait

8. Les pratiques des professionnels de la santé :

Les pratiques des Professionnels de la santé ont été évaluées à l'aide d'un questionnaire qui précise le nombre de fois où certaines actions de promotion de l'allaitement maternel ont été effectuées durant les 6 mois précédant l'enquête.

Le Tableau 18 représente le taux des professionnels de la santé relatif à la fréquence de chaque action entreprise pour promouvoir l'allaitement maternel, pendant 6 mois d'exercice, au sein des trois maternités.

TABLEAU 18 – LES PRATIQUES DES PROFESSIONNELS DE SANTE DURANT LES 6 MOIS PRECEDANT L'ENQUETE :

	Jamais	1 à 2 fois	3 à 4 fois	5 fois ou plus
1. informer la mère sur les avantages de l'allaitement maternel	4,9%	14,8%	18,0%	62,3%
2. informer la mère sur les techniques de l'allaitement au sein	21,3%	19,7%	27,9%	31,1%
3. montrer à la mère comment entretenir l'allaitement au sein si elle est séparée de son bébé.	50,8%	21,3%	13,1%	14,8%
4. régler les problèmes liés à l'allaitement au sein (mastite, crevasse...)	16,4%	47,5%	16,4%	19,7%
5. offrir un conseil prénatal sur l'allaitement maternel	13,1%	21,3%	19,7%	45,9%
6. interroger une mère qui allaite sur les médicaments qu'elle prend.	41,0%	16,4%	8,2%	34,4%
7. prescrire :				
*lait artificiel	50,8%	26,2%	13,1%	9,8%
*sucette	90,2%	6,6%	0,0%	3,3%
*biberon	59,0%	24,6%	9,8%	6,6%
8. remettre le bébé à sa mère dans la 1 ^{ère} heure après l'accouchement.	23,0%	31,1%	14,8%	31,1%
9. encourager un allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois et sa poursuite jusqu'à 2 ans.	3,3%	9,8%	37,7%	49,2%

9. L'expérience personnelle des professionnels de la santé en matière de l'allaitement maternel :

Le taux des professionnels de la santé qui n'ont jamais offert à leur dernier enfant la chance de l'allaitement au sein au profit du lait artificiel était 16,2%. En plus, moins de la moitié d'entre eux (40,5%) ont donné du lait maternel exclusif jusqu'à 6 mois. Et 43,2% ont arrêté précocement l'allaitement maternel avant l'âge de 6 mois de leur enfant.



Discussion



L'allaitement maternel est un processus très ancien qui date de plus de 200 millions d'années alors que l'allaitement artificiel ne date que d'une centaine d'années .Cela signifie que la période biberon est apparue très récemment et n'occupe qu'un laps de temps extrêmement court dans l'histoire de l'homme [10]. Cependant, l'abondance de l'allaitement maternel prend des dimensions de plus en plus importantes dans notre pays [8,10]. Ainsi, le principal enjeu demeure l'identification des facteurs qui affectent sa prévalence et sa durée afin de faire face à son déclin progressif.

Les résultats de notre étude nous ont permis d'évaluer la prévalence de l'allaitement maternel dans notre pratique quotidienne, de décrire la pratique de l'allaitement par les mères et les professionnels de santé, et de déterminer certains facteurs influençant qui serviraient de base pour les stratégies de promotion de l'allaitement maternel.

1. Prévalence de l'allaitement maternel :

Dans plusieurs pays industrialisés, la pratique de l'allaitement au sein a repris de la vigueur précisément en Europe du nord, à titre d'exemple le taux d'allaitement maternel exclusif à l'âge de 6 mois en suède était de 65%(en l'an 2000) [10].

Pourtant, au Maroc, l'abandon de l'allaitement maternel constitue actuellement un véritable problème de santé publique [9]. En effet malgré, les efforts d'information et d'éducation, la situation se dégrade comme en témoignent les données successives des enquêtes nationales sur la population et la santé de 1992,1997à 2004 où le taux de l'allaitement maternel exclusif à l'âge de 6 mois est passé respectivement de 51%, 41% à 32% [10].

Les données de l'enquête nationale de 2004 restent compatibles avec celles de certains pays, à titre d'exemple le taux de l'allaitement maternel exclusif à 6 mois est de 38% en Syrie, 34 % au Canada, 32% en Suisse, 28% en Egypte, 27 % au Royaume-Uni [10,54].

En outre, la dernière enquête nationale sur l'allaitement maternel réalisée en 2006-2007 montre que seulement 15% des enfants âgés de 0 à 5 mois sont allaités exclusivement au sein [11]. A l'opposé, en 2006, ce taux était très bas en France (5%), en Tunisie (6,2%) [10,54] et en Algérie (6,9%) [55].

Les résultats de notre étude prospective, montrent que le taux d'allaitement maternel exclusif à 6 mois rejoint à peu près les données nationales [10,11], et reste largement en dessous des recommandations internationales [56]. Sachant qu'un nombre non négligeable (28%) de parturientes étaient injoignables lors du suivi par téléphone, la prévalence de l'allaitement maternel est donc possiblement sous ou surévaluée. En effet, cette prévalence à 1 mois est de 96%, à 6 mois est de 73,6% et le taux d'allaitement maternel exclusif à 6 mois (en l'absence de tout apport autre que le lait maternel, dont le biberon de complément même occasionnel et l'eau [57]) est seulement de 22%.

2. La mise au sein à la première heure du postpartum

2.1. L'importance et les avantages de la première tétée :

L'initiation de l'allaitement au sein dans l'heure qui suit la naissance est l'une des Dix étapes pour réussir l'allaitement maternel sur lesquelles a été basée et lancée l'initiative hôpitaux amis des bébés en 1992. La quatrième étape est :

« Aider les mères à commencer l'allaitement au sein dans une demi-heure qui suit la naissance ». [30]

En outre, parmi les recommandations de l'OMS et de l'UNICEF relatives à l'alimentation optimale des nourrissons: « un allaitement maternel précoce dans l'heure qui suit la naissance » [31].

Cette recommandation est compatible avec l'attitude naturelle et instinctive du nouveau né après sa naissance. En effet, il arrive au monde très tonique capable de soulever sa tête, de sentir la texture d'un tissu, de repérer certaines odeurs en particulier l'odeur qui émane de l'aréole de sa maman et qui constitue un signal très puissant. Guidé par cette odeur, le nouveau né posé sur sa mère peau à peau, mobilise toutes ses compétences pour trouver le sein et amorcer sa première tétée [32].

Grace au reflexe de succion présent dès la naissance, le nouveau né est capable au bout d'une heure en moyenne de réussir sa première tétée. Mais ce reflexe diminuent progressivement vers la 6ème heure pour ne réapparaître que 48 h plus tard [33]. Donc, Un des buts d'une équipe obstétrico-pédiatrique qui souhaite promouvoir l'allaitement devrait être de mettre rapidement l'enfant au sein [34] pour ne pas perdre ce moment favorable au démarrage de l'allaitement pour le nouveau né et pour sa mère.

En outre, la première mise au sein doit être précoce car elle permet au nouveau né de bénéficier des avantages du colostrum [35], prévient l'hypoglycémie, favorise l'élimination du méconium et stimule les seins pour provoquer une montée laiteuse plus rapide [33]. Chez la mère elle stimule l'excrétion du lait par stimulation de la sécrétion hormonale de l'ocytocine. Cette

hormone favorise aussi l'involution utérine et prévient ainsi les complications de la délivrance [36].

Plusieurs études ont montré qu'une première tétée précoce et réussie est la meilleure garantie de succès des tétées suivantes [32], car si les premières tétées sont bonnes, le nouveau-né cherchera à les reproduire et la maman va acquérir la confiance en elle-même de sa capacité d'allaiter naturellement son bébé tout en renforçant le lien affectif entre la mère et son enfant.

Dans le cas contraire si le démarrage d'un l'allaitement maternel précoce est cerné par des difficultés, le nouveau-né cherchera à éviter l'expérience désagréable des tétées ainsi le transfert de lait risque d'être insuffisant. Cela peut entraîner une perte de poids excessive chez le nouveau-né avec à court terme un risque de déshydratation plus au moins sévère, ou à plus long terme un risque de stagnation pondérale avec malnutrition [37]. outre ces complications, plusieurs études ont mis en évidence l'association entre les difficultés de la mise en place de l'allaitement au sein et la survenue d'un sevrage précoce non désiré au profit d'un allaitement au lait artificiel ou de ses compléments [38,39].

Il semblerait que l'expérience initiale d'allaitement influence fortement sa durée [40]. Les femmes qui ont vécu une expérience d'allaitement initiale plutôt négative poursuivent moins facilement l'allaitement, malgré l'intention qu'elles pouvaient avoir avant la naissance. Toutefois il y a lieu de ne pas généraliser car certaines femmes qui ont réussi à surmonter les difficultés éprouvent par la suite un sentiment de plus grande auto-efficacité.

A la Trente-quatrième session du Comité permanent sur la nutrition en 2007 [41], le groupe de travail sur l'allaitement maternel a démontré que sur le plan mondial, la mortalité néonatale peut être réduite de 31% si 99% de nouveau-nés sont allaités à la première heure après la naissance. Et « **Le nombre de vie qui pourrait être sauvé est estimé de plus d'un million** »

Les auteurs ont conclu que l'initiation de l'allaitement maternel à la première heure de vie est l'un des objectifs majeurs du millénaire pour la lutte contre la mortalité infantile [41].

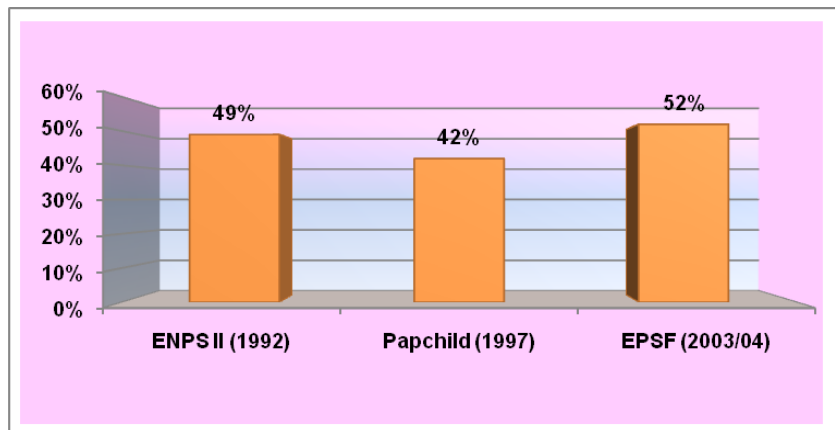
2.2. L'incidence de l'allaitement maternel à la première heure de vie

Dans notre série, le taux des mères qui ont réussi à donner le sein à leurs nouveau-nés est très bas (3,1%) et plus de la moitié d'entre elles ont accouché à l'hôpital provincial de Salé.

Alors que 91,6% des parturientes étaient motivées à allaiter à la première heure après l'accouchement. Ce qui signifie que les mères rencontrent d'énormes difficultés lors du démarrage de leur allaitement et qu'elles ne sont pas ou peu soutenues par les professionnels de la santé lors de cette étape cruciale de la mise en place de l'allaitement maternel.

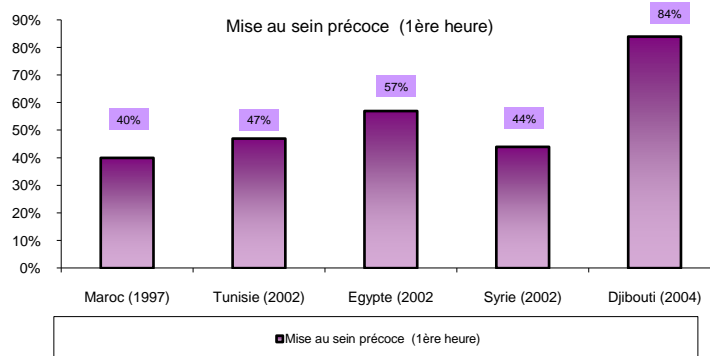
Au niveau national, le taux de la mise au sein précoce reste faible. Ceci est représenté sur le graphique ci-dessous (Figure 5) qui montre l'évolution de la mise au sein précoce après l'accouchement (avant une heure) d'après les 3 études réalisées par le ministère de la santé de 1992 à 2004 [42]:

FIGURE 5 – L'ÉVOLUTION DES TAUX DE LA MISE AU SEIN PRÉCOCE AU MAROC



Le taux de la mise au sein précoce au Maroc rejoint celui de certains pays arabe comme l'Égypte, la Tunisie et la Syrie. A l'opposé, il est plus élevé en Djibouti [10]. (Figure 6)

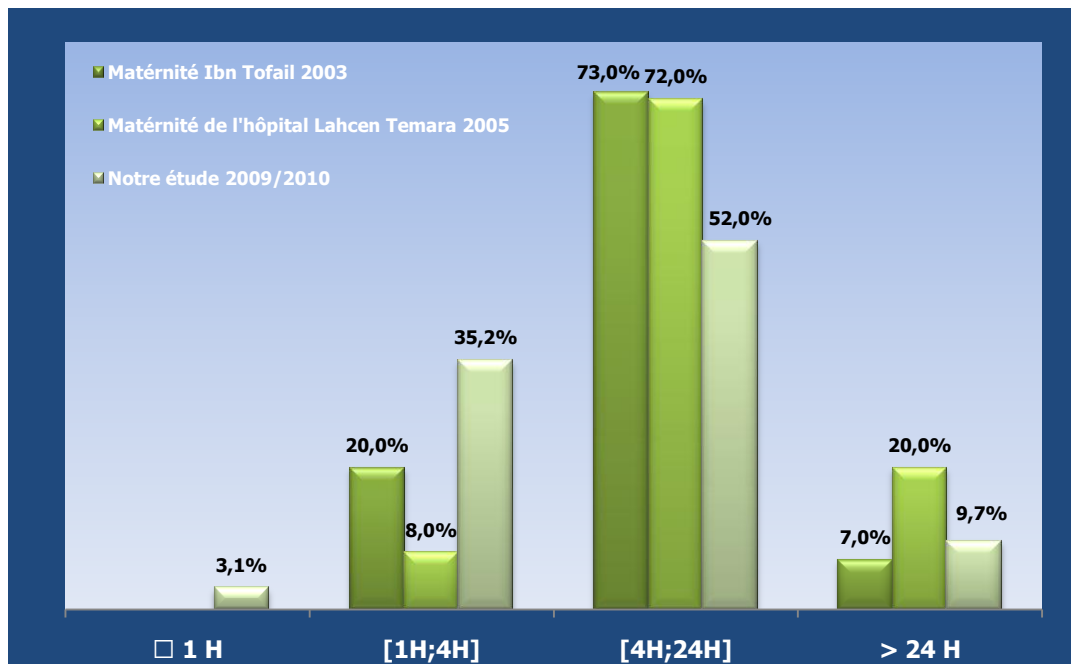
FIGURE 6 – LA COMPARAISON DES TAUX DE LA MISE AU SEIN PRÉCOCE DANS CERTAINS PAYS



2.3. Le délai entre l'accouchement et la première tétée :

Deux études ,relatives aux pratiques de l'allaitement maternel à la maternité [42] , réalisées en 2001 et en 2003 respectivement à la maternité Ibn Tofail de Marrakech et à la maternité de l'hôpital provincial Sidi Lahcen de Temara à Rabat, nous ont permis de faire la comparaison suivante concernant le délai de mise au sein du nouveau-né :dans les 3 études, le délai de plus représenté est entre 4H et 24H, alors qu'il n'est jamais moins d'une heure au niveau des 2 maternités de l'hopital Ibn tofail et de l'hôpital Sidi Lahcen et dans notre étude ce dernier délai concerne seulement 3,1% des femmes incluses dans l'enquête (Figure 7).

