

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

ANNEE: 2012

THESE N°: 148

**FACTEURS ASSOCIES A L'ALLAITEMENT MATERNEL
DU PREMATURE PENDANT LES 6 PREMIERS MOIS DE VIE**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le :

PAR

Mme. Ilhame NACIRI

Née le 02 Novembre 1984 à Meknes

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES: Allaitement maternel – Nouveau-né prématuré – 6 Premiers mois de vie –
Facteurs associés

JURY

Mme. A. ALAOUI MDAGHRI Professeur de Pédiatrie	PRÉSIDENT
Mme. A. THIMOU IZGUA Professeur de Pédiatrie	RAPPORTEUR
Mr. S. ETTAIR Professeur de Pédiatrie	} JUGES
Mme. S. KHABOUZE Professeur de Gynéco-Obstétrique	

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سبحانك لا علم لنا إلا ما علمتنا

إننا أنت العليم الحكيم

سورة البقرة: الآية: 31

صَدَقَ اللَّهُ الْعَظِيمَ



UNIVERSITE MOHAMMED V- SOUISSI

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT

1962 – 1969 : Docteur Abdelmalek FARAJ
1969 – 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981 : Professeur Bachir LAZRAK
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

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 |
| 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 |

44. Décembre 1988

- | | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| 45. Pr. BENHAMAMOUCHE Mohamed Najib | Chirurgie Pédiatrique |
| 46. Pr. DAFIRI Rachida | Radiologie |
| 47. Pr. FAIK Mohamed | Urologie |
| 48. Pr. HERMAS Mohamed | Traumatologie Orthopédie |
| 49. Pr. TOLOUNE Farida* | Médecine Interne |

Décembre 1989 Janvier et Novembre 1990

50. Pr. ADNAOUI Mohamed	Médecine Interne
51. Pr. AOUNI Mohamed	Médecine Interne
52. Pr. BENAMEUR Mohamed*	Radiologie
53. Pr. BOUKILI MAKHOUKHI Abdelali	Cardiologie
54. Pr. CHAD Bouziane	Pathologie Chirurgicale
55. Pr. CHKOFF Rachid	Chirurgie générale
56. Pr. KHARBACH Aïcha	Gynécologie -Obstétrique
57. Pr. MANSOURI Fatima	Anatomie-Pathologique
58. Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda	Neurologie
59. Pr. SEDRATI Omar*	Dermatologie
60. Pr. TAZI Saoud Anas	Anesthésie Réanimation

Février Avril Juillet et Décembre 1991

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

Décembre 1992

82. Pr. AHALLAT Mohamed	Chirurgie Générale
83. Pr. BENOUDA Amina	Microbiologie
84. Pr. BENSOU DA Adil	Anesthésie Réanimation
85. Pr. BOUJIDA Mohamed Najib	Radiologie
86. Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza	Gastro-Entérologie
87. Pr. CHRAIBI Chafiq	Gynécologie Obstétrique
88. Pr. DAOUDI Rajae	Ophthalmologie
89. Pr. DEHAYNI Mohamed*	Gynécologie Obstétrique

90. Pr. EL HADDOURY Mohamed
 91. Pr. EL OUAHABI Abdessamad
 92. Pr. FELLAT Rokaya
 93. Pr. GHAFIR Driss*
 94. Pr. JIDDANE Mohamed
 95. Pr. OUAZZANI TAIBI Med Charaf Eddine
 96. Pr. TAGHY Ahmed
 97. Pr. ZOUHDI Mimoun

Anesthésie Réanimation
 Neurochirurgie
 Cardiologie
 Médecine Interne
 Anatomie
 Gynécologie Obstétrique
 Chirurgie Générale
 Microbiologie

Mars 1994

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

Ophtalmologie
 Chirurgie Générale
 Ophtalmologie
 Radiothérapie
 Chirurgie Générale
 Biophysique
 Biophysique
 Endocrinologie et Maladies Métaboliques
 Gynécologie Obstétrique
 Immunologie
 Traumatologie-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

125. Pr. ABBAR Mohamed*
 126. Pr. ABDELHAK M'barek
 127. Pr. BELAIDI Halima
 128. Pr. BRAHMI Rida Slimane
 129. Pr. BENTAHILA Abdelali
 130. Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
 131. Pr. BERRADA Mohamed Saleh

Urologie
 Chirurgie – Pédiatrique
 Neurologie
 Gynécologie Obstétrique
 Pédiatrie
 Gynécologie – Obstétrique
 Traumatologie – Orthopédie

- | | |
|---------------------------------|-------------------------|
| 132. Pr. CHAMI Ilham | Radiologie |
| 133. Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae | Ophtalmologie |
| 134. Pr. EL ABBADI Najia | Neurochirurgie |
| 135. Pr. HANINE Ahmed* | Radiologie |
| 136. Pr. JALIL Abdelouahed | Chirurgie Générale |
| 137. Pr. LAKHDAR Amina | Gynécologie Obstétrique |
| 138. Pr. MOUANE Nezha | Pédiatrie |