FIGURE 7 – COMPARAISON DU DELAI DE MISE AU SEIN APRES L'ACCOUCHEMENT



2.4. Les facteurs associés à la mise au sein précoce :

2.4.1. Les caractéristiques sociodémographiques et la première tétée:

L'enquête du ministère de la santé sur la population et la santé familiale (EPSF) réalisée en 2003-2004 expose la relation de l'allaitement à la première heure et le premier jour suivant la naissance avec certaines caractéristiques socio-démographiques [43].

Le tableau 19 présente les résultats concernant le moment auquel a débuté l'allaitement. La quasi-totalité des enfants ont été allaités durant le jour qui a suivi leur naissance (89%). Par contre, pour seulement un peu plus de la moitié des enfants (52%), l'allaitement a débuté dans l'heure qui a suivi la naissance. Les enfants du milieu rural (58%), ceux dont la mère n'a aucune instruction (56%), ceux dont la mère a accouché avec l'assistance d'une accoucheuse traditionnelle (64%) et ceux dont la naissance a eu lieu à domicile (66%) sont ceux qui ont le plus fréquemment bénéficié d'un allaitement précoce.

TABLEAU 19 – POURCENTAGE DES NOUVEAU- NÉS QUI ONT BÉNÉFICÉ D'UN ALLAITEMENT PRÉCOCÉ SELON CERTAINES CARACTÉRISTIQUES SOCIO- DEMOGRAPHIQUES [43]:

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage allaité au sein	Effectif d'enfants	Pourcentage allaité dans l'heure ayant suivi la naissance	Pourcentage allaité dans les 24 heures ayant subi la naissance
Sexe				
Masculin	94,5	3036	52,5	89
Féminin	95,6	3006	51,5	89,2
Résidence				
Urbain	93,6	3051	45,6	86,5
Rural	96,5	2991	58,4	91,6
Niveau d'instruction de la mère				
Aucune instruction	95,5	3783	55,6	91,6
Primaire	94	1086	51,5	90,5
Secondaire ou plus	94,7	1174	41	79,8
Assistance à l'accouchement				
Professionnel de la santé	93,7	3784	43,6	86,7
Accoucheuse traditionnelle	97,3	1246	64,3	93,2
Autre	97,5	929	68,5	94,4
Personne	97,1	57	66,3	95,6
Lieu d'accouchement				
Centre de santé	93,7	3675	86,6	86,6
À domicile	97,2	2328	93,5	93,5
Quintile de bien-être				
Le plus pauvre	96,8	1427	91,9	91,9
Second	95,9	1384	91,7	91,7
Moyen	94,4	1232	89,7	89,7
Quatrième	93,8	1001	87,8	87,8
Le plus riche	93,6	999	81,8	81,8
Ensemble	95,1	6043	89,1	89,1

2.4.2. La parité et la première tétée :

Selon notre enquête, les mères qui avaient déjà vécu une expérience antérieure de l'allaitement maternel étaient plus préparées et motivées à donner le sein à la première heure après la naissance. Ceci peut s'expliquer par la confiance de la mère en elle-même d'allaiter [44] et par sa capacité à gérer le stress de l'accouchement. Il est important de noter que le stress influe considérablement sur la lactation en stimulant le système nerveux central et inhibant le réflexe d'éjection et donc la sécrétion de l'ocytocine [45]. Ainsi, les mères qui n'ont jamais vécu une expérience antérieure d'allaitement, expriment plus de stress, ce qui retarde et diminue la sécrétion de l'ocytocine.

Ce qui souligne l'importance de l'information et de la sensibilisation particulières des primipares au sujet de la première tétée, durant les consultations prénatales, et aussi l'importance de les aider pour donner le sein à la première heure après l'accouchement.

2.4.3. Le mamelon atypique et la première tétée :

Aucune parturiente, parmi celles qui ont allaité leurs bébés à la première heure, ne présentait une forme atypique du mamelon.

Deux études, l'une réalisée au département de nutrition à l'université de Californie en 1999 [46] et l'autre au CHU de BREST en France en 2005 [47], ont retrouvé une association significative entre la forme de mamelon inhabituel (plat ou rétracté) et le retard de prise du sein après l'accouchement.

Physiologiquement, la prise du sein n'implique pas uniquement le mamelon mais celui-ci ainsi qu'une bonne partie de l'aréole [48]. Donc, un impact psychologique de l'existence de mamelon atypique sur les conduites d'allaitement ou un impact des croyances du personnel de maternité ne peut être exclu.

D'où le rôle des professionnels de la santé dans le soutien adapté aux mamans présentant des mamelons atypiques durant les consultations prénatales et en post-partum immédiat.

2.4.4. le mode d'accouchement et la première tétée :

Au niveau des maternités où notre étude s'est déroulée, il s'est avéré que les femmes qui avaient accouché par césarienne, rencontraient d'énormes difficultés dans le démarrage de l'allaitement au sein. En effet, elles restaient plus longtemps dans la salle de surveillance ce qui augmentait le temps de séparation du bébé de sa mère. Par ailleurs, elles n'étaient pas informées sur les positions de l'allaitement adaptées à la césarienne ce qui rendait difficile de positionner le nouveau né au sein. En plus, l'indifférence et le manque d'information de l'équipe obstétricale, alliés au soutien apporté en routine aux parturientes, font qu'en cas de césarienne, les nouveaux nés n'étaient que rarement mis au sein dans l'heure qui suit la naissance.

En ce qui concerne le type **d'anesthésie utilisé** lors de la césarienne, on a constaté un impact direct de celui-ci sur le début de l'allaitement.

En fait, en cas d'anesthésie **loco-régionale** (rachianesthésie ou péridurale), les mères restaient conscientes pendant la naissance. Elles étaient donc capables d'allaiter leurs bébés immédiatement après. Elles avaient simplement besoin d'aide

à les mettre au sein car elles restaient allongées, avec un bras ou même les deux bras immobilisés par une perfusion.

Mais en cas d'anesthésie **générale**, la mise au sein était retardée de plusieurs heures après le réveil de la mère.

A travers notre étude, les observations cliniques et les résultats de l'analyse statistique montrent que le retard de l'initiation de l'allaitement maternel est corrélé à des difficultés pour le bébé à prendre correctement le sein et à téter efficacement, à un retard de la « montée de lait » et à des engorgements, au recours plus fréquent à des biberons de lait artificiel en complément, à des taux plus faibles d'allaitement exclusif et à des durées plus courtes d'allaitement.

En fait, ces difficultés s'enchaînent en une suite logique – un cercle vicieux – et tous les efforts doivent viser à permettre une première tétée efficace le plus précocement possible, quelque soit le mode d'accouchement, pour restaurer un « cercle vertueux » et revenir à une bonne conduite de l'allaitement.

D'après le rapport de L'Anaes, l'analgésie péridurale pendant le travail peut retarder le réflexe de succion ainsi la césarienne pourrait abaisser la prévalence de l'allaitement au départ, mais pas sa durée, à partir du moment où la femme bénéficierait d'un soutien adapté [20].

Donc, la réussite ou l'échec de l'allaitement sont à mettre sur le compte de la qualité du soutien global dont bénéficient ou non les mères notamment au moment de la mise en œuvre de l'allaitement.

Une étude australienne réalisée en 2003 [49], a cherché à faire le point sur la relation entre le mode d'accouchement et le retard de la première mise au sein.

Le délai entre l'accouchement et la première mise au sein était le plus court chez les femmes ayant eu un accouchement spontané par voie basse; venaient ensuite les femmes ayant eu un accouchement par voie basse avec extraction instrumentale; il était le plus long chez les femmes ayant accouché par césarienne.

Il existait aussi d'importantes différences entre les quatre services de maternité ; dans l'un des services (celui ayant le label Hôpital Ami des Bébés), 60% des femmes césarisées avaient pu mettre leurs enfants au sein dans l'heure suivant la naissance, contre aucune des femmes césarisées dans les trois autres services.

On peut déduire que la césarienne reste une barrière à un démarrage précoce de l'allaitement. Cette conséquence de la césarienne n'est cependant pas inéluctable, comme le montre le pourcentage de mères ayant pu mettre leurs enfants au sein dans l'heure qui suit la naissance dans le service qui a obtenu le label Hôpital Ami des Bébés.

Cela montre qu'il est possible de favoriser un démarrage précoce de l'allaitement quel que soit le mode de naissance.

En outre, que ce soit après une césarienne ou après une naissance par les voies naturelles, l'allaitement précoce offre les mêmes avantages. Il y a aussi un autre avantage particulier à allaiter juste après la césarienne : la période précédant la fin de l'effet anesthésiant constitue un moment privilégié, libre de toute douleur (que ce soit celle provoquée par les contractions utérines ou celle due à l'opération), pour vivre pleinement la première tétée. [50]

Après une césarienne, l'allaitement est pour la mère et l'enfant une occasion merveilleuse de faire connaissance. Cela peut consoler la mère de ne pas avoir accouché comme prévu. L'allaitement lui procure le sentiment de donner le meilleur à son bébé en dépit du fait qu'elle doive se remettre d'une intervention chirurgicale majeure. [50]

Enfin, allaiter après une césarienne, c'est rencontrer potentiellement les mêmes joies et les mêmes difficultés d'allaitement que l'accouchement par voie basse, mais dans un contexte où la maman est confrontée à une plus grande fatigue, à une plus grande dépendance vis-à-vis de son entourage à cause des suites opératoires et de la douleur qui la gênent pour s'occuper de son bébé de façon autonome. Toutes ces difficultés seront à l'origine du retard de la première tétée au sein qui reste tributaire du soutien du personnel soignant de la maternité.

2.4.5. L'horaire de l'accouchement et la première tétée :

Le fait d'accoucher le jour ou la nuit ne devrait pas retentir sur le démarrage précoce de l'allaitement maternel. Bien que, la fatigue que peut ressentir la mère ou les professionnels de la maternité pendant la nuit, peut rendre l'initiation de l'allaitement précocement après l'accouchement parfois plus difficile.

Il est important de signaler que les tétées nocturnes sont un stimulant potentiel de la sécrétion lactée, elles sont donc associées au maintien plus longtemps de l'allaitement maternel. Elles répondent aussi aux besoins nutritionnels et affectifs du bébé qui se rendort très rapidement en tétant et apportent jusqu'à 20% de la ration alimentaire du bébé allaité [51].

2.4.6. La relation entre le poids de naissance et la première tétée :

Nous avons constaté que les nouveau-nés hypotrophes ou macrosomes avaient moins de chances que les nouveau-nés eutrophiques à être remis, précocement après l'accouchement, à de leurs mamans. En effet, nous avons observé, au niveau des 3 maternités, que les nouveau-nés dont le poids de naissance était inférieur à 2500g ou supérieur à 4000g étaient gardés à la salle de surveillance pour contrôler leurs glycémies et leurs constantes et recevaient des biberons de lait artificiel dans le but de prévenir l'hypoglycémie, avant de les remettre à leurs mères.

Par conséquent, ce temps de séparation du nouveau de sa mère, après l'accouchement, provoque l'angoisse chez la parturiente, un sentiment d'incompétence chez elle qui diminue la fréquence et la qualité des tétées [45], et favorise ainsi l'engorgement et les problèmes de mamelons douloureux, voire un recours au biberon ou à la sucette et donc une confusion sein-tétine.

Par ailleurs, tout en gardant ces bébés en salle de surveillance, les professionnels de la santé ont recouru à leur administrer du lait artificiel ou du sérum glucosé bien avant la première tétée. Ceci rend le démarrage de l'allaitement maternel encore plus difficile.

2.4.7. le don de complément et la première tétée :

Les résultats de notre enquête révèlent que toutes les parturientes qui avaient donné le sein à la première heure de vie avaient choisi le lait naturel comme premier aliment administré à leurs nouveau-nés. Alors qu'aucune de ces parturientes n'avaient donné à son bébé du lait artificiel ou un complément non lacté avant la première tétée.

L'effet négatif de l'utilisation précoce de complément du lait artificiel sur le démarrage et le succès de l'allaitement a été démontré dans de nombreuses études [47]. La restriction de l'utilisation de complément est d'ailleurs 1 des 10 recommandations de l'initiative hôpital ami-des-bébés de l'OMS [30].

Les données de l'enquête du ministère de la santé EPSF 2003-2004 [43] montrent que les deux tiers des enfants inclus dans l'étude ont reçu des aliments avant d'être allaités(65%). Cette pratique semble plus répandue en milieu urbain qu'en milieu rural(69% contre 60%), parmi les enfants de femmes instruites(72% contre 61% parmi ceux dont la mère est sans instruction), parmi ceux dont la naissance s'est déroulée dans un centre de santé(67%) et parmi ceux dont la naissance a été assistée par un professionnel de la santé(68%). De même, il est plus fréquent de donner des aliments avant l'allaitement aux enfants vivant dans les ménages les plus riches(74% contre 55% dans les plus pauvres).(Tableau 20)

TABLEAU 20 – POURCENTAGE DES NOUVEAU-NES AYANT REÇU DES ALIMENTS AVANT LA PREMIERE TETEE SELON CERTAINES CARACTERISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES [43].

Caractéristique sociodémographique	Pourcentage ayant reçu des aliments avant le début de l'allaitement	Effectif d'enfants allaités
Sexe		
Masculin	65,1	2869,0
Féminin	64,5	2875,0
Résidence		
Urbain	69,4	2857,0
Rural	60,3	2887,0
Niveau d'instruction de la mère		
Aucune instruction	61,3	3612,0
Primaire	69,6	1020,0
Secondaire ou plus	71,8	1111,0
Assistance à l'accouchement		
Professionnel de la santé	67,6	3544,0
Accoucheuse traditionnelle	60,9	1212,0
Autre	61,1	906,0
Personne	51,2	55,0
Lieu d'accouchement		
Centre de santé	67,2	3442,0
À domicile	61,9	2263,0
Autre	*	18,0
Quintile de bien-être		
Le plus pauvre	55,2	1381,0
Second	63,1	1327,0
Moyen	68,6	1163,0
Quatrième	67,7	939,0
Le plus riche	73,9	934,0
Ensemble	64,8	5744,0

2.4.8. Le rôle des professionnels de la santé dans le démarrage précoce de l'allaitement maternel :

Concernant les parturientes qui ont réussi à allaiter leurs bébés à la première heure de vie, celles qui ont accouché à la maternité de l'hôpital Moulay Abdelah ont été accompagnées et soutenues par leurs mères ou leurs belles mères. Alors que celles qui ont accouché aux maternités des Orangers et de l'hôpital militaire ont bénéficié du soutien d'un professionnel de santé, en postpartum immédiat, en vue d'allaitement précoce.

Le soutien apporté par les professionnels de santé aux mamans pour le démarrage de l'allaitement maternel est un droit reconnu par la convention relative aux droits de l'enfant [52]: « la convention relative aux droit de l'enfant reconnaît à tout enfant le droit inhérent à la vie et vise à assurer leur survie et leur développement. L'allaitement dans l'heure suivant l'accouchement contribue à assurer la survie des enfants. Les femmes ont un droit à cette connaissance et de recevoir le soutien dont elles ont besoin pour commencer l'allaitement».