Mars 1995

- | | |
|------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 139. Pr. ABOUQUAL Redouane | Réanimation Médicale |
| 140. Pr. AMRAOUI Mohamed | Chirurgie Générale |
| 141. Pr. BAIDADA Abdelaziz | Gynécologie Obstétrique |
| 142. Pr. BARGACH Samir | Gynécologie Obstétrique |
| 143. Pr. BEDDOUCHE Amoqrane* | Urologie |
| 144. Pr. BENZAOUZ Mustapha | Gastro-Entérologie |
| 145. Pr. CHAARI Jilali* | Médecine Interne |
| 146. Pr. DIMOU M'barek* | Anesthésie Réanimation |
| 147. Pr. DRISSI KAMILI Mohammed Nordine* | Anesthésie Réanimation |
| 148. Pr. EL MESNAOUI Abbas | Chirurgie Générale |
| 149. Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila | Oto-Rhino-Laryngologie |
| 150. Pr. FERHATI Driss | Gynécologie Obstétrique |
| 151. Pr. HASSOUNI Fadil | Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène |
| 152. Pr. HDA Abdelhamid* | Cardiologie |
| 153. Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed | Urologie |
| 154. Pr. IBRAHIMY Wafaa | Ophtalmologie |
| 155. Pr. MANSOURI Aziz | Radiothérapie |
| 156. Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia | Ophtalmologie |
| 157. Pr. RZIN Abdelkader* | Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale |
| 158. Pr. SEFIANI Abdelaziz | Génétique |
| 159. Pr. ZEGGWAGH Amine Ali | Réanimation Médicale |

Décembre 1996

- | | |
|----------------------------------------|------------------------------------|
| 160. Pr. AMIL Touriya* | Radiologie |
| 161. Pr. BELKACEM Rachid | Chirurgie Pédiatrie |
| 162. Pr. BELMAHI Amin | Chirurgie réparatrice et plastique |
| 163. Pr. BOULANOUAR Abdelkrim | Ophtalmologie |
| 164. Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan | Chirurgie Générale |
| 165. Pr. EL MELLOUKI Ouafae* | Parasitologie |
| 166. Pr. GAOUZI Ahmed | Pédiatrie |
| 167. Pr. MAHFOUDI M'barek* | Radiologie |
| 168. Pr. MOHAMMADINE EL Hamid | Chirurgie Générale |
| 169. Pr. MOHAMMADI Mohamed | Médecine Interne |
| 170. Pr. MOULINE Soumaya | Pneumo-phtisiologie |
| 171. Pr. OUADGHIRI Mohamed | Traumatologie-Orthopédie |
| 172. Pr. OUZEDDOUN Naima | Néphrologie |

173. Pr. ZBIR EL Mehdi*

Cardiologie

Novembre 1997

174. Pr. ALAMI Mohamed Hassan

Gynécologie-Obstétrique

175. Pr. BEN AMAR Abdeselem

Chirurgie Générale

176. Pr. BEN SLIMANE Lounis

Urologie

177. Pr. BIROUK Nazha

Neurologie

178. Pr. BOULAICH Mohamed

O.RL.