Pendant toute la grossesse, l'accouchement et le post-partum, l'équipe obstétricale devrait aider la mère à développer sa confiance en elle et en ses capacités à allaiter à la première heure qui suit la naissance.

En effet, durant les consultations prénatales, les professionnels de la santé devraient identifier les entraves de l'allaitement notamment par l'examen des seins et la recherche de contre indication de l'allaitement, sensibiliser et former la mère sur le déroulement de la première tétée. Cependant notre étude a révélé que la majorité des femmes (72,2%) n'ont pas reçu de conseil prénatal sur l'allaitement

maternel et n'ont pas bénéficié d'examen de seins (64,8%) lors du suivi de la grossesse.

Pendant l'accouchement, le corps médical devrait maintenir autour de la mère un environnement bienveillant [53] parce que ce dont les mères ont besoin avant tout c'est de se sentir soutenues et de renforcer leur confiance en elles mêmes. Le soutien verbal permet à lui seul de diminuer le niveau d'anxiété et prévient ainsi l'inhibition de la sécrétion de l'ocytocine [45].

Les professionnels de santé doivent garder à l'esprit la priorité que constitue le démarrage de l'interaction mère-enfant dès la naissance .En post-partum immédiat, l'équipe obstétricale a pour rôle de veiller à ce que le nouveau né soit séché puis posé nu sur sa mère, peau contre peau, et de reporter tous les soins qui peuvent attendre (pesée, mensurations, soins de cordon, toilette ou collyre...) après la première tétée, y compris les gestes médicaux s'ils ne sont pas indispensables [32] . En outre pour la mise en route précoce de l'allaitement, les mères ont vraiment besoin de tous les appuis qui dépendent des équipes soignantes : Précocité de la mise au sein, démonstration à une mère débutante, Proximité du bébé la nuit...autant de facteurs qui dépendent de la formation des professionnels mais aussi de leur disponibilité.

Cependant, le manque d'information des femmes en prénatal, le retard de transfert du bébé à sa mère après l'accouchement, l'administration de compléments avant la première tétée, le découragement, l'insouciance et l'incompétence du personnel soignant face aux premiers obstacles de l'allaitement montrent que beaucoup d'insuffisances restent à combler , au sein de nos maternités, en matière

des connaissances et des pratiques des professionnels de santé vis-à-vis du démarrage précoce de l'allaitement maternel.

3. Les facteurs associés à la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à 6 mois :

L'identification des facteurs liés à la pratique de l'allaitement maternel va permettre de comprendre le déclin du taux de l'allaitement maternel de la naissance à l'âge de 6 mois et d'identifier les femmes pouvant être particulièrement encouragées à allaiter par le personnel impliqué. Ainsi, l'analyse de ces facteurs va permettre d'orienter les stratégies d'actions visant à promouvoir le taux et la durée de l'allaitement maternel dans notre pays.

Par ailleurs, notre analyse statistique des facteurs prédictifs a concerné seulement la pratique de l'allaitement maternel à 6 mois, tandis que cette analyse n'a pas été établie à l'âge de 1 mois car au point de vue statistique le pourcentage des mères qui ont arrêté d'allaiter avant cet âge était très bas par rapport au nombre total des mères incluses dans l'enquête.

3.1. L'allaitement maternel exclusif :

3.1.1. L'implication de l'exclusivité de l'allaitement maternel à 1 mois dans la durée de l'allaitement maternel :

L'allaitement maternel exclusif à 1 mois s'avère être un facteur essentiel, retenu par l'analyse multivariée, qui influence la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à l'âge de 6 mois.

Ce résultat peut être expliqué par un mécanisme physiologique relatif à l'adaptation du nourrisson à son mode d'alimentation [18]. En effet, Lorsque le

nourrisson reçoit des biberons, cela pourrait induire une confusion sein-tétine ; le bébé apprend à adapter les mouvements de sa bouche et de sa langue à la tétine, et ne sait plus ensuite les placer correctement lorsqu'il est au sein. Il tétera donc mal, ce qui induira des problèmes de mamelons douloureux et un engorgement chez la mère ; la prise du sein par l'enfant sera encore plus difficile, et la douleur inhibera chez la mère le réflexe d'éjection.

En plus, les tétines des biberons favorisent un écoulement rapide du liquide sans que le bébé soit obligé de téter avec vigueur [58]. L'obligation d'extraire lui-même le lait du sein lui demande plus d'efforts. Donc l'alternance Sein-Biberon risque de perturber le comportement alimentaire instinctif du nourrisson qui commencera à préférer le biberon et à téter moins efficacement ou, tout simplement, à refuser le sein.

3.1.2. Le rôle de l'allaitement maternel exclusif dans la réduction de la morbidité et la mortalité infantile :

L'allaitement maternel exclusif pendant 6 mois est la façon optimale de nourrir les nourrissons. C'est l'une des pierres angulaires qui ont fondé les recommandations internationales de l'OMS relatives à l'alimentation du nourrisson, et il est considéré à présent comme un objectif mondial de santé publique lié à la réduction de la morbidité et de la mortalité infantiles, particulièrement dans les pays en voie de développement [59].

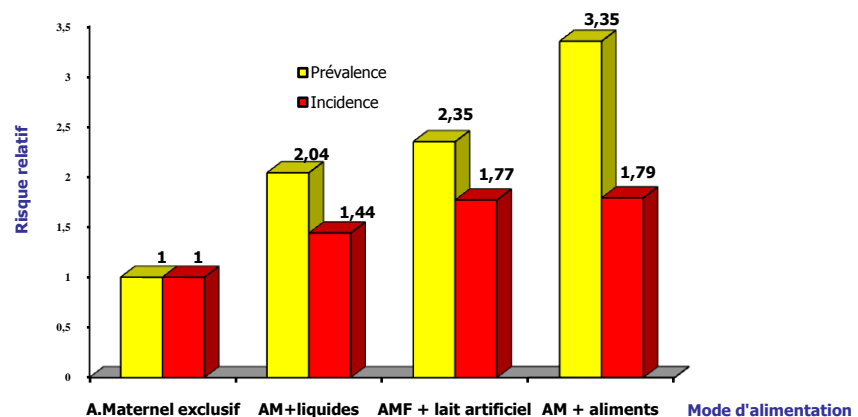
Les directives internationales [60] recommandent un allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois en fonction de faits scientifiques prouvant les avantages pour la survie, la croissance et le développement du nourrisson. En

effet, le lait maternel apporte toute l'énergie et tous les nutriments dont l'enfant a besoin pendant les six premiers mois.

En outre, l'allaitement maternel exclusif diminue les décès des nourrissons imputables à des maladies infantiles courantes telles que la diarrhée et la pneumonie [10] (graphique 9 et 10). Il permet aussi à l'enfant de se rétablir plus rapidement de la maladie. Chaque jour, 3500 vies pourraient être sauvées dans le monde si tous les nourrissons étaient exclusivement nourris au sein durant les premiers mois de la vie. Ce qui correspond à plus de 1,3 million de morts qui pourraient être évitées chaque année [61].

Le graphique 8 montre que le taux de la diarrhée est plus bas chez les nourrissons qui reçoivent du lait maternel exclusif par rapport à ceux qui reçoivent du lait artificiel, des liquides de compléments ou une diversification alimentaire précoce avant l'âge de 6 mois.

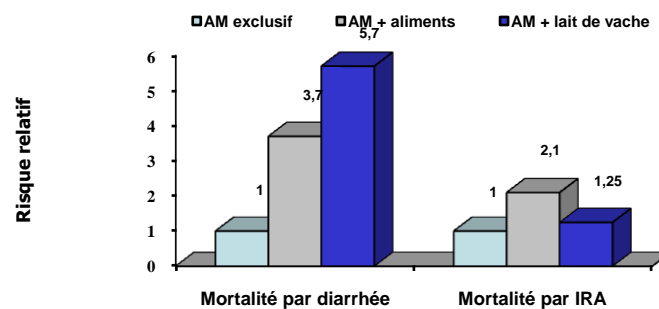
FIGURE 8 – PREVALENCE ET INCIDENCE DE LA DIARRHEE A L'AGE DE 3-5 MOIS SELON LE MODE D'ALIMENTATION*



**From Popkin et al. 1990(philippines) (N=3080)*

Le graphique ci-dessous (Graphique 9) montre que le risque relatif du décès par la diarrhée ou l'insuffisance respiratoire aigue (IRA) est plus élevé chez les nourrissons qui ne sont pas allaités exclusivement au sein, qui reçoivent d'autres aliments ou du lait de vache avec du lait maternel.

FIGURE 9 –DECES PAR DIARRHEE ET IRA EN FONCTION DU MODE D'ALIMENTATION*



**Source: Victora CG, Smith OG, Vaughn JP et.al Evidence of protection by breastfeeding against infant's deaths from infectious diseases in Brazil. Lancet 1987; 11: 319-22*

Il convient également de souligner que, chaque année, la malnutrition est impliquée dans près de 40 % des 11 millions de décès d'enfants de moins de cinq ans dans les pays en voie de développement, et que 1,5 millions de ces décès sont imputables à l'absence d'allaitement maternel immédiat et exclusif pendant la période néonatale [62].

3.1.3. L'allaitement maternel exclusif en chiffres :

On observe une augmentation des taux d'allaitement maternel exclusif depuis le début des années 1990, bien que ces taux restent trop faibles dans les pays en voie de développement et que la poursuite de l'allaitement maternel associée à des pratiques d'introduction d'aliments complémentaires inadaptées est toujours

largement répandue. Au niveau mondial, seulement un tiers environ (36 %) des nouveau-nés sont allaités exclusivement au sein pendant les six premiers mois suivant leur naissance [59].

Les modèles d'allaitement maternel actuels restent bien éloignés du niveau recommandé et varient considérablement d'une région à l'autre [59]. D'après les données de 37 pays mettant en évidence les tendances en matière d'allaitement maternel (couvrant 60 % de la population des pays en voie de développement), le taux d'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois suivant la naissance est passé de 34 à 41 % dans les pays en voie de développement entre 1990 et 2004. Des avancées significatives ont été réalisées en Afrique subsaharienne où ces taux ont plus que doublé sur cette période, passant de 15 à 32 %. . L'Afrique de l'Ouest et l'Afrique Centrale, en particulier, ont enregistré des améliorations significatives, avec des taux passant de 4 à 22 % ; et les taux d'allaitement maternel exclusif ont également augmenté en Afrique Australe et en Afrique de l'Est, passant de 34 à 48 %. Les taux sont restés globalement inchangés en Asie orientale et dans le Pacifique pour cette même période Les taux d'allaitement maternel exclusif ont également augmenté en Asie du Sud et dans la région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord, passant respectivement de 43 à 47 % et de 30 à 38 % entre 1990 et 2004 [63]. Pourtant, les statistiques marocaines sont alarmantes vu le déclin progressif et continue des taux de l'allaitement maternel exclusif à 6 mois qui ont passé de 51% à 32% de 1992 à 2004 puis à 15% selon la dernière enquête du ministère de la santé de 2006-2007 [10,11].

Le taux de 22% relatif à l'allaitement maternel exclusif retrouvé ,dans notre enquête réalisée en 2009-2010, est compatible avec les données nationales et reste également très faible et très éloigné des recommandations internationales [56].

3.2. La durée de l'allaitement maternel antérieur:

La durée antérieure de l'allaitement maternel a été retrouvée comme facteur corrélé à la poursuite de l'allaitement maternel à 6 mois, dans l'analyse univariée et aussi dans l'analyse multivariée.

Les femmes qui avaient allaitées au-delà de 6 mois lors d'une expérience antérieure avaient 4 fois plus de chance de poursuivre la nouvelle expérience d'allaitement jusqu'à 6 mois de l'enfant.

En effet, les femmes qui avaient vécu une expérience négative et qui avaient rencontré des obstacles au cours de l'allaitement maternel antérieur imposant son arrêt prématuré présentaient moins de chance de continuer l'allaitement au sein jusqu'à 6 mois.

Cette catégorie de mères présente des particularités psychologiques comme la perte de confiance en leurs capacités d'allaiter naturellement leurs bébés, ainsi que la peur d'échec et de revivre la même expérience négative.

Les résultats d'une étude, réalisée en Australie par Blyth et al. en 2002 [64], ont montré que les mères ayant une confiance en leur capacité d'allaiter élevée allaitaient significativement plus, et de manière exclusive, et pendant une plus longue durée que les mères ayant une faible confiance.

Si le sentiment d'auto-efficacité est un facteur prédicteur du niveau et de la durée de l'allaitement, des interventions doivent pouvoir être mises en place pour

renforcer les mères dans leur confiance en leur capacité à allaiter et les aider à persévérer en cas de difficultés. Blyth propose plusieurs stratégies [64]. Avant la naissance, les professionnels de santé devraient explorer si la mère a déjà vécu une expérience d'allaitement et dans quelle mesure celle-ci a été positive ou négative de manière à pouvoir les aider face à une éventuelle crainte ou anxiété, et à pouvoir corriger de mauvaises informations. Avant de quitter la maternité, les professionnels de santé devraient vérifier qu'une perception négative pouvant entraver l'auto-efficacité n'est pas présente. Enfin, pour aider les mères à maintenir l'allaitement dans le temps, une consultation pour anticiper les problèmes pouvant entraver l'auto-efficacité des mères (tels que l'anxiété, la douleur, la fatigue, etc.) peut être utile.

3.3. Le lieu de suivi de la grossesse :

L'analyse univariée a révélé que le suivi de la grossesse au centre de santé procure plus de chance aux mères d'allaiter leurs bébés jusqu'à l'âge de 6 mois que le suivi effectué dans une maternité ou dans le privé.

Ce résultat peut être expliqué par le fait que le conseil prénatal sur l'allaitement maternel est surtout prodigué aux centres de santé, aux moments du suivi de la grossesse, plus qu'au niveau des maternités ou des cabinets privés.

Toutefois, la généralisation du conseil prénatal sur l'allaitement maternel, la formation et la sensibilisation des personnels prenant en charge le couple mère-enfant au niveau des différents secteurs public ou privés semblent nécessaire afin que les mères aient la même chance d'éducation, d'information et donc la même chance pour réussir un allaitement maternel plus durable. D'autant plus que l'activité du secteur privé est de plus en plus croissante dans notre société.

3.4. Connaissances et pratiques des mères vis-à-vis de l'allaitement maternel :

Malgré le fait que la totalité des femmes incluses dans l'enquête considéraient l'allaitement maternel comme l'aliment de choix pour le nourrisson, leurs connaissances, attitudes et pratiques demeurent insuffisantes et influencent négativement la durée de l'allaitement au sein. En témoignent, les pourcentages considérables des mères exprimant le désir d'utiliser la sucette et de démarrer précocement la diversification alimentaire, et de celles qui croient que le lait artificiel est meilleur pour la satiété et la croissance du bébé et que la tisane est bénéfique pour la santé du nouveau-né. Aussi bien que les faibles taux des mères qui savent les modalités d'entretien de la lactation en cas de séparation de leurs enfants et de conservation du lait maternel au réfrigérateur.

Concernant les raisons invoquées par les mères pour justifier l'arrêt précoce de l'allaitement maternel, elles sont dominées

- A 1 mois par « les crevasses »,
- A 6 mois par « le refus de prise du sein par le bébé »,
- Et lors d'une expérience antérieure d'allaitement par « l'insuffisance lactée ».

3.4.1. Les crevasses :

Les crevasses sont souvent retrouvées comme l'une des raisons les plus fréquentes de l'abandon de l'allaitement maternel lors des premières semaines [12,13], car elles rendent les tétées douloureuses et difficiles et découragent les mères à continuer d'allaiter au sein.

Ils existent plusieurs moyens simples pour prévenir et traiter les crevasses [13,14] tout en évitant l'arrêt précoce de l'allaitement maternel. Néanmoins, l'aide et les conseils des professionnels de santé s'avèrent nécessaires pour remédier à cet obstacle et encourager la mère à continuer d'allaiter naturellement son bébé sans recourir au biberon.

3.4.2. Le refus de prise du sein par le bébé :

Certaines études [15,16] ont retrouvé que le refus de prise du sein par le bébé est l'une des raisons les plus fréquentes amenant les mères à sevrer précocement leurs bébés. Pourtant les causes poussant les bébés à refuser de prendre le sein sont toutes évitables si les professionnels de santé apportent aux mères le soutien adapté afin de prévenir et remédier à cet obstacle.

Il existe plusieurs raisons pour lesquelles un bébé pourrait refuser de prendre le sein. Souvent, c'est une combinaison de plusieurs raisons [15] :

- Les tétines artificielles interfèrent avec la façon dont les bébés prennent le sein. Les bébés obtiennent un débit lent au sein et un débit rapide à la bouteille avec moins d'effort, donc automatiquement ils vont préférer le biberon au sein [17].

- Les mamelons atypiques et l'ankyloglossie (frein de la langue court) rendent également la prise de sein plus difficile [16].
- Toutefois, une des causes de refus du sein les plus fréquentes provient de la notion erronée que les bébés doivent être forcés pour téter selon des horaires fixes (toutes les 2 ou 3 heures), sans qu'ils soient prêts ou intéressés à téter [16]. Ce qui fait qu'ils développent une aversion pour le sein et c'est ainsi que l'entourage ou même les professionnels de la santé vont recourir à des méthodes alternatives « biberon », ce qui aggravera la situation et engendrera un cercle vicieux.

3.4.3. L'insuffisance lactée :

De nombreuses études [18,19] ont montré que la perception d'une insuffisance de lait semble être la raison majeure amenant les mères à introduire le lait artificiel et/ou à mettre fin à l'allaitement maternel.

Pourtant, l'insuffisance de lait physiologique est très rare [20], et fait d'ailleurs remarquer que dans les sociétés où l'allaitement maternel est la norme et parfois le seul moyen de nourrir les enfants, les échecs d'allaitement sont rares [21]. En plus, Il semble que le besoin d'un bébé de téter fréquemment, ou le fait qu'il « semble affamé entre les tétées » [22], soit souvent interprété comme étant un problème, et en particulier comme un problème d'insuffisance de lait.

Selon le rapport de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES) [20] , dans la majorité des cas, il s'agit soit de la perception d'une insuffisance de lait, qui pourrait être liée à un manque de confiance en soi de la mère, soit d'une insuffisance de lait secondaire à un allaitement mal géré (suite à

une fréquence ou à une durée des tétées inadéquate, par exemple), à l'introduction de compléments, à une position du bébé incorrecte ou à un problème de succion.

Une réelle insuffisance de lait est donc un phénomène transitoire lié à un problème d'allaitement, susceptible d'être corrigé par l'optimisation de la pratique de l'allaitement associée à des encouragements et du soutien visant à restaurer la confiance de la mère en ses capacités à satisfaire les besoins de son bébé [20].

Quelle qu'en soit l'origine, il y a lieu de déceler et de prendre en charge la perception d'une insuffisance de lait par une écoute, un soutien et un apprentissage adaptés.

L'incertitude concernant la quantité de lait prise par le bébé allaité au sein est aussi souvent invoquée par les mères comme raison les amenant à utiliser le biberon [23]. Le fait de ne pas savoir la quantité de lait que le bébé a bu est inquiétant pour certaines mères [23,24].

D'une manière générale, les mères qui allaitent doivent être prévenues de l'éventualité d'être confrontées à des périodes difficiles où elles auront l'impression de manquer de lait et douteront de leurs capacités à satisfaire les besoins de leur bébé [20]. La prévention est la meilleure approche et repose sur l'apprentissage et la pratique de tétées efficaces, à la demande, et le dépistage des situations à risque qui pourront bénéficier d'un suivi plus étroit et d'un accompagnement adapté.

Une formation des professionnels de santé aussi bien que l'éducation des familles sont indispensables. Il s'agit :

- De faire comprendre que des apports nutritionnels insuffisants ne sont ni la principale ni la seule cause d'agitation et de pleurs chez le nourrisson, que l'allaitement repose sur le principe de l'offre et de la demande et que les nourrissons sont capables de réguler leurs besoins pour peu qu'ils tètent de façon efficace et aient accès au sein sans restriction ;
- De faire savoir que la croissance des nourrissons allaités au sein est meilleure de celle des enfants nourris aux substituts de lait.

Les autres principales raisons ayant amené les mères à sevrer précocement leurs bébés semblent être : la fatigue de la mère et la reprise de l'activité professionnelle.

3.4.4. Travail de la mère :

- Plusieurs études ont montré que le travail de la mère influence négativement la durée de l'allaitement maternel [4,25,42,43]. Or, l'utilisation d'un tire-lait ou l'expression manuelle du lait et la conservation du lait tiré au réfrigérateur permettent à une mère d'entretenir sa lactation, d'éviter les engorgements, de constituer des stocks de son lait, et en conséquence de continuer à mettre son enfant au sein malgré son travail.
- Au Maroc, la loi autorise un congé de maternité de quatorze semaines remboursable.

Et le code du travail [26] stipule que la mère salariée a le droit quotidiennement, d'allaiter son enfant, durant les heures de travail, rémunéré comme temps de travail, une demi-heure le matin et une demi-heure l'après-midi. La mère pourra utiliser aussi ces pauses pour tirer son lait. Par ailleurs, toute

entreprise employant plus de 50 femmes doit mettre à la disposition des mères une «chambre d'allaitement» répondant à des critères précis d'hygiène et de surveillance.

Mais malgré ces textes, la législation actuelle n'offre pas le cadre adéquat pour la mise en œuvre des recommandations de l'OMS et l'UNICEF concernant l'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois. En effet, d'une part les dispositions déjà en place sont rarement appliquées. Et d'autre part, de nombreuses mères ne demandent pas à en bénéficier, faute d'informations sur leurs existences [26].

Ainsi, le déséquilibre entre l'intégration croissante des femmes dans le marché du travail et la durée très courte du congé de maternité autorisée par la loi marocaine, explique en grande partie le recul du taux de l'allaitement maternel exclusif dans notre pays au profit du lait artificiel.

Cette hypothèse peut être soutenue par l'expérience des pays Nordiques où les taux d'allaitement maternel restent parmi les plus élevés au monde, et où le congé de maternité est plus long d'une durée de 2 ans et mieux rémunéré [27].

Par conséquent, le gouvernement marocain et la société civile doivent s'efforcer à améliorer et appliquer avec vigueur la législation relative au travail de la femme allaitante.

Notamment, il faut envisager un congé de maternité plus long et payé, des arrangements en faveur d'un emploi de temps partiel, des espaces destinés au recueil et à la conservation du lait maternel et des pauses d'allaitement en milieu de travail.

3.4.5. Allaitement et fatigue maternelle:

Des études permettent de penser que, beaucoup plus que l'allaitement en soi, c'est la conviction maternelle que l'allaitement est fatigant qui peut avoir un impact sur la façon dont la mère perçoit son niveau de fatigue [28].

Une étude réalisée dans une maternité à Toulouse en 2005 [28] a révélé l'absence de différence dans le niveau de fatigue entre les femmes qui allaitaient exclusivement au sein et celles qui donnaient exclusivement un lait industriel ; le fait de sevrer l'enfant n'induisait pas de modification au niveau de la fatigue éprouvée par la mère.

Il semble donc que l'allaitement ne soit pas fatigant en soi. Il est possible que les femmes qui disent avoir sevré à cause de la fatigue citent cette raison parce qu'elle leur semble acceptable ; il est également possible que la mère éprouve une fatigue psychologique, qu'elle attribue à l'allaitement.

On outre, Ce n'est pas l'allaitement mais l'accouchement puis l'ensemble des soins et le manque de sommeil qui fatiguent la mère. Il est sûrement plus fatigant de préparer un biberon à 2 heures du matin que de mettre l'enfant au sein. Des études ont également montré qu'une mère allaitante dormait mieux qu'une mère non allaitante. Cet effet est certainement lié à la production d'endorphine et d'ocytocine, deux hormones sécrétées au cours de la lactation et qui ont pour effet d'augmenter la durée du sommeil paradoxal [29].

De ce fait, Les professionnels de santé qui suivent les mères doivent les informer sur le fait qu'il est normal d'être fatiguée en post-partum et durant toute

la période de l'allaitement, et que sevrer l'enfant n'aura probablement en soi aucun impact sur la fatigue éprouvée.

Les résultats de notre étude, concernant les connaissances des mères au sujet de l'allaitement, reflètent le manque d'information et d'éducation qui leur est dispensée par les professionnels de la santé. D'autant plus que la principale source d'information est représentée essentiellement par l'entourage familiale, et que le nombre des mères qui ont bénéficié d'un conseil prénatal est très faible (27,8%).

4. Les facteurs non significatifs:

La plupart des facteurs prédictifs de l'allaitement déjà décrits dans la littérature sont inclus dans notre échantillon [65].

Certains facteurs décrits dans la littérature comme influant sur la pratique de l'allaitement n'ont cependant pas été retrouvés dans cette enquête.

On peut faire l'hypothèse, pour certains de ces facteurs comme l'origine géographique ou la situation matrimoniale, que la taille de l'échantillon dans notre étude ne suffisait pas à mettre en évidence des différences statistiquement significatives liées à ces facteurs.

De nombreuses études nationales [42,43] ont mis en évidence des facteurs associés à la poursuite de l'allaitement maternel non retrouvés dans notre étude, tels que le niveau d'instruction et socio économique élevés de la mère, son activité professionnelle, sa provenance du milieu rurale.

De plus, certaines études menées en Europe ou en Amérique du nord [66,67] ont ressorti d'autres facteurs, comme l'âge de la mère, la multiparité, le choix de

l'allaitement au sein avant la naissance, la procréation spontanée, le poids de naissance, la mise au sein précoce à la première heure après l'accouchement.

4.1 Les facteurs liés aux caractéristiques sociodémographiques :

4.1.1. L'âge de la mère :

L'âge de la mère est associé tant au choix de l'allaitement qu'à sa durée dans les pays industrialisés [18,24,68,69]. Dans l'ensemble, les mères âgées de plus de 25 ans sont plus enclines à allaiter, et à le faire plus longtemps.

Certains auteurs ont avancé l'idée que l'augmentation de la prévalence de l'allaitement actuellement observée dans les pays occidentaux était due à l'augmentation de l'âge de la mère au moment de la première naissance [65]. Toutefois, deux études marocaines [42,70] ayant étudié l'impact de ce dernier facteur ont signalé que la prévalence de l'allaitement maternel est d'autant plus élevée que la mère est plus âgée sans que la différence soit statistiquement significative.

4.1.2. L'origine géographique :

Dans notre étude, le pourcentage des mères issues d'un milieu rural était seulement de 4,4%. Donc la taille de cet échantillon n'est pas représentative de la population générale, et ne permet pas d'établir un lien significatif avec la durée de l'allaitement maternel.

L'enquête nationale sur l'allaitement maternel EPSF, réalisée en 2003-2004 [43], montre que la durée de l'allaitement maternel est plus longue chez les mères issues du milieu rural (tableau 21).

TABLEAU 21 - LA DUREE MEDIANE DE L'ALLAITEMENT SELON LE MILIEU DE RESIDENCE DES MERES, EPSF MAROC 2003-2004.

Caractéristique sociodémographique	Allaitement au sein	Allaitement exclusif au sein	Allaitement au sein prédominant	Effectif d'enfants
Résidence				
Urbain	11,2	0,7	1,2	1 776
Rural	15,8	1,8	2,6	1 732

4.1.3. Le statut marital :

La très grande majorité des femmes de l'échantillon sont mariées (98,7%). De ce fait, et au regard des très faibles effectifs de femmes ne vivant pas en couple (3 femmes soit 1,3 %), aucune conclusion ne peut être formulée quant à la relation entre la situation de famille et l'allaitement.

Bon nombre d'études ont montré que les mères mariées allaitent plus et plus longtemps que les mères célibataires [71]. Et que les femmes allaitaient plus souvent et plus longtemps lorsqu'elles bénéficiaient du soutien et de l'approbation du père de l'enfant [65].

4.1.4. Le niveau d'étude et socio-économique:

La durée médiane de l'allaitement au Maroc varie de manière importante selon les caractéristiques socio-économiques et culturelles des femmes, selon EPSF 2003-2004 [43] :c'est parmi les femmes du quintile le plus riche, parmi celles qui ont au moins un niveau d'instruction secondaire que cette durée est la plus courte. Par contre, parmi celles des ménages du quintile le plus pauvre et celles sans instruction cette durée médiane est sensiblement plus longue. En ce qui concerne l'allaitement exclusif, sa durée médiane est la plus longue parmi les femmes sans instruction et parmi celles du quintile le plus pauvre (Tableau 22).

TABLEAU 22 - LA DUREE MEDIANE DE L'ALLAITEMENT SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION ET SOCIOECONOMIQUE DES MERES, EPSF MAROC 2003-2004 [43].

Caractéristique sociodémographique	Allaitement		Effectif d'enfants	
	Allaitement au sein	exclusif au sein		
Niveau d'instruction de la mère				
Aucune instruction	15,3	1,5	2 154	
Primaire	12,5	0,7	666	
Secondaire ou plus	9,4	0,9	687	
Quintile de bien-être				
Le plus pauvre	15,9	1,8	819	
Second	16,0	1,6	813	
Moyen	14,1	1,4	730	
Quatrième	12,3	0,6	568	
Le plus riche	7,9	0,6	578	

Plusieurs études effectuées sur les populations des pays occidentaux ont mis en évidence une nette relation entre le niveau culturel de la mère et le choix de l'allaitement et sa durée. Dans l'ensemble, plus la mère a un niveau culturel élevé, plus elle est encline à choisir d'allaiter et à le faire plus longtemps [65]. On outre, la prévalence de l'allaitement augmente parallèlement au niveau socio-économique dans tous les pays industrialisés Mais certains auteurs n'ont pas retrouvé ces corrélations [65].

En France, par exemple, les mères ayant un niveau d'étude élevé et/ou issues d'un milieu social favorisé allaitent plus souvent que les autres, mais dans certains pays(en république dominicaine par exemple) ce sont à la fois les catégories socioprofessionnelles les plus favorisées et les catégories les plus aisées qui montrent le taux d'allaitement le plus fort [72].