179. Pr. CHAOUIR Souad*

Radiologie

180. Pr. DERRAZ Said

Neurochirurgie

181. Pr. ERREIMI Naima

Pédiatrie

182. Pr. FELLAT Nadia

Cardiologie

183. Pr. GUEDDARI Fatima Zohra

Radiologie

184. Pr. HAIMEUR Charki*

Anesthésie Réanimation

185. Pr. KANOUNI NAWAL

Physiologie

186. Pr. KOUTANI Abdellatif

Urologie

187. Pr. LAHLOU Mohamed Khalid

Chirurgie Générale

188. Pr. MAHRAOUI CHAFIQ

Pédiatrie

189. Pr. NAZI M'barek*

Cardiologie

190. Pr. OUAHABI Hamid*

Neurologie

191. Pr. SAFI Lahcen*

Anesthésie Réanimation

192. Pr. TAOUFIQ Jallal

Psychiatrie

193. Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Gynécologie Obstétrique

194. Novembre 1998

195. Pr. AFIFI RAJAA

Gastro-Entérologie

196. Pr. AIT BENASSER MOULAY Ali*

Pneumo-phtisiologie

197. Pr. ALOUANE Mohammed*

Oto-Rhino-Laryngologie

198. Pr. BENOMAR ALI

Neurologie

199. Pr. BOUGTAB Abdesslam

Chirurgie Générale

200. Pr. ER RIHANI Hassan

Oncologie Médicale

201. Pr. EZZAITOUNI Fatima

Néphrologie

202. Pr. KABBAJ Najat

Radiologie

203. Pr. LAZRAK Khalid (M)

Traumatologie Orthopédie

Novembre 1998

204. Pr. BENKIRANE Majid*

Hématologie

205. Pr. KHATOURI ALI*

Cardiologie

206. Pr. LABRAIMI Ahmed*

Anatomie Pathologique

Janvier 2000

207. Pr. ABID Ahmed*

Pneumophtisiologie

208. Pr. AIT OUMAR Hassan

Pédiatrie

209. Pr. BENCHERIF My Zahid

Ophtalmologie

210. Pr. BENJELLOUN DAKHAMA Badr.Sououd

Pédiatrie

211. Pr. BOURKADI Jamal-Eddine

Pneumo-phtisiologie

212. Pr. CHAOUI Zineb

Ophtalmologie

213. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer

Chirurgie Générale

214. Pr. ECHARRAB El Mahjoub	Chirurgie Générale
215. Pr. EL FTOUH Mustapha	Pneumo-phtisiologie
216. Pr. EL MOSTARCHID Brahim*	Neurochirurgie
217. Pr. EL OTMANY Azzedine	Chirurgie Générale
218. Pr. GHANNAM Rachid	Cardiologie
219. Pr. HAMMANI Lahcen	Radiologie
220. Pr. ISMAILI Mohamed Hatim	Anesthésie-Réanimation
221. Pr. ISMAILI Hassane*	Traumatologie Orthopédie
222. Pr. KRAMI Hayat Ennoufouss	Gastro-Entérologie
223. Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*	Anesthésie-Réanimation
224. Pr. TACHINANTE Rajae	Anesthésie-Réanimation
225. Pr. TAZI MEZALEK Zoubida	Médecine Interne

Novembre 2000

226. Pr. AIDI Saadia	Neurologie
227. Pr. AIT OURHROUI Mohamed	Dermatologie
228. Pr. AJANA Fatima Zohra	Gastro-Entérologie
229. Pr. BENAMR Said	Chirurgie Générale
230. Pr. BENCHEKROUN Nabih	Ophtalmologie
231. Pr. CHERTI Mohammed	Cardiologie
232. Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma	Anesthésie-Réanimation
233. Pr. EL HASSANI Amine	Pédiatrie
234. Pr. EL IDGHIRI Hassan	Oto-Rhino-Laryngologie
235. Pr. EL KHADER Khalid	Urologie
236. Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*	Rhumatologie
237. Pr. GHARBI Mohamed El Hassan	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
238. Pr. HSSAIDA Rachid*	Anesthésie-Réanimation
239. Pr. LACHKAR Azzouz	Urologie
240. Pr. LAHLOU Abdou	Traumatologie Orthopédie
241. Pr. MAFTAH Mohamed*	Neurochirurgie
242. Pr. MAHASSINI Najat	Anatomie Pathologique
243. Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae	Pédiatrie
244. Pr. NASSIH Mohamed*	Stomatologie Et Chirurgie Maxillo-Faciale
245. Pr. ROUIMI Abdelhadi	Neurologie

Décembre 2001

246. Pr. ABABOU Adil	Anesthésie-Réanimation
247. Pr. AOUAD Aicha	Cardiologie
248. Pr. BALKHI Hicham*	Anesthésie-Réanimation
249. Pr. BELMEKKI Mohammed	Ophtalmologie
250. Pr. BENABDELJLIL Maria	Neurologie
251. Pr. BENAMAR Loubna	Néphrologie
252. Pr. BENAMOR Jouda	Pneumo-phtisiologie
253. Pr. BENELBARHDADI Imane	Gastro-Entérologie
254. Pr. BENNANI Rajae	Cardiologie
255. Pr. BENOACHANE Thami	Pédiatrie

256. Pr. BENYOUSSEF Khalil	Dermatologie
257. Pr. BERRADA Rachid	Gynécologie Obstétrique
258. Pr. BEZZA Ahmed*	Rhumatologie
259. Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi	Anatomie
260. Pr. BOUHOUCHE Rachida	Cardiologie
261. Pr. BOUMDIN El Hassane*	Radiologie
262. Pr. CHAT Latifa	Radiologie
263. Pr. CHELLAOUI Mounia	Radiologie
264. Pr. DAALI Mustapha*	Chirurgie Générale
265. Pr. DRISSI Sidi Mourad*	Radiologie
266. Pr. EL HAJOUI Ghziel Samira	Gynécologie Obstétrique
267. Pr. EL HIJRI Ahmed	Anesthésie-Réanimation
268. Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid	Neuro-Chirurgie
269. Pr. EL MADHI Tarik	Chirurgie-Pédiatrique
270. Pr. EL MOUSSAIF Hamid	Ophthalmologie
271. Pr. EL OUNANI Mohamed	Chirurgie Générale
272. Pr. EL QUESSAR Abdeljlil	Radiologie
273. Pr. ETTAIR Said	Pédiatrie
274. Pr. GAZZAZ Miloudi*	Neuro-Chirurgie
275. Pr. GOURINDA Hassan	Chirurgie-Pédiatrique
276. Pr. HRORA Abdelmalek	Chirurgie Générale
277. Pr. KABBAJ Saad	Anesthésie-Réanimation
278. Pr. KABIRI El Hassane*	Chirurgie Thoracique
279. Pr. LAMRANI Moulay Omar	Traumatologie Orthopédie
280. Pr. LEKEHAL Brahim	Chirurgie Vasculaire Périphérique
281. Pr. MAHASSIN Fattouma*	Médecine Interne
282. Pr. MEDARHRI Jalil	Chirurgie Générale
283. Pr. MIKDAME Mohammed*	Hématologie Clinique
284. Pr. MOHSINE Raouf	Chirurgie Générale
285. Pr. NABIL Samira	Gynécologie Obstétrique
286. Pr. NOUINI Yassine	Urologie
287. Pr. OUALIM Zouhir*	Néphrologie
288. Pr. SABBAAH Farid	Chirurgie Générale
289. Pr. SEFIANI Yasser	Chirurgie Vasculaire Périphérique
290. Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia	Pédiatrie
291. Pr. TAZI MOUKHA Karim	Urologie

Décembre 2002

292. Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*	Anatomie Pathologique
293. Pr. AMEUR Ahmed *	Urologie
294. Pr. AMRI Rachida	Cardiologie
295. Pr. AOURARH Aziz*	Gastro-Entérologie
296. Pr. BAMOU Youssef *	Biochimie-Chimie
297. Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
298. Pr. BENBOUAZZA Karima	Rhumatologie
299. Pr. BENZEKRI Laila	Dermatologie
300. Pr. BENZZOUBEIR Nadia*	Gastro-Entérologie
301. Pr. BERNOUSSI Zakiya	Anatomie Pathologique

302. Pr. BICHRA Mohamed Zakariya	Psychiatrie
303. Pr. CHOHO Abdelkrim *	Chirurgie Générale
304. Pr. CHKIRATE Bouchra	Pédiatrie
305. Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair	Chirurgie Pédiatrique
306. Pr. EL ALJ Haj Ahmed	Urologie
307. Pr. EL BARNOUSSI Leila	Gynécologie Obstétrique
308. Pr. EL HAOURI Mohamed *	Dermatologie
309. Pr. EL MANSARI Omar*	Chirurgie Générale
310. Pr. ES-SADEL Abdelhamid	Chirurgie Générale
311. Pr. FILALI ADIB Abdelhai	Gynécologie Obstétrique
312. Pr. HADDOUR Leila	Cardiologie
313. Pr. HAJJI Zakia	Ophtalmologie
314. Pr. IKEN Ali	Urologie
315. Pr. ISMAEL Farid	Traumatologie Orthopédie
316. Pr. JAAFAR Abdeloihab*	Traumatologie Orthopédie
317. Pr. KRIOULE Yamina	Pédiatrie
318. Pr. LAGHMARI Mina	Ophtalmologie
319. Pr. MABROUK Hfid*	Traumatologie Orthopédie
320. Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*	Gynécologie Obstétrique
321. Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid*	Cardiologie
322. Pr. MOUSTAINE My Rachid	Traumatologie Orthopédie
323. Pr. NAITLHO Abdelhamid*	Médecine Interne
324. Pr. OUJILAL Abdelilah	Oto-Rhino-Laryngologie
325. Pr. RACHID Khalid *	Traumatologie Orthopédie
326. Pr. RAISS Mohamed	Chirurgie Générale
327. Pr. RGUIBI IDRISI Sidi Mustapha*	Pneumophtisiologie
328. Pr. RHOU Hakima	Néphrologie
329. Pr. SIAH Samir *	Anesthésie Réanimation
330. Pr. THIMOU Amal	Pédiatrie
331. Pr. ZENTAR Aziz*	Chirurgie Générale
332. Pr. ZRARA Ibtisam*	Anatomie Pathologique

PROFESSEURS AGREGES :

Janvier 2004

333. Pr. ABDELLAH El Hassan	Ophtalmologie
334. Pr. AMRANI Mariam	Anatomie Pathologique
335. Pr. BENBOUZID Mohammed Anas	Oto-Rhino-Laryngologie
336. Pr. BENKIRANE Ahmed*	Gastro-Entérologie
337. Pr. BENRAMDANE Larbi*	Chimie Analytique
338. Pr. BOUGHALEM Mohamed*	Anesthésie Réanimation
339. Pr. BOULAADAS Malik	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
340. Pr. BOURAZZA Ahmed*	Neurologie
341. Pr. CHAGAR Belkacem*	Traumatologie Orthopédie
342. Pr. CHERRADI Nadia	Anatomie Pathologique
343. Pr. EL FENNI Jamal*	Radiologie
344. Pr. EL HANCHI ZAKI	Gynécologie Obstétrique
345. Pr. EL KHORASSANI Mohamed	Pédiatrie