4.1.5. L'emploi de la mère :

Il est souvent cité comme raison de ne pas choisir l'allaitement ou de sevrer rapidement l'enfant [4, 25, 4,43]. Cependant, les études portant sur ce facteur ont donné des résultats contradictoires, probablement en rapport avec les biais méthodologiques de ces études [65]. Par exemple, certaines études évaluaient les rapports entre l'allaitement et l'intention de reprendre un travail, d'autres évaluaient l'impact de la reprise du travail sur le déroulement de l'allaitement. Dans l'ensemble, l'intention de retourner au travail n'avait pas d'impact significatif sur le choix d'allaiter. Par contre, la reprise du travail était souvent associée à un sevrage précoce ; il semble que les mères, lorsqu'elles reprennent leur emploi, se trouvent confrontées à des conditions matérielles qui rendent difficile la poursuite de l'allaitement. Il faut cependant noter que certaines études

[65] ont retrouvé que les femmes qui avaient repris leur emploi allaitaient plus longtemps que les mères qui étaient au foyer.

Il est possible que l'impact du travail soit plus important actuellement qu'il y a 10 ans, en raison du nombre de plus en plus important de femmes sur le marché du travail.

4.2 Facteurs liés aux caractéristiques de la grossesse et de l'accouchement et du nouveau-né :

4.2.1 Le désir de la grossesse et le mode de procréation:

Une étude française [73] a montré que la procréation spontanée est inversement liée à la pratique de l'allaitement maternel à 6 mois. Et une autre étude de Peters et al. [71] a souligné que le fait que la grossesse ait été planifiée est significativement associé à un allaitement maternel prolongé au-delà de 4 mois. Ces résultats reflètent que le désir de grossesse augmente les chances d'un allaitement maternel plus prolongée.

4.2.2 Le conseil prénatal

Dans notre étude 72,2 % de mères ont déclaré n'avoir pas reçu d'informations sur l'allaitement maternel au cours de la grossesse, et pour 27,8% qui en ont reçu, celles-ci n'avaient eu aucun impact sur la réussite de l'allaitement maternel dans la durée. Il faut donc revoir la quantité et la qualité de ces informations qui restent, selon les femmes interrogées, centrées sur des données exclusivement théoriques.

L'OMS recommande le conseil prénatal comme l'un des moyens essentiels pour la promotion de l'allaitement maternel [74]. Bien que, les preuves restent insuffisantes pour montrer son rôle dans le succès de l'allaitement maternel [75]. Pourtant, il est évident que cette période avant l'accouchement peut constituer un moment privilégié pour encourager la mère à allaiter, pour gérer ses craintes et modifier ses intentions, pour corriger ses fausses idées et pour lui expliquer les avantages et l'importance de l'allaitement maternel. De même, Certains auteurs [65] pensent que le simple fait de demander à une femme enceinte combien de temps elle prévoit d'allaiter est un bon moyen de dépister les femmes à haut risque de sevrage précoce.

4.2.3 La parité :

Les résultats des études exposent des données contradictoires, certaines ne retrouvant aucune corrélation entre la parité et la prévalence de l'allaitement, tandis que d'autres montrent que les primipares sont plus enclines à choisir l'allaitement, les multipares étant quant à elles enclines à allaiter chaque enfant plus longtemps que le précédent [65]. Cela peut être en rapport avec un niveau de confiance en soi plus élevé et à une expérience antérieure de l'allaitement.

D'une manière générale, les femmes qui ont déjà allaité précédemment [18], allaitent plus et plus longtemps que les autres.

Les mères ayant déjà eu une expérience d'allaitement positive ont généralement un niveau plus élevé de confiance en soi et d'auto-efficacité que les mères primipares. Par contre si les expériences précédentes ont été plutôt négatives, la confiance en sa capacité à allaiter peut être moindre.

Les mères multipares ayant arrêté l'allaitement maternel précocement pour des enfants précédents ont besoin d'une aide accrue pour utiliser leurs expériences antérieures de façon positive [24]. Il est important d'évaluer si de telles expériences passées existent, dans quelle mesure elles s'accompagnent de crainte et d'anxiété et, si nécessaire, de corriger de fausses informations [18].

4.2.4 Le vécu de la grossesse

Une étude française [73] a montré que le fait de présenter des antécédents médicaux ou de recevoir un traitement médical pendant la grossesse était inversement lié à une durée prolongée de l'allaitement maternel. Par contre notre étude n'a pas trouvé de lien statistique significatif entre une grossesse pathologique ou une prise médicamenteuse ou une hospitalisation durant la grossesse et la poursuite de l'allaitement jusqu'à 6 mois. Ce résultat peut être justifié, en partie, par le nombre faible de femmes qui avaient un vécu difficile de la grossesse.

4.2.5 Le mode d'accouchement :

Le vécu maternel de l'accouchement peut avoir un impact sur le déroulement de l'allaitement, même si toutes les études ne retrouvent pas une telle relation [65]. Il est compréhensible qu'un vécu positif de l'accouchement favorise le démarrage de l'allaitement.

Par ailleurs, un environnement hospitalier favorable à l'allaitement et encourageant efficacement la mère peut contrebalancer l'impact d'un accouchement vécu négativement. En plus un soutien adapté des professionnels de la santé, en postpartum précoce et tardif, peut assurer une durée plus prolongée de l'allaitement quelque soit le mode d'accouchement [49].

Ces propos ont été clairement démontrés par une étude [72] réalisée, au CHU de Strasbourg, dont le but était d'évaluer l'impact d'une action de promotion de l'allaitement maternel. Cette étude a révélé qu'avant l'action, les bébés nés par césarienne étaient significativement moins fréquemment allaités que ceux nés par voie basse non opératoire.

Cette différence n'était pas retrouvée après l'action, peut-être qu'une attention particulière apportée aux mamans ayant subi une césarienne a eu un effet favorable à la pratique de l'allaitement de ces mamans.

4.2.6 Les caractéristiques du nouveau-né :

Les résultats de notre études montrent que les enfants de sexe féminin sont allaités plus longtemps (77,6%) que les garçons (70,1%) sans que la différence soit statistiquement significative. Tandis qu'une autre étude marocaine [70] a trouvé des résultats inverses.

Concernant le poids du nouveau-né, les bébés inclus dans notre étude et dont le poids de naissance était moyen étaient plus allaités jusqu'à 6 mois que les hypotrophes ou les macrosomes. Mais cette différence n'est pas retenue par l'analyse statistique. Par ailleurs, une étude récente réalisée en France [76] a montré que le petit poids de naissance représente un facteur significativement associé à un taux élevé d'allaitement maternel à la naissance et à l'âge de 3 mois.

4.3 Les facteurs liés aux attitudes et pratiques des mères :

4.3.1 Le moment de choix du mode d'alimentation du nourrisson :

De nombreuses études [65] ont montré que la femme était d'autant plus encline à décider d'allaiter et à allaiter plus longtemps qu'elle avait fait ce choix précocement (avant la conception par exemple).

Dans l'étude de Blyth [18], par exemple, les mères qui avaient l'intention d'allaiter depuis plus de 6 mois avant la naissance de leur enfant ont allaité plus longtemps que les mères qui avaient pris la décision plus tardivement. Une autre étude [77] a affirmé que le choix tardif du mode d'alimentation du bébé est en effet associé à un sevrage plus précoce. Il est possible que le fait de savoir que l'on veut allaiter avant même d'être enceinte soit le signe d'une forte motivation, la femme étant beaucoup plus déterminée à surmonter les éventuels obstacles.

4.3.2 La durée envisagée de l'allaitement maternel :

Les mères qui ont décidé, en prénatal ou dès le début de l'allaitement, d'allaiter longtemps sont aussi beaucoup plus susceptibles de le faire [18,24], probablement parce qu'elles sont suffisamment motivées pour se donner les moyens d'atteindre leur objectif.

4.3.3 Le délai entre l'accouchement et la première tétée :

De nombreuses études [65] ont montré que le démarrage de l'allaitement était plus difficile si l'enfant n'avait pas pris le sein pendant les 2 premières heures ayant suivi la naissance. Toutefois, des études plus récentes ont donné des résultats moins nets [78].

Certes, une première tétée précoce facilite le démarrage de l'allaitement, mais il n'y avait pas de corrélation nette entre l'existence d'une première mise au sein précoce et la durée de l'allaitement, ou de constatation qu'une première mise au sein retardée augmentait significativement le risque d'échec de l'allaitement [20].

Certains auteurs [65] avancent que les services où la première mise au sein intervient régulièrement plus de 2 heures après l'accouchement sont souvent peu motivés pour informer et soutenir la mère, et que c'est ce climat global qui affectera négativement l'allaitement. Si, pour une raison ou une autre, la première mise au sein est retardée mais que le service est globalement activement favorable à l'allaitement, le soutien que recevra la mère annulera probablement l'impact négatif d'une première tétée retardée.

4.3.4 Le mode d'alimentation initial :

Contrairement à notre étude, d'autres études [65] ont montré que le don en routine de suppléments (Tisane, eau sucrée, lait artificiel, sérum glucosé) en maternité avant la première tétée était négativement associé au bon démarrage et à la durée de l'allaitement. De ce point de vue, la supplémentation implique une réduction du nombre des tétées, ce qui peut induire un abaissement de la sécrétion lactée. Toutefois, des tétées fréquentes et l'allaitement à la demande jour et nuit peuvent minimiser cette association.

4.3.5 L'utilisation de sucette

Selon l'étape neuf de l'initiative « hôpitaux amis des bébés », il faut « Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette » [79].

De nombreux spécialistes conviennent que les sucettes sont impliquées dans l'accroissement de la fréquence des otites moyennes [80] et des troubles dentaires [81]. Selon d'autres croyances courantes, la sucette entraverait le développement du langage et les habitudes normales de sommeil.

Il est étayé par plusieurs études une solide association entre l'usage de la sucette et un sevrage précoce [82,83]. De nombreux spécialistes [84] de l'allaitement préviennent que l'usage de la sucette peut contribuer à une « confusion avec le sein » ou à la préférence de la sucette, surtout si la sucette est proposée rapidement, avant que l'allaitement soit bien établi.

Comme dans notre étude, d'autres chercheurs [85] n'ont découvert aucune différence significative entre la fréquence ou la durée de l'allaitement pendant les six premiers mois de vie, et l'usage de la sucette.

L'usage de la sucette peut être un facteur discernable de sevrage précoce. Cependant, étant donné les nombreuses variables confusionnelles et les nombreux biais possibles dans l'étude du comportement humain, la nature de cause à effet exacte de ce facteur demeure imprécise.

4.4 L'influence de la source d'information sur la durée de l'allaitement maternel :

La lactation est un processus physiologique, mais l'allaitement est surtout un comportement appris. Le soutien social doit être émotionnel, pratique et informationnel. Le compagnon, la famille ou l'entourage proche jouent un rôle important dans la décision d'allaiter et la durée de l'allaitement [65].

Les femmes incluses dans notre étude recevaient principalement l'information de l'entourage familial (88,1%). Mais contrairement à d'autres études [18,86], cette information provenant de la famille n'influe pas significativement sur la durée de l'allaitement. On peut faire l'hypothèse que ce soutien familial manque de fiabilité quant à la qualité de l'information offerte.

Il s'avère que les femmes qui ont reçu de l'information de la part des professionnels de la santé étaient moins enclines à allaiter jusqu'à 6 mois (69%) par rapport à celles qui n'ont pas bénéficié de cette information (78,9%). Mais sans que ce lien de cause à fait ne soit statistiquement significatif. Ces résultats interrogent à la fois la nature des connaissances et la compétence des professionnels de la santé ainsi que l'efficacité de l'information qu'ils dispensent pour promouvoir l'allaitement maternel.

Ces éléments montrent la nécessité d'informer correctement aussi bien l'entourage familial que les professionnels de la santé au sujet de l'allaitement pour faire passer adéquatement l'information aux mères.

5. Les connaissances et les pratiques des professionnels de la santé :

De l'enquête qui a intéressé 61 professionnels de santé (P.S) s'occupant du couple mère nouveau-né, sort que seulement 63,9% savaient que le lait maternel présente plusieurs avantages à la fois pour la mère et pour l'enfant et que seulement 62,3% ont expliqué à la mère ces avantages au-delà de 5 fois pendant 6 mois d'exercice au sein des maternités.

Concernant la diversification alimentaire, un taux non négligeable (14,8%) des professionnels de santé ont répondu qu'elle doit être débutée à l'âge de 4 mois.

Les réponses sur les médicaments contre indiqués lors de l'allaitement maternel étaient justes dans 34,4% des cas. 3,3% représente le taux des réponses justes sur les situations contre indiquant l'allaitement maternel, mais aussi le pourcentage des professionnels de santé qui ont répondu que l'engorgement mammaire est une contre indication de l'allaitement maternel. En plus la principale cause de l'engorgement mammaire était les tétées peu fréquentes dans 91,8% de cas.

La réponse juste sur l'hormone responsable de l'éjection du lait (l'ocytocine) a été apportée par seulement 26,2% des P.S. Et Les connaissances sur la composition du colostrum étaient erronées dans 23% de cas.

La fréquence diminuée de tétées a été reconnue comme la principale cause de l'insuffisance de prise pondérale parmi les enfants allaités au sein durant le premier mois après la naissance dans 67,2% des cas. Mais un taux important des professionnels de santé (47,6%) croyaient que les tétées devraient être réparties

selon des horaires fixes et non pas à la demande du nourrisson comme le recommande la 8ème condition de l'initiative hôpital ami des bébés [90].

Concernant les quatre causes avancées diminuant la production lactée, uniquement 21,3% des professionnels reconnaissaient toutes ces causes.

Presque le tiers (27,9%) des professionnels de santé n'étaient pas au courant que l'A.M au Maroc est devenu un réel problème de santé publique. Et la majorité d'entre eux (77%) ne connaissaient pas « l'initiative hôpital ami des bébés ».

La majorité des professionnels de santé (75,4%) savaient que l'allaitement précoce dans la première heure suivant la naissance constitue le meilleur moyen pour prévenir l'hypoglycémie chez le nouveau-né, mais en réalité cette pratique était très peu répandue car seulement 31,1% du personnel soignant ont remis les bébés à leur mère à la première heure dans plus de 5 fois pendant 6 mois d'exercice au sein des maternités. Ceci peut être expliqué en partie par le taux important (42,6%) des professionnels de santé qui croyaient que l'anesthésie péridurale et/ou la fatigue maternelle contre indiquent la mise au sein précoce à la première heure après l'accouchement.

Les connaissances des professionnels de santé sur les modalités d'entretien de la lactation en cas de séparation de la mère de son nourrisson étaient erronées dans 44,3%. Ce taux est compatible avec celui des professionnels (50,8%) qui n'ont jamais expliqué à une mère comment entretenir l'allaitement au sein si elle est séparée de son bébé pendant une certaine période.

Concernant les techniques de l'allaitement au sein, seulement 37,7% des professionnels de santé ont déclaré avoir bénéficié d'une formation sur ces

techniques et 21,3% d'entre eux n'ont jamais apporté ce type d'information aux mères. D'autant plus que leurs connaissances sur les positions de l'allaitement, la technique de succion et de prise de sein étaient insuffisantes.

S'agissant des pratiques recommandées pour encourager l'allaitement maternel, 67,1% des professionnels de santé savaient que toutes les actions proposées font partie intégrante de la promotion de cette pratique naturelle. Alors qu'en pratique, l'encouragement d'un allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois et sa poursuite jusqu'à 2 ans ainsi que le conseil prénatal étaient très peu offerts par les professionnels de santé. En plus, les taux des professionnels qui ont prescrit le lait artificiel, les biberons et les sucettes étaient respectivement 49,1%, 41% et 9,9%.