346. Pr. EL YOUNASSI Badreddine*	Cardiologie
347. Pr. HACHI Hafid	Chirurgie Générale
348. Pr. JABOUIRIK Fatima	Pédiatrie
349. Pr. KARMANE Abdelouahed	Ophtalmologie
350. Pr. KHABOUZE Samira	Gynécologie Obstétrique
351. Pr. KHARMAZ Mohamed	Traumatologie Orthopédie
352. Pr. LEZREK Mohammed*	Urologie
353. Pr. MOUGHIL Said	Chirurgie Cardio-Vasculaire
354. Pr. NAOUMI Asmae*	Ophtalmologie
355. Pr. SAADI Nozha	Gynécologie Obstétrique
356. Pr. SASSENOU ISMAIL*	Gastro-Entérologie
357. Pr. TARIB Abdelilah*	Pharmacie Clinique
358. Pr. TIJAMI Fouad	Chirurgie Générale
359. Pr. ZARZUR Jamila	Cardiologie

Janvier 2005

360. Pr. ABBASSI Abdellah	Chirurgie Réparatrice et Plastique
361. Pr. AL KANDRY Sif Eddine*	Chirurgie Générale
362. Pr. ALAOUI Ahmed Essaid	Microbiologie
363. Pr. ALLALI Fadoua	Rhumatologie
364. Pr. AMAR Yamama	Néphrologie
365. Pr. AMAZOUZI Abdellah	Ophtalmologie
366. Pr. AZIZ Nouredine*	Radiologie
367. Pr. BAHIRI Rachid	Rhumatologie
368. Pr. BARKAT Amina	Pédiatrie
369. Pr. BENHALIMA Hanane	Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale
370. Pr. BENHARBIT Mohamed	Ophtalmologie
371. Pr. BENYASS Aatif	Cardiologie
372. Pr. BERNOUSSI Abdelghani	Ophtalmologie
373. Pr. BOUKLATA Salwa	Radiologie
374. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed	Ophtalmologie
375. Pr. DOUDOUH Abderrahim*	Biophysique
376. Pr. EL HAMZAOUI Sakina	Microbiologie
377. Pr. HAJJI Leila	Cardiologie
378. Pr. HESSISSEN Leila	Pédiatrie
379. Pr. JIDAL Mohamed*	Radiologie
380. Pr. KARIM Abdelouahed	Ophtalmologie
381. Pr. KENDOUCI Mohamed*	Cardiologie
382. Pr. LAAROUSSI Mohamed	Chirurgie Cardio-vasculaire
383. Pr. LYAGOUBI Mohammed	Parasitologie
384. Pr. NIAMANE Radouane*	Rhumatologie
385. Pr. RAGALA Abdelhak	Gynécologie Obstétrique
386. Pr. SBIHI Souad	Histo-Embryologie Cytogénétique
387. Pr. TNACHERI OUAZZANI Btissam	Ophtalmologie
388. Pr. ZERAIDI Najia	Gynécologie Obstétrique

AVRIL 2006

423. Pr. ACHEMLAL Lahsen*	Rhumatologie
424. Pr. AFIFI Yasser	Dermatologie
425. Pr. AKJOUJ Said*	Radiologie
426. Pr. BELGNAOUI Fatima Zahra	Dermatologie
427. Pr. BELMEKKI Abdelkader*	Hématologie
428. Pr. BENCHEIKH Razika	O.R.L
429. Pr. BIYI Abdelhamid*	Biophysique
430. Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine	Chirurgie - Pédiatrique
431. Pr. BOULAHYA Abdellatif*	Chirurgie Cardio – Vasculaire
432. Pr. CHEIKHAOUI Younes	Chirurgie Cardio – Vasculaire
433. Pr. CHENGUETI ANSARI Anas	Gynécologie Obstétrique
434. Pr. DOGHMI Nawal	Cardiologie
435. Pr. ESSAMRI Wafaa	Gastro-entérologie
436. Pr. FELLAT Ibtissam	Cardiologie
437. Pr. FAROUDY Mamoun	Anesthésie Réanimation
438. Pr. GHADOUANE Mohammed*	Urologie
439. Pr. HARMOUCHE Hicham	Médecine Interne
440. Pr. HANAFI Sidi Mohamed*	Anesthésie Réanimation
441. Pr. IDRIS LAHLOU Amine	Microbiologie
442. Pr. JROUNDI Laila	Radiologie
443. Pr. KARMOUNI Tariq	Urologie
444. Pr. KILI Amina	Pédiatrie
445. Pr. KISRA Hassan	Psychiatrie
446. Pr. KISRA Mounir	Chirurgie – Pédiatrique
447. Pr. KHARCHAFI Aziz*	Médecine Interne
448. Pr. LAATIRIS Abdelkader*	Pharmacie Galénique
449. Pr. LMIMOUNI Badreddine*	Parasitologie
450. Pr. MANSOURI Hamid*	Radiothérapie
451. Pr. NAZIH Naoual	O.R.L
452. Pr. OUANASS Abderrazzak	Psychiatrie
453. Pr. SAFI Soumaya*	Endocrinologie
454. Pr. SEKKAT Fatima Zahra	Psychiatrie
455. Pr. SEFIANI Sana	Anatomie Pathologique
456. Pr. SOUALHI Mouna	Pneumo – Phtisiologie
457. Pr. TELLAL Saida*	Biochimie
458. Pr. ZAHRAOUI Rachida	Pneumo – Phtisiologie

Octobre 2007

458. Pr. LARAQUI HOUSSEINI Leila	Anatomie pathologique
459. Pr. EL MOUSSAOUI Rachid	Anesthésie réanimation
460. Pr. MOUSSAOUI Abdelmajid	Anesthésier réanimation
461. Pr. LALAOUI SALIM Jaafar *	Anesthésie réanimation
462. Pr. BAITE Abdelouahed *	Anesthésie réanimation
463. Pr. TOUATI Zakia	Cardiologie
464. Pr. OUZZIF Ez zohra *	Biochimie
465. Pr. BALOUCH Lhousaine *	Biochimie
466. Pr. SELKANE Chakir *	Chirurgie cardio vasculaire

467. Pr. EL BEKKALI Youssef *	Chirurgie cardio vasculaire
468. Pr. AIT HOUSSA Mahdi *	Chirurgie cardio vasculaire
469. Pr. EL ABSI Mohamed	Chirurgie générale
470. Pr. EHIRCHIOU Abdelkader *	Chirurgie générale
471. Pr. ACHOUR Abdessamad *	Chirurgie générale
472. Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*	Chirurgie générale
473. Pr. GHARIB Nouredine	Chirurgie plastique
474. Pr. TABERKANET Mustafa *	Chirurgie vasculaire périphérique
475. Pr. ISMAILI Nadia	Dermatologie
476. Pr. MASRAR Azlarab	Hématologie biologique
477. Pr. RABHI Monsef *	Médecine interne
478. Pr. MRABET Mustapha *	Médecine préventive santé publique et hygiène
479. Pr. SEKHSOKH Yessine *	Microbiologie
480. Pr. SEFFAR Myriame	Microbiologie
481. Pr. LOUZI Lhoussain *	Microbiologie
482. Pr. MRANI Saad *	Virologie
483. Pr. GANA Rachid	Neuro chirurgie
484. Pr. ICHOU Mohamed *	Oncologie médicale
485. Pr. TACHFOUTI Samira	Ophtalmologie
486. Pr. BOUTIMZINE Nourdine	Ophtalmologie
487. Pr. MELLAL Zakaria	Ophtalmologie
488. Pr. AMMAR Haddou *	ORL
489. Pr. AOUI Sarra	Parasitologie
490. Pr. TLIGUI Houssain	Parasitologie
491. Pr. MOUTAJ Redouane *	Parasitologie
492. Pr. ACHACHI Leila	Pneumo phtisiologie
493. Pr. MARC Karima	Pneumo phtisiologie
494. Pr. BENZIANE Hamid *	Pharmacie clinique
495. Pr. CHERKAOUI Naoual *	Pharmacie galénique
496. Pr. EL OMARI Fatima	Psychiatrie
497. Pr. MAHI Mohamed *	Radiologie
498. Pr. RADOUANE Bouchaib*	Radiologie
499. Pr. KEBDANI Tayeb	Radiothérapie
500. Pr. SIFAT Hassan *	Radiothérapie
501. Pr. HADADI Khalid *	Radiothérapie
502. Pr. ABIDI Khalid	Réanimation médicale
503. Pr. MADANI Naoufel	Réanimation médicale
504. Pr. TANANE Mansour *	Traumatologie orthopédie
505. Pr. AMHAJJI Larbi *	Traumatologie orthopédie

Mars 2009

Pr. BJIJOU Younes	Anatomie
Pr. AZENDOUR Hicham *	Anesthésie Réanimation
Pr. BELYAMANI Lahcen*	Anesthésie Réanimation
Pr. BOUHSAIN Sanae *	Biochimie
Pr. OUKERRAJ Latifa	Cardiologie
Pr. LAMSAOURI Jamal *	Chimie Thérapeutique

Pr. MARMADE Lahcen	Chirurgie Cardio-vasculaire
Pr. AMAHZOUNE Brahim*	Chirurgie Cardio-vasculaire
Pr. AIT ALI Abdelmounaim *	Chirurgie Générale
Pr. BOUNAIM Ahmed *	Chirurgie Générale
Pr. EL MALKI Hadj Omar	Chirurgie Générale
Pr. MSSROURI Rahal	Chirurgie Générale
Pr. CHTATA Hassan Toufik *	Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pr. BOUI Mohammed *	Dermatologie
Pr. KABBAJ Nawal	Gastro-entérologie
Pr. FATHI Khalid	Gynécologie obstétrique
Pr. MESSAOUDI Nezha *	Hématologie biologique
Pr. CHAKOUR Mohammed *	Hématologie biologique
Pr. DOGHMI Kamal *	Hématologie clinique
Pr. ABOUZAHIR Ali *	Médecine interne
Pr. ENNIBI Khalid *	Médecine interne
Pr. EL OUENNASS Mostapha	Microbiologie
Pr. ZOUHAIR Said*	Microbiologie
Pr. L'kassimi Hachemi*	Microbiologie
Pr. AKHADDAR Ali *	Neuro-chirurgie
Pr. AIT BENHADDOU El hachmia	Neurologie
Pr. AGADR Aomar *	Pédiatrie
Pr. KARBOUBI Lamya	Pédiatrie
Pr. MESKINI Toufik	Pédiatrie
Pr. KABIRI Meryem	Pédiatrie
Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *	Pneumo-phtisiologie
Pr. BASSOU Driss *	Radiologie
Pr. ALLALI Nazik	Radiologie
Pr. NASSAR Ittimade	Radiologie
Pr. HASSIKOU Hasna *	Rhumatologie
Pr. AMINE Bouchra	Rhumatologie
Pr. BOUSSOUGA Mostapha *	Traumatologie orthopédique
Pr. KADI Said *	Traumatologie orthopédique