Puisque un taux très faible des Professionnels de santé ont offert à leurs bébés la chance d'un allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois, la rigueur professionnelle attendue de ces praticiens afin de promouvoir l'allaitement maternel est mise en défaut par des fausses idées et des attitudes héritées de leur environnement socioculturel et de leurs expériences personnelles négatives.

A la lumière de ces résultats et compte tenue des 10 conditions lancées par l'OMS et l'Unicef en 1992 dans le cadre de : « l'initiative hôpitaux ami des bébés » que les maternités devraient respecter afin d'assurer le succès de l'allaitement maternel [91], il s'avère que la situation, dans les 3 maternités où l'enquête a eu lieu, est loin d'être optimale.

Ces 10 conditions rendent nécessaire un changement rationnel des politiques et des pratiques au sein de nos maternités ainsi que la participation et la formation ,aussi bien théorique que pratique, de l'ensemble des professionnels de la santé appartenant aux différents secteurs publique et privé.



Conclusion



A travers les données de notre enquête, nous observons que le déclin de la pratique de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois est un réel problème dans notre pratique quotidienne qui interpelle tout professionnel de santé en particulier ceux impliqués dans les prestations destinées au couple mère-enfant.

Ce travail nous a permis d'apprécier le taux très faible d'allaitement à la première heure suivant la naissance ainsi que le taux d'allaitement maternel exclusif à l'âge de 6 mois qui s'avère bas et similaire aux données nationales, et qui reste largement en dessous des recommandations internationales. En outre, L'insuffisance lactée, le refus de prise du sein par le bébé et les crevasses semblent être les principales raisons amenant les mères à sevrer précocement leurs nourrissons. Néanmoins, tous ces obstacles peuvent être évités si les professionnels de santé apportent un soutien adapté à chaque situation.

L'analyse des données a montré que les deux facteurs influençant la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à l'âge de 6 mois étaient représentés par l'exclusivité de l'allaitement au sein jusqu'à l'âge de 1 mois et l'allaitement maternel au-delà de 6 mois lors d'une expérience antérieure. En effet la chance de pouvoir poursuivre l'allaitement maternel jusqu'à l'âge de 6 mois serait 4,8 fois plus importante si les professionnels de santé réussissent à encourager les mères à entretenir un allaitement maternel exclusif au moins jusqu'à l'âge de 1 mois. De même, la recherche des entraves d'un allaitement maternel antérieur permettrait l'identification du groupe de femmes pouvant être particulièrement encouragées à allaiter par le personnel impliqué au cours du suivi de la grossesse.

Les résultats d'évaluation des connaissances et pratiques des professionnels de la santé soulignent que les interventions de promotion de l'allaitement maternel

doivent amorcer par la sensibilisation du personnel soignant sur l'importance de leur rôle et sur l'ampleur que constitue actuellement l'allaitement maternel comme problème de santé publique.

Au terme de ce travail, et compte tenu de l'importance de l'allaitement maternel exclusif pendant 6 premiers mois de vie comme un objectif mondial de santé publique lié à la réduction de la morbidité et de la mortalité infantiles, nous pouvons formuler quelques recommandations :

- Assurer une formation continue des professionnels de santé relative à l'allaitement maternel.
- Inclure dans la formation les professionnels de santé de différents profils professionnels et appartenant aux secteurs public et privé.
- Promouvoir la formation de base en matière d'allaitement maternel dans les facultés de médecine, les écoles des infirmiers et de sages femmes.
- Former des consultantes en lactation spécialisées dans la lactation humaine.
- Développer la vigilance des professionnels de santé vis à vis des arguments déployés par les structures commerciales en faveur des laits artificiels.
- Adopter une politique d'allaitement maternel au sein des maternités ainsi que le suivi de son application en se basant sur les critères de « l'initiative hôpital amis de bébé » avec organisation d'un prix national annuel pour la meilleure maternité lors de la semaine nationale de l'allaitement maternel.

- Établir une stratégie nationale au court, moyen et long terme au sein des maternités en visant des objectifs quantifiables et en se basant sur des indicateurs clés pour lutter contre le déclin de l'allaitement maternel au Maroc.
- Réviser et appliquer avec vigueur la législation relative au travail de la femme allaitante au Maroc.
- Instaurer des consultations d'allaitement maternel, dans les programmes de santé publique, destinées spécialement à l'éducation et le soutien des mères en anténatal, en périnatal et en postpartum précoce et tardif.
- Élargir les réseaux éducatifs au niveau des structures sanitaires publiques et privées et au niveau des structures extra-sanitaires par le biais des différents moyens de communication incluant les mass média.

Au terme de notre enquête, des études incluant un groupe de population plus large et plus représentative avec la participation de tous les professionnels de santé de différents profils et secteurs seraient plus que souhaitables en vue d'éclaircir la vision et d'apporter un complément de solution.



Résumés



Résumé

Titre : la pratique de l'allaitement maternel au niveau de 3 maternités :Situation actuelle et facteurs influençant. Enquête auprès de 227 mères et 61 professionnels de santé

Auteur :ELBAKALI Meriem

Mots clés: Allaitement maternel; Prévalence ; Facteurs prédictifs ; Connaissances ; Pratiques.

Face au déclin en taux et en durée de l'allaitement maternel au Maroc, nous avons conduit une enquête dont les objectifs sont l'étude de la prévalence, des connaissances, des pratiques et des facteurs déterminants de cette pratique naturelle auprès de 227 mères et 61 professionnels de la santé dans 3 maternités, durant la période entre Octobre 2009 et Juin 2010.

Cette étude prospective a intéressé les nouveau-nés à terme, bien portants et singletons. Les données ont été recueillies en suite de couche, à 1 mois et 6 mois de vie de l'enfant, puis analysées par modèle de régression logistique. Les professionnels de la santé s'occupant du couple mère-enfant ont été interrogés à l'aide d'un questionnaire permettant d'évaluer leurs connaissances et pratiques sur l'allaitement maternel.

Parmi les 227 mères incluses 163 étaient joignables par téléphone. La majorité d'entre elles n'avaient pas bénéficié de conseil prénatal (72,2%) et leurs connaissances restent désormais insuffisantes. La mise au sein à la première heure suivant la naissance avait concerné uniquement 3,1% des parturientes. Les taux d'allaitement à 1 mois et 6 mois après l'accouchement étaient respectivement de 96% et 73,6% alors que celui de l'allaitement maternel exclusif à 6 mois était 22%. Les facteurs influençant la poursuite de l'allaitement à 6 mois, en analyse multivariée, étaient l'allaitement maternel exclusif jusqu'à 1 mois ($p=0,012$; $OR=4,827$), et l'allaitement maternel au-delà de 6 mois lors d'une expérience antérieure ($p=0,027$; $OR=4,087$).

L'évaluation des professionnels de la santé dévoile beaucoup d'insuffisances dans leurs connaissances et pratiques, au sein des maternités et dans leurs vies personnelles. En plus, le tiers parmi eux ne sont pas au courant que l'allaitement maternel au Maroc représente actuellement un problème de santé publique.

Le taux d'allaitement maternel exclusif à 6 mois dans notre étude est très bas et rejoint les données nationales. Beaucoup d'insuffisances restent à combler en matière de formation des professionnels de la santé. Leur contribution dans la promotion de l'allaitement maternel est primordiale et doit être mise en œuvre en prénatale, en suite de couche et lors des consultations postnatales.

Summary

Title: Practice of breastfeeding in 3 maternities: Current situation and influencing factors. Survey among 227 mothers and 61 healthcare professionals.

Author:ELBAKALI Meriem

Keywords: Breastfeeding; Prevalence; Predictor factors; knowledge; Practices.

In order to face up to the decline in rates and duration of breastfeeding in Morocco, we conducted a survey which objectives are studying the prevalence, knowledge, Practices and determinants associated with this natural practice among 227 mothers and 61 health care professionals in 3 maternities, during the period between October 2009 and June 2010.

This prospective study was conducted among term, healthy and single newborn babies. Data were collected after delivery, 1 month and 6 months postpartum, and then analyzed by logistic regression model. The healthcare professionals that support the couples mother-child at the 3 maternities were interviewed using a questionnaire to assess their knowledge and practices about breastfeeding.

Among the 227 mothers included 163 were contacted by telephone. The majority of them did not receive prenatal counseling (72.2%), and their knowledge were still insufficient. Breastfeeding initiation within the first hour after birth had affected only 3.1% of parturients. The rates of breastfeeding at 1 month and 6 months were respectively 96% and 73.6%, whereas the rate of exclusive breastfeeding at 6 months was 22%.

In multivariate analysis, factors associated with the pursuit of breastfeeding at six months were as follows: Exclusive breastfeeding until one month ($p=0,012$; $OR=4,827$) and Breastfeeding beyond six months at a previous experience ($p=0,027$; $OR=4,087$).

The assessment of healthcare professionals has shown many deficiencies in their knowledge and practices in maternities and in their personal lives. In addition, one third of them are unaware that breastfeeding in Morocco is currently a public health problem.

The rate of exclusive breastfeeding at 6 months in our study is very low and close to the national data. Many gaps need to be addressed in training of healthcare professionals.

Their contribution in the promotion of breastfeeding is essential and must be implemented in prenatal, after delivery and postnatal consultations.

ملخص

العنوان: ممارسة الرضاعة الطبيعية في ثلاث مستشفيات ولادة: الوضعية الحالية والعوامل المؤثرة
دراسة استقصائية حول 227 أما و 61 أخصائي في الصحة

من طرف: مريم البقالي

الكلمات الرئيسية: الرضاعة الطبيعية، النسبة، العوامل المفترضة، المعارف الممارسات.

من أجل مواجهة الانخفاض في معدلات ومدة الرضاعة الطبيعية في المغرب، قمنا بإجراء دراسة استقصائية هدفها تحديد معدل انتشار الإرضاع الطبيعي من الثدي، وكذا المعارف والممارسات والعوامل المرتبطة به لدى 227 امرأة و 61 خبير صحة في ثلاثة مستشفيات ولادة خلال الفترة الممتدة بين شهر أكتوبر 2009 وشهر يونيو 2010.

هذه الدراسة المستقبلية خصت الأطفال حديثي الولادة الذين ولدوا في وضعية صحية جيدة بعد 9 أشهر من الحمل المفرد. جمعت البيانات بعد الولادة، ثم بعد مرور شهر و6 أشهر من عمر الرضيع. بعد ذلك تم تحليلها باستخدام نموذج الانحدار اللوجستيكي.

وتم استجواب خبراء الصحة المتخصصين في رعاية الأم والطفل في مستشفيات الولادة الثلاثة بواسطة استبيان، لتقييم معرفتهم وممارساتهم حول الرضاعة الطبيعية.

شملت الدراسة 227 أما ومن بينهن 163 تم الاتصال بهن عن طريق الهاتف. وقد تبين أن غالبية الأمهات لم تتلقين النصائح قبل الولادة (72,2%) وتضل المعلومات المتوفرة عندهن حول الرضاعة الطبيعية غير كافية. نسبة الأمهات اللواتي أرضعن مواليدهن خلال الساعة الأولى بعد الولادة هي 3,1%.

وتبلغ نسبة الرضاعة الطبيعية حتى الشهر الأول والسادس على التوالي 96% و 73,3%، في حين أن نسبة الرضاعة الطبيعية المقتصرة على الثدي في ستة أشهر هي 22%. العاملين المرتبطين باستمرار الرضاعة الطبيعية إلى غاية سن 6 أشهر، باستعمال التحليل متعدد المتغيرات، هما: الرضاعة الطبيعية المقتصرة على الثدي حتى الشهر الأول ($p=0,012$; $OR=4,827$)، و الرضاعة الطبيعية أكثر من ستة أشهر خلال تجربة سابقة ; $p=0,027$; $(OR=4,087)$.

توضح نتائج تقييم المتخصصين في الرعاية الصحية للام والطفل نقصا في معارفهم وممارساتهم داخل مستشفيات الولادة وفي حياتهم الشخصية. بالإضافة إلى أن الثلث منهم ليسوا على علم بأن الرضاعة الطبيعية في المغرب أصبحت تعتبر مشكلة للصحة العمومية.

معدل الرضاعة الطبيعية المقتصرة على الثدي في دراستنا منخفض جدا وقريب من المعطيات الوطنية. لا تزال هناك العديد من الثغرات التي ينبغي معالجتها في مجال تكوين مهنيي الصحة، لاسيما أن مساهمتهم في النهوض بالرضاعة الطبيعية تعتبر أساسية ويجب أن يعمل بها في فترة ما قبل الولادة، وبعد الوضع، وخلال الزيارات الطبية بعد الولادة.



Annexes



FICHE D'EXPLOITATION

Destinée aux parturientes

N° :

Tél :

- **Age :** <30 ans >= 30 ans
- **Origine géographique :** Rural Urbain
- **Situation matrimoniale :**
 Mariée Non mariée
- **Niveau d'études**
Scolarisée : Primaire Supérieur
 Analphabète
- **Activité Professionnelle :** Sans emploi avec emploi
- **Niveau Socio-économique (Revenu mensuel) :**
 Bas Moyen Elevé
- **Antécédents médicaux chirurgicaux :**
 Oui lesquels :
 Non
- **Parité :** Primipare Paucipare Multipare
- **Type de procréation :**
 Spontanée FIV Prise médicamenteuse Autres
- **Grossesse :** Désirée Non désirée
- **Nombre de consultations prénatales :** Quatre < Quatre
- **Examen des seins lors des consultations :** Oui Non
- **Conseil prénatal sur l'allaitement maternel :** Oui Non

• **Pathologie de la grossesse :**

Oui la quelle :

Non

• **Prise médicamenteuse durant la grossesse**

Oui quel médicament :

Non

• **Hospitalisation pendant la grossesse :**

Oui pourquoi :

Non

• **Horaire de l'accouchement :** [6 H; 14 H [[14 H; 22 H [

[22H ; 6 H [

• **Mode d'accouchement :** Césarienne V.B

• **Sexe du nouveau-né :** Garçon Fille

• **Poids du nouveau-né :** < 2500 g entre 2500-3999g >=4000g

• **Le délai entre l'accouchement et la première tétée**

Première heure Entre 1 h et 4 h Après 4h Au-delà de 24 h

• **La cause du retard de mise au sein après une heure**

* le Retard de remise du bébé à sa mère oui non

*fatigue maternelle oui non

* refus de prise de sein par le bébé oui non

* la non disponibilité d'un professionnel de santé oui non

* la mère ne sait pas allaiter oui non

*absence du lait selon la mère oui non

*la mère croit que le colostrum est mauvais pour la santé du bébé oui non

• **Durée de l'A.M antérieur :**

<6mois >= 6 mois

• **Causes d'arrêt de l'A.M antérieur :** Refus de prise du sein par le bébé

Insuffisance lactée Crevasse Contraintes liées au travail

Fatigue maternelle Grossesse Maladie maternelle

• **La mère elle-même allaitée :** Oui Non

Connaissances et pratiques des mères au sujet de l'A.M :

• **l'importance de la mise au sein immédiate** (1^{ière} H après l'accouchement) pour contre

• **l'existence du colostrum :** sait ne sait pas

• **les bénéfices du colostrum pour la santé du bébé :** Sait ne sait pas

• **le lait maternel est l'aliment de choix pour le nouveau-né :** oui non

• **les bénéfices du lait maternel pour la santé de l'enfant:** sait ne sait pas

• **les bénéfices de l'A.M pour la santé de la mère :** sait ne sait pas

• **Moment de choix du type d'alimentation :**

Avant la conception Après la conception

• **le mode d'alimentation initialement choisi par mère :**

Allaitement maternel Formules lactées

Autres liquides non lactés : Tisane Eau sucré

• **L'utilisation de tétine artificielle ou sucette :** Oui Non

• **Hygiène des seins :** Bien entretenue Défectueuse

• **nombre envisagé de tétées:** à la demande selon des horaires fixes.

• **la durée envisagée de l'A.M :**

<24 mois >= 24 mois

• **l'âge de la diversification alimentaire :** <6mois ≥ 6 mois

• **La modalité d'entretien de la lactation si la maman est séparée de son enfant :** Sait ne sait pas

• **la modalité de conservation du lait maternel au réfrigérateur :**

Sait ne sait pas

• **la raison du choix du lait maternel :**

* Motivation personnelle * Bénéfices pour l'enfant *Raison économique
 Oui non oui non oui non

*Avantages dans la relation mère-enfant * Demande d'autrui
 Oui non oui non

• **la raison du choix du lait artificiel :**

Contre indication maternelle
 Absence de bouts de seins ou chirurgie mammaire

Expérience négative antérieure vis-à-vis de l'A.M
 Pour une meilleur satiété et croissance du bébé Absence de montée laiteuse
 Fatigue maternelle travail de la mère prescrit par le médecin.

• **la raison d'administration d'autres liquides non lactés :**

*Pas de montée laiteuse * Fatigue maternelle * Bénéfique pour la santé de l'enfant
 Oui non oui non oui non

*absence de bouts de seins oui non *conseillé par un professionnel de la santé
 Oui non

• **la source d'information :**

* Entourage familial *Professionnel de la santé * auto information
 Oui non oui non oui non

Fiche d'exploitation destinée aux : N° :
« Professionnels de la santé ».

*** Partie 1 : Testez vos connaissances**

- 1) Quelle est la meilleure méthode parmi les stratégies suivantes pour prévenir l'hypoglycémie chez le nouveau-né bien portant:
 - a. La surveillance de la glycémie (dextro) toutes les 30 min après l'accouchement.
 - b. Soluté glucosé par voie orale immédiatement après la naissance.
 - c. L'allaitement au sein précoce dans 30-60 min après l'accouchement.
 - d. Toutes les réponses sont justes.

- 2) Une maman qui allaite va être séparée de son enfant pendant une nuit de travail. Quel est le meilleur conseil à lui donner pendant le temps de séparation de son bébé (sachant qu'il existe un réfrigérateur au milieu du travail) :
 - a. Elle doit pomper le lait et le garder jusqu'à 24h sans avoir besoin du réfrigérateur.
 - b. Elle doit pomper le lait et le jeter.
 - c. Elle n'a pas besoin d'utiliser le tire lait car le temps de séparation est court.
 - d. Elle doit pomper le lait et le préserver dans le réfrigérateur à une $O < 4^{\circ} C$.

- 3) Parmi les bénéfices de l'allaitement maternel :
 - a. Prévient l'otite, la gastroentérite, les infections respiratoires chez l'enfant.
 - b. Réduit le taux des hospitalisations des enfants.
 - c. Favorise le développement psychomoteur du bébé et assure un bon développement de ses mâchoires.
 - d. Réduit le risque du cancer de sein et de l'utérus chez la mère.
 - e. Toutes les réponses sont justes.

- 4) Pour encourager l'allaitement maternel les pratiques suivantes sont recommandées :
 - a. L'initiation de l'allaitement maternel une heure après la naissance.
 - b. Eviter l'utilisation de tétine artificielle ou sucette.
 - c. La cohabitation mère -nouveau né 24h/j.
 - d. La promotion de l'allaitement maternel durant les consultations prénatales.
 - e. Toutes les réponses sont justes.

- 5) Pour promouvoir l'allaitement maternel en anténatal il est recommandé de:
- Examiner les seins au cours des consultations prénatales.
 - Informé la mère sur les avantages et les techniques de l'allaitement maternel.
 - Identifier les entraves et les contre-indications de l'allaitement maternel.
 - Toutes les réponses sont justes.
- 6) Quels sont les médicaments contre indiqués au cours de l'allaitement maternel :
- Amoxicilline.
 - Fluconazole.
 - Technetium-99m.
 - b+c
 - Prédnisone à faible dose.
 - Ibuprofène
- 7) Quelle est l'hormone responsable de l'éjection du lait :
- Œstrogène
 - Progestérone
 - Prolactine
 - Ocytocine
- 8) En comparaison avec le lait mature, le colostrum contient :
- Moins de sodium, potassium, chlorure.
 - Plus de graisse et de sodium.
 - Plus de protéines, de sodium et de vitamines liposolubles.
 - Plus de vitamines hydrosolubles.
- 9) L'engorgement mammaire est souvent du à un :
- Un taux élevé en prolactine.
 - Les tétées peu fréquentes.
 - Dépression du post-partum.
 - Anesthésie péridurale.
- 10) La cause la plus fréquente de l'insuffisance de prise pondérale parmi les enfants allaités au sein durant le premier mois après la naissance :
- Désordres métaboliques du nourrisson.
 - Allaitement au sein peu fréquent.
 - Contenu faible en graisse du lait maternel.
 - Malnutrition maternelle.

- 11) La diversification alimentaire est recommandée au :
- 2^{ème} mois.
 - 4^{ème} mois.
 - 6^{ème} mois.
 - 9^{ème} mois.
- 12) L'allaitement maternel est contre indiqué dans les situations suivantes :
- Nourrisson atteint de galactosémie.
 - Hépatite B ou C maternelle.
 - Mère HIV positif.
 - Engorgement mammaire.
- 13) Dans quelles circonstances il est impératif de retarder l'allaitement au sein (au-delà d'une heure après l'accouchement).
- Anesthésie péridurale.
 - Fatigue maternelle.
 - a et b.
 - aucune réponse n'est juste.
- 14) La production du lait maternel est diminuée en cas de :
- Rétention placentaire.
 - Mère tabagique.
 - Fatigue et stress maternel.
 - Les médicaments diurétiques.
 - Toutes les réponses sont justes
- 15) Le nombre de tétées recommandées par jour :
- Toutes les heures.
 - Toutes les 2 heures.
 - Toutes les 3 heures.
 - Toutes les 4 heures.
 - A la demande.
- 16) avez-vous bénéficié d'une formation sur les techniques de l'allaitement maternel :
- Oui b.non

17) les bonnes positions de l'allaitement au sein correspondent à :

- a. la mère doit placer le bébé sur le coté et lui ramener les genoux vers elle, l'oreille, l'épaule, la hanche du bébé forment une ligne droite, le dos du bébé est soutenu par l'avant-bras de la mère tandis que sa main entoure ses fesses ou sa cuisse.
- b. le bébé fait face à sa mère, blotti contre elle sous son bras, la partie inférieure de son corps repose sur un oreiller, la partie supérieure du dos du bébé repose sur l'avant bras de la mère et la main de celle-ci soutient la nuque du bébé.
- c. la mère repose sur le coté et le bébé repose sur le coté face à sa mère, le dos soutenu par son avant bras. les genoux du bébé sont rapprochés du corps de la mère. Pour garder le bébé face à elle, la mère peut placer un petit oreiller derrière le dos du bébé.
- d. toutes les réponses sont justes.

18) quelle est la bonne technique de prise du sein par le bébé :

- a. le bébé doit prendre une bouchée assez grande de l'aréole avec les lèvres retroussées pour qu'il puisse comprimer les sinus lactifères contre son palais osseux.
- b. Le bébé doit comprimer la base du mamelon par ses lèvres pour en tirer efficacement le lait.

19) la succion qui suit le rythme « bouche grande ouverte, pause, bouche fermée » indique que le bébé prend bien le sein et qu'il avale de grandes lampées de lait.

- a. Vrai
- b. Faux

20) L'allaitement maternel au Maroc est devenu un problème de santé publique :

- a. Vrai
- b. Faux

21) Etes vous au courant de l'initiative « hôpital ami des bébés » :

- a. Oui
- b. Non

22) En quelle année l'assemblée générale de l'OMS a recommandé : « un allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois de vie et sa poursuite jusqu'à 2 ans »

- a. 1990
- b. 2001
- c. 2000

* partie 2 : les pratiques des professionnels de la santé

-Durant les 6 mois précédents combien de fois avez-vous ?

	Jamais	1 à 2 fois	3 à 4 fois	5 fois ou plus
1. informé la mère sur les avantages de l'allaitement maternel				
2. informé la mère sur les techniques de l'allaitement au sein				
3. montré à la mère comment montrer à la mère comment entretenir l'allaitement au sein si elle est séparée de son bébé				
4. réglé les problèmes liés à l'allaitement au sein (mastite, crevasse...)				
5. offrir un conseil prénatal sur l'allaitement maternel				
6. interrogé une mère qui allaite sur les médicaments qu'elle prend.				
7. prescrit : *lait artificiel *sucette *biberon				
8. remis le bébé à sa mère dans la première heure après l'accouchement.				
9. encouragé un allaitement maternel exclusif jusqu'à 6 mois et sa poursuite jusqu'à 2 ans.				

*** partie 3 : informations personnelles**

• sexe : homme femme

• âge :

• statut professionnel :

Médecin : 1. gynécologue 2. Pédiatre 3. médecin généraliste

Infirmier (e) sage femme étudiant(e) en médecine

• si vous avez des enfants, est ce que le dernier de vos enfants a été nourris par :

* du lait artificiel exclusif non

* du lait maternel exclusif jusqu'au 6^{ème} mois oui non

* du lait maternel <6 oui non

• la durée de l'allaitement au sein de votre enfant :

<6mois entre 6-12 mois entre 12-24 mois.



Bibliographie



- [1] « Lait maternel : Un concentré de santé pour le bébé ». *Revue de presse, Fédération québécoise nourri-source, mouvement d'entraide pour l'allaitement maternel* [en ligne]. Mai 2009. Disponible sur : <<http://www.nourri-source.org/salle-des-medias/nouvelles/lait-maternel-un-concentre-de-sante-pour-bebe>>.
- [2] Lartigue. « ALLAITEMENT MATERNEL : UN BON DÉPART POUR LA VIE ». *Info allaitement 17, semaine mondiale de l'allaitement maternel* [en ligne] .2004. Disponible sur : <<http://www.info-allaitement.com/smam-200.htm#programme>>.
- [3] C. LEGRAND. «Allaier, ne pas allaier, le choix des mères ». *La croix* [en ligne]. Février 2010. Disponible sur : « <http://www.la-croix.com/Allaier-ne-pas-allaier-le-choix-des-meres/parents-enfants> ».
- [4] A. BARKAT, A. LYAGHFOURI, A. MDAGHRI ALAOUI, N. LAMDOUAR BOUAZZAOUI. « Une réflexion sur l'allaitement maternel au Maroc ». *Médecine du Maghreb* [en ligne]. juillet 2004. Disponible sur : <<http://www.santetropicale.com/santemag/maroc>>.
- [5] World Health Organization, *l'allaitement maternel faits et chiffres* [en ligne]. juillet 2009. Disponible sur : <<http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/fr/index.html>>.

- [6] S. Claude, J. Didierjean. « L'allaitement au 20e siècle ». *La LECHE LEAGUE allaitement et maternage*. Mars 2009. Disponible sur : <<http://www.lllfrance.org/L-allaitement-dans-la-societe/L-allaitement-au-20e-siecle.html>>.
- [7] T. Renavand. « Les mères ont absolument besoin de soutien ». *L'allaitement maternel faits et chiffres*. Disponible sur: <<http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding>>.
- [8] *Politique de santé de l'enfant au Maroc situation actuelle*. Direction de la Population, Ministère de la Santé, Royaume Du Maroc, Octobre 2005, p.72-99.
- [9] A.Ouardirhi. « Semaine nationale de l'allaitement maternel : Un bon départ pour la vie ». *AL BAYAN* [en ligne].2010.Disponible sur : <<http://www.fr.albayane.org>>.
- [10] A. Lyaghfour, H.Chekli, A.Rjimati, A. Zerrari .Allaitement maternel. *Guide pratique à l'usage des professionnels de la santé*. , Direction de la Population, Ministère de la Santé, Royaume du Maroc, Avril 2005, 30 p.
- [11] N. Bourquia. « Allaitement maternel ». In : Ministère de la santé [Royaume du Maroc]. *Enquête nationale à indicateurs multiples et santé des jeunes ENIMSJ 2006-2007*.Janvier 2008, vol 3, p.26.
- [12] P.Bonnier. *Suite de couche pathologique, les complications de l'allaitement* [en ligne].Faculté de médecine de Marseille-Université de la méditerranée, Septembre 2005.

- [13] M. Thirion. « Érosions et crevasses » [en ligne].*Santé et allaitement maternel*, 2003.
Disponible sur : <<http://www.santeallaitementmaternel.com>>.
- [14] N. Mohrbacher, J. Stock. *Le Livre des réponses allaitement maternel* [en ligne]. La LECHE LEAGUE : IBCLC, BA, IBCLC, 1997.
- [15] J. NEWMAN. « Quand le bébé refuse de prendre le sein ». *La LECHE LEAGUE allaitement et maternage*, AOÛT 2009, N°26.
- [16] J. NEWMAN . *When The Baby Refuses to Latch On* [en ligne], January 2005. Disponible sur : < <http://www.mamadearest.ca>>.
- [17] La confusion sein tétine[en ligne] : *La LECHE LEAGUE allaitement et maternage, Cahier d'allaitement*, AOÛT 2009 ,N°1. Disponible sur : < <http://www.lllfrance.org/Feuillets-pour-les-professionnels-de-sante/La-confusion-sein-tetine-Cahier-de-l-Allaitement-n1.html>>.
- [18] Blyth RJ et al. Breastfeeding duration in an Australian population: the influence of modifiable antenatal factors. *Journal of Human Lactation*, 2004, 20:30–38.
- [19] Taveras EM et al. Opinions and practices of clinicians associated with continuation of exclusive breastfeeding, *Pediatrics*, 2004, 113:e283–e290

- [20] Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), service recommandations et références professionnelles. Allaitement maternel : mise en œuvre et poursuite dans les six premiers mois de vie de l'enfant. Recommandations (mai 2002). *Gynécologie Obstétrique Fertilité*, 2003, 31, pp.481–90
- [21] F. NOIRHOMME-RENARD, M. FARFAN-PORTET, J. BERREWAERTS. *Soutenir l'allaitement maternel dans la durée, quels sont les facteurs en jeu ?* [En ligne]: Service Communautaire de Promotion de la Santé avec le soutien de la Communauté française de Belgique, Juillet 2006, p.13.
- [22] Taveras EM et al. Mothers' and clinicians' perspectives on breastfeeding counseling during routine preventive visits. *Pediatrics*, 2004 ; 113(5)
- [23] Arora Samir, McJunkin Cheryl, Wehrer Julie et Kuhn Phyllis (2000). Major Factors Influencing Breastfeeding Rates: Mother's Perception of Father's Attitude and Milk Supply. *Pediatrics*, 106 (5). Version électronique de 5 pages.
- [24] Kronborg H, Vaeth M. *the influence of psychosocial factors on the duration of breastfeeding*. *Scand J Public Health* , 2004 ; 32 : 210-16.
- [25] M.Herzog-Evans. « Aspects juridiques de l'allaitement maternel en France » [en ligne] : *RD San Soc* 2001 ; 37(2) : 223-40.