Octobre 2010

Pr. AMEZIANE Taoufiq*	Médecine interne
Pr. ERRABIH Ikram	Gastro entérologie
Pr. CHERRADI Ghizlan	Cardiologie
Pr. MOSADIK Ahlam	Anesthésie Réanimation
Pr. ALILOU Mustapha	Anesthésie réanimation
Pr. KANOUNI Lamya	Radiothérapie
Pr. EL KHARRAS Abdennasser*	Radiologie
Pr. DARBI Abdellatif*	Radiologie
Pr. EL HAFIDI Naima	Pédiatrie
Pr. MALIH Mohamed*	Pédiatrie
Pr. BOUSSIF Mohamed*	Médecine aérologique
Pr. EL MAZOUZ Samir	Chirurgie plastique et réparatrice
Pr. DENDANE Mohammed Anouar	Chirurgie pédiatrique
Pr. EL SAYEGH Hachem	Urologie

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*

Chirurgie générale
Traumatologie orthopédie
ORL
Ophtalmologie
Hématologie
Anatomie pathologique
Anatomie pathologique
Physiologie
Biochimie chimie
Microbiologie

ENSEIGNANTS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS

- | | |
|------------------------------------|----------------------------------------|
| 1. Pr. ABOUDRAR Saadia | Physiologie |
| 2. Pr. ALAMI OUHABI Naima | Biochimie |
| 3. Pr. ALAOUI KATIM | Pharmacologie |
| 4. Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma | 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 mes très chers parents

Aucune expression, ni aucune dédicace ne pourrait exprimer mes meilleures reconnaissances.

Vous avez guidé mes premiers pas, et vous étiez toujours une source intarissable d'amour et de sacrifice.

J'espère avoir répondu aux espoirs que vous avez fondés en moi.

Je vous rends hommage par ce modeste travail en guise de reconnaissance éternelle et de mon infini amour.





A mon mari et l'amour de ma vie

BENBOUCHTA KAMAL

Ce travail n'aurait pu voir le jour sans ton soutien, ton attention, ta compréhension, ta gentillesse et ton amour

Tu étais toujours présent pour m'orienter et me conseiller.

Je remercie DIEU le clément de m'avoir offert une âme sœur amoureuse, généreuse, tendre et indulgente.

Sans toi ma vie n'aurait pas eu le même gout.

Puisses-tu trouver dans ce travail le témoignage de mon amour le plus sincère.

Je rie DIEU le tout puissant qui nous a réunit sur terre, pour qu'il nous préserve du mal et nous donne bonheur et réussite et qu'il nous procure une longue vie pour le service de DIEU.





A ma chère perle DIYAE

Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut.

Tous les mots ne seraient exprimer l'amour.

Bref, tu es une très belle chose dans ma vie.

Ta joie de vivre, ton sourire, et ton aide morale ont été pour moi un tonus et un meilleur encouragement.

J'espère que ma thèse soit pour toi source de fierté et qu'elle sera un exemple à suivre.

Que dieu te garde et te protège.

Que DIEU te réserve le meilleur avenir et beaucoup de bonheur.

Je t'aime ma chérie et je te dédie ce travail.





A mon cher frère NACIRI AZIZ

En témoignage de ma profonde affection et des profonds sentiments fraternels que je te porte, et de l'attachement qui nous unit.

Je te dédie ce travail et je tiens à t'exprimer mon respect et on amour éternel.

Je prie DIEU pour qu'il te protège toi et ta famille du mal et te procure bonne santé et jouissance.

A ma chère sœur NACIRI NORA

Ton grand cœur, tes qualités humaines m'ont toujours impressionnée.

Tu as toujours été pour moi l'amie, la sœur et la confidente sur qui je comptais.

Qu'il me soit permis aujourd'hui de t'exprimer ma profonde reconnaissance.

J'espère que tu trouves dans la dédicace de ce travail, le témoignage de mon amour pour toi.

J'implore DIEU pour qu'il te donne la santé, tout le bonheur et le succès que tu mérites.





À tous les membres de ma famille petits et grands.