- [26] Y.Amrani. «Allaitement maternel, Pratique qui régresse dangereusement» [en ligne]. *LE MATIN*. Juillet 2006.Disponible sur : < <http://www.lematin.ma>>.
- [27] *Le congé de maternité est rémunéré dans plus de 120 pays. L'inégalité de traitement des hommes et des femmes dans l'emploi perdure.* Communiqué de presse. Organisation internationale du travail. Genève:16 Février 1998.
- [28] S Callahan, N Séjourné, A Denis. *J Hum Lact.* « Fatigue and breastfeeding : an inevitable partnership ? »[En ligne]. *les Dossiers de l'Allaitement* .2005,N° 69 .Disponible sur: <<http://www.lllfrance.org/Dossiers-de-l-allaitement/DA-69-Fatigue-et-allaitement.html>>.
- [29] groupement des pédiatres strasbourgeois exerçant la réanimation. «*L'allaitement fatigue la mère ?* ». Le site des pédiatres appartenant à la GPSR, clinique Ste Anne. Décembre 2008.Disponible sur :< <http://www.pediatre-online.fr/allaitement/allaitement-fatigue-la-mere>>.
- [30] Evidence for the ten steps to successful breastfeeding: Family and Reproductive Health, Division of Child Health and Development, World Health Organization, Geneva ,1998.

- [31] Organisation mondiale de la santé. Santé et développement de l'enfant et de l'adolescent ; Allaitement maternel [en ligne], 2010.Disponible sur :<http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/child/nutrition/breastfeeding/fr/index.html>.
- [32] M.Thirion. « naissance et première tétée » [en ligne].*Santé et allaitement maternel*, 2003. Disponible sur : <<http://www.santeallaitementmaternel.com>>.
- [33] J.Gassier, C.de Saint-Sauveur. *Le guide de la puéricultrice* : Elsevier, 2007,1155 p.
- [34] K. Edmond et al. Delayed Breastfeeding Initiation Increases Risk of Neonatal Mortality. *Pediatrics* 2006; 117:380-386.
- [35] organisation mondiale de la santé. Thème de santé; Allaitement [en ligne] ,2010.Disponible sur :< <http://www.who.int/topics/breastfeeding>>.
- [36] C. Boutet , L. Vercueil , C. Schelstraete , A. Buffin , J.J. Legros. «Oxytocin and maternal stress during the post-partum period ».Annales d'Endocrinologie, Juin 2006.Vol 67, N° 3 , pp. 214-223.
- [37] Neifert MR. prevention of breastfeeding tragedies. In: Rj S,editor .The pediatric clinics of North America, breastfeeding 2001,PART 11:*the management of breastfeeding*, volume 48.p273-98
- [38] L. Righard , MO.Alade . Sucking *technique and its effect on success of breastfeeding*. Birth 1992; 19:p.185-9

- [39] DJ. Chapman, R.Perez-Escamilla. *Does delayed perception of the onset of lactation shorten breastfeeding duration?* J Hum Lact 1999; 15:p.107-11
- [40] A. DiGirolamo, N. Thompson, R .Martorell et al. *Intention or experience? Predictors of continued breastfeeding.* Health Education and Behavior, 2005; 32: 208-26.
- [41] Thirty Fourth Session of the Standing Committee on Nutrition, February 24, 2007. Working Group on Breastfeeding and Complementary Feeding; On WBW 2007 – Breastfeeding: The 1 r. st Hour – Save ONE million babies! On behalf of World Alliance for Breastfeeding Action (WABA).
- [42] A. JNIENE. *Situation de l'allaitement maternel à l'hôpital Sidi Lahcen de Temara.* Thèse de doctorat en médecine.RABAT : Université Mohammed 5, faculté de médecine et de pharmacie de Rabat, 2005,128 p.
- [43] A. Rjimati,H.Chekli. « Allaitement et état nutritionnel ».In : Ministère de la santé [Royaume du Maroc].*Enquête sur la population et la santé familiale EPSF 2003-2004.*Mars 2005,Vol 10,p .133-139.
- [44] Etudes dans les pays industrialisées : «Facteurs associés avec l'initiation et la durée de l'allaitement maternel : une revue de la littérature» .Adaptation d'un article de Jane A Scott et Colin W Binns, paru dans *Breastfeeding Review*, 1999, n°1, vol 7, publié initialement dans *Australian Journal of Nutrition and Dietetics*, 1998 ; 55(2) :51-61

- [45] ER Newton. B Abs. « Influence des pratiques obstétricales sur le démarrage et le déroulement de l'allaitement »[en ligne]. *Les Dossiers de l'Allaitement*, N°35, LLL France, Octobre 2009.Disponible sur :< <http://www.lllfrance.org/Dossiers-de-l-allaitement>>.
- [46] G. Dewey, A. Laurie, N.Rivers, M. Jane Heinig, J. Roberta Cohen. The Department of Nutrition, University of California, Davis. “Risk Factors for Suboptimal Infant Breastfeeding Behavior, Delayed Onset of Lactation, and Excess Neonatal Weight Loss” [en ligne]. *PEDIATRICS*, Vol. 112 , No. 3 ,September 2003, pp. 607-619.
- [47] M. Michel, G. Gremmo-Féger, E. Oger, J. Sizun. CHU de BREST France. “Pilot study of early breastfeeding difficulties of term newborns in maternity: incidence and risk factors” *Archive de pédiatrie* 14(2007)454-460.Available on line at :< www.sciencedirect.com>.
- [48] L .Righard, MO. Alade. Sucking technique and its effect on success of breastfeeding.
Birth 1992; 19:185-9.Available on line at :<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1472265>>.
- [49] « Vivre une césarienne et réussir son projet d'allaitement » [en ligne]. *Allaiter Aujourd'hui* N°65, LLL France, 2005. Disponible sur :<<http://www.lllfrance.org>>.

- [50] N.MOHRBACHER, J.STOCK. « Allaitement maternel après une césarienne » [EN LIGNE]. *LA LECHE LEAGUE*, LLL France, N° 12, Avril 2010.Disponible sur :<<http://www.lllfrance.org>>.
- [51] *Les tétées nocturnes, l'allaitement en pratique* [en ligne].2004. Disponible sur :< <http://www.info-allaitement.org>>.
- [52] Office of the United Nations high commissioner for human rights. *Convention on the Rights of the Child*, Adopted and opened for signature, ratification and accession by General Assembly resolution 44/25, 20 November 1989.
- [53] F. Molénat. *La mère et son environnement : prévention des troubles autour de la maternité* [en ligne].2005.Disponible sur :< http://accesausavoir.livrel.eu/ebooks/012_parentalites/html-n/a_savoir_12_A4-La.html>.
- [54] I. Bouanene, S. ElMhamdi, A. Sriha, A. Bouslah et M. Soltani. « Connaissances et pratiques des femmes de la région de Monastir (Tunisie) concernant l'allaitement maternel ». *Eastern Mediterranean health Journal* ,2008.
- [55] MICS Algérie 2006 Multiples Indicator Cluster Surveys. Rapport préliminaire OMS, juillet 2006.

- [56] Organisation mondiale de la santé. Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, Genève, 2003. Disponible sur : http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/gs_iycf.pdf.
- [57] S. Dionne, S.Jetté .*L'allaitement maternel au Québec, lignes directrices*. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, Septembre 2001, p.10
- [58] N. Mohrbacher, J. Stock. « Allaitement maternel après une césarienne » [en ligne]. *LA LECHE LEAGUE*, LLL France, octobre 2001, Feuillet N°12.
- [59] Y. Sguassero. Durée optimale de l'allaitement maternel exclusif : Commentaire de la BSG (dernière révision : 28 mars 2008). Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS; Genève: Organisation mondiale de la Santé.
- [60] World health Organization.*Exclusive breastfeeding* [en ligne]. Disponible sur : <http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/en/index.html>.
- [61] *L'allaitement maternel exclusif sauve des vies* [en ligne]. Octobre 2007. Disponible sur :< <http://www.destinationsante.com/L-allaitement-maternel-exclusif.html>>.
- [62] *Nutrition*. New York: UNICEF. 17 August 2007. Available online at:<<http://www.unicef.org/nutrition/index.html> >

- [63] *Monitoring the situation of children and women*. New York: UNICEF.17 August 2007. Available online at: <<http://www.childinfo.org>>.
- [64] R. Blyth, DK .Creedy, CL .Dennis et al. *Effect of maternal confidence on breastfeeding duration: an application of breastfeeding self-efficacy theory*. 2002; 29: 278-84.
- [65] JA. Scott .Factors associated with the initiation and duration of breastfeeding : a review of the literature. *B Review*, 1999.
- [66] L. Dubois, M. Girard . Social determinants of initiation, duration and exclusivity of breastfeeding at the population level: the results of the Longitudinal Study of child Development in Quebec (ELDEQ 1998-2002). *C J Public Health* ; 94(2003), pp.300-305.
- [67] M. Theofilogiannakou, M .Skouroliakou, A. Gounaris . Breastfeeding in Athens, Greece:factors associated with its initiation and duration. *J Pediatric Gastroenterol Nutr*; 43(2006), pp.379-384.
- [68] Scott J.A., Binns C.W., Oddy W.H., Graham K.I., Predictors of breastfeeding duration : evidence from a cohort study. *Pediatrics*, Vol. 117, Number 4, April 2006, pp 646-655
- [69] Branger B, Cebron M, Picherot G et al. Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes. *Arch Pédiatr* 1998 ; 5, 489-96.

- [70] F. BELLATI-SAAD, M.G. SALL, S.L. MARTIN, A. AZONDEKON, N. KUAKUVI. situation actuelle de l'allaitement maternel dans la région d'Agadir au Maroc :A propos d'une enquête chez 220 mères. *Médecine d'Afrique Noire* : 1996, 43 (4).
- [71] Peters E, Wehkamp KH, Felberbaum RE et al. Breastfeeding duration is determined by only a few factors. *European Journal of Public Health*, 2005.
- [72] Evaluation d'une action de promotion de l'allaitement maternel en Alsace. Observation régionale de la santé d'Alsace. Revue de littérature, p.9-31.
- [73] V. Siret, C. Castel, P. Boileau, K. Castetbon ,and L. Foix l'Hélias. Facteurs associés à l'allaitement maternel du nourrisson jusqu'à 6 mois à la maternité de l'hôpital Antoine-Béclère, Clamart. *Archives de Pédiatrie*, Volume 15, Issue 7, July 2008, Pages 1167-1173.
- [74] Jana AK. Interventions afin de promouvoir l'initiation de l'allaitement : Commentaire de la BSG (dernière révision : 20.02.06). Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS; Genève : Organisation mondiale de la Santé.
- [75] Behavioral interventions to promote breastfeeding: recommendations and rationale. *Ann Fam Med* ,2003;1:79-80.
- [76] M. Vessière-Varigny, R. Garlantézec, G. Gremmo-Feger, M. Collet and J. Sizun. Allaitement maternel du nouveau-né prématuré : évaluation prospective dans une maternité universitaire

- [77] Labarère J, Dalla-Lana C, Schelstraete C et al. Initiation et durée de l'allaitement maternel dans les établissements d'Aix et Chambéry (France). *Arch Pédiatr* 2001; 8: 807-15.
- [78] Guise JM, Palda V, Westhoff C et al. The effectiveness of primary car-based interventions to promote breastfeeding : systematic evidence review and meta-analysis for the US Preventive Services Task Force. *Annals of Family Medicine* 2003 ; 1 : 70-8
- [79] Organisation mondiale de la santé *Déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF*. Genève: Organisation mondiale de la santé; 1989. Protecting, Promoting and Supporting Breast-feeding: The Special Role of Maternity Services
- [80] Uhari M, Mantysanri K, Niemelä M. A meta-analytic review of the risk factors for acute otitis media. *Clin Infect Dis*. 1996; 22:1079–83. Available online at:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8783714>>.
- [81] Peressini S. Pacifier use and early childhood caries: An evidence-based study of the literature. *J Can Dent Assoc*. 2003; 69:16–9. Available online at:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12556264>>
- [82] Aarts C, Hörnell A, Kylberg E, Hofvander Y, Gebre-Medhin M. Breastfeeding patterns in relation to thumb sucking and pacifier use. *Pediatrics*. 1999; 104: e50. Available online at:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>>.

- [83] Vogel AM, Hutchison BL, Mitchell EA. The impact of pacifier use on breastfeeding: A prospective cohort study. *J Paediatr Child Health*. 2001;37:58–63. Available online at: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>>
- [84] Les recommandations sur l’usage des sucettes. Comité de la pédiatrie communautaire, Société canadienne de pédiatrie. *Paediatrics & Child Health*, 2003; 8(8): 523-528.
- [85] Schubiger G, Schwarz U, Tonz O., for The Neonatal Study Group UNICEF/WHO baby-friendly hospital initiative: Does the use of bottles and pacifiers in the neonatal nursery prevent successful breastfeeding. *Eur J Pediatr*. 1997;156:874–7.
- [86] Ekström A., Widström A.M., Nissen E., Breastfeeding support from partners and grandmothers: perceptions of Swedish women. *B.I.R.T.H.*, 30:4, December 2003, pp 261-266.
- [87] Coordination française pour l’allaitement maternel (COFAM). *Les critères du Label Ami des Bébé*s [en ligne]. Disponible sur :< <http://coordination-allaitement.org>>.
- [88] Données scientifiques relatives aux 10 conditions pour le succès de l’allaitement, département santé et développement de l’enfant et de l’adolescent, Organisation mondiale de la santé. Genève ; 1999.

Serment

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

- *Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*
- *Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*
- *Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*
- *Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*
- *Les médecins seront mes frères.*
- *Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*
- *Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.*
- *Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*
- *Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

قسم أبقراط

بسم الله الرحمن الرحيم أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- ◀ بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية.
 - ◀ وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه.
 - ◀ وأن أمارس مهنتي بوازع من ضميري وشرفي جاعلا صحة مريض هدي الأول.
 - ◀ وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي.
 - ◀ وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب.
 - ◀ وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي.
 - ◀ وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي.
 - ◀ وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها.
 - ◀ وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد.
 - ◀ بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بشرفي.
- والله على ما أقول شهيد.

ممارسة الرضاعة الطبيعية في ثلاث مستشفيات ولادة:
الوضعية الحالية والعوامل المؤثرة
دراسة استقصائية حول 227 أما و 61 أخصائي في الصحة

قدمت ونوقشت علانية يوم :

من طرف

السيدة : مريم البقالي

المزودة في: 05 ماي 1985 بالرباط

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: الرضاعة الطبيعية – النسبة – العوامل المفترضة – المعارف – الممارسات.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس

مشرف

السيد: رشيد بزاد

أستاذ مبرز في أمراض النساء والتوليد

السيدة: أسماء مدغري علوي

أستاذة مبرزة في طب الأطفال

السيد: سعيد الطاير

أستاذ مبرز في طب الأطفال

السيدة: أمال اتهمو إزكا

أستاذة في طب الأطفال

أعضاء

}