*À toute personne qui a contribué de près
ou de loin à la réalisation de ce travail.*

À tous mes enseignants tout au long de mes études.

À tous ceux à qui je pense et que j'ai omis de citer.

À toutes les personnes malades et qui souffrant.

Que DIEU vous garde et vous accordent des jours meilleurs.





Remerciements

A notre maître, Président de thèse
Madame le professeur A.MDAGHRI ALAOUI
Professeur de pédiatrie
Hôpital d'enfant Rabat

Vous nous avez fait le grand honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse.

Nous avons eu de la chance de compter parmi vos étudiants et de profiter de l'étendue de votre savoir. Nous ne saurons jamais vous exprimer notre profonde gratitude.

Vos remarquables qualités humaines et professionnelles ont toujours suscité notre profonde admiration.

Nous vous prions de trouver dans ce travail le témoignage de notre reconnaissance et l'assurance de nos sentiments respectueux.

*A notre maître, Rapporteur de thèse
Madame le professeur A. THIMOU IZGUA
Professeur de pédiatrie
Hôpital d'enfant Rabat*

Nous tenons à vous déclarer nos remerciements les plus sincères pour avoir accepté de diriger ce travail et avoir vérifié à son élaboration avec patience et disponibilité.

Votre dévouement au travail, votre modestie et votre gentillesse à notre égard, impose le respect et représente le modèle que nous serons toujours heureux de suivre. Mais au-delà de tous les mots de remerciements que nous vous adressons, nous voudrions louer en vous votre amabilité, votre courtoisie et votre générosité.

Nous garderons un excellent souvenir de votre sollicitude et de votre dévouement au travail.

Ce petit mot ne pourra certainement pas refléter nos sentiments et notre gratitude, mais soyez assurée que vos efforts envers les malades, les étudiants et les résidents les touchent profondément.

Nous vous renouvelons, notre reconnaissance, notre profonde estime et admiration pour votre bonté et vos qualités humaines.

Puisse ce travail être à la hauteur de la confiance que vous nous avez accordée.

*À notre maître et juge de thèse
Monsieur le professeur S.ETTAIR
Professeur agrégé de pédiatrie
Hôpital d'enfant Rabat*

*Nous sommes très heureux, de l'honneur que vous nous faites
en acceptant de juger notre travail.*

Nous avons été très touchés par la cordialité de votre accueil.

*Votre présence est pour nous, l'occasion de vous exprimer
notre admiration de votre grande compétence professionnelle et
de votre généreuse sympathie.*

*Permettez-nous de vous exprimer notre reconnaissance et
notre profond respect.*

A notre maître et juge de thèse
Madame le professeur S.KHABOUZE
Professeur de gynéco-obstétrique
Maternité Soussi-Rabat

Nous sommes profondément touchés par la spontanéité et la gentillesse avec laquelle vous avez bien voulu accepter de juger ce travail.

Nous vous remercions du grand honneur que nous faites.

Veillez nous permettre de vous formuler l'assurance de notre haute considération et de notre estime.

Au Docteur M. RACHID RHAZINE

Département de Médecine sociale et santé publique

*Laboratoire de bio-statistique de recherche clinique et
d'épidémiologie de la FMPP*

*Je vous remercie infiniment pour votre accueil et vos
informations précieuses qui m'ont été d'un grand apport*

*Veillez trouver ici l'expression de mes sincères
remerciements.*

Sommaire

INTRODUCTION	1
MATERIEL ET METHODES	4
1. Type de l'étude :	5
2. Population :	5
3. Recueil de données :	5
4. Analyse statistique :	6
RESULTATS	7
1. Prévalences de l'allaitement :	8
2. Description de la population étudiée :	9
2.1 Caractéristiques des mères :	9
2.1.1 L'âge de la mère :	9
2.1.2 Gestité :	9
2.1.3 Parité :	9
2.1.4 Niveau socio-économique :	10
2.1.5 Profession de la mère :	10
2.1.6 Niveau d'instruction des mères :	11
2.1.7 IEC sur l'AM pendant la grossesse:	11
2.1.8 Suivi de grossesse :	12
2.1.9 Durée de séjour à la maternité :	12
2.1.10 IEC avant la sortie :	13
2.1.11 Expérience antérieure d'AM :	13
2.1.12 Mère elle-même allaitée :	14
2.1.13 Choix maternel :	14

2.2	Caractéristiques des nouveau-nés :	17
2.2.1	Le sexe :	17
2.2.2	Âge gestationnel :	17
2.2.3	Poids de naissance :	18
2.2.4	Alimentation en cours d'hospitalisation :	18
2.2.5	Délai de la première expression du lait :	19
2.2.6	Difficultés après le retour à domicile :	20
2.2.7	Interventions de soutien à l'AM:	21
2.2.8	Durée d'AM :	21
3.	Analyse Statistique :	23
3.1	Analyse univariée :	23
3.1.1	Âge gestationnel :	24
3.1.2	Poids de naissance :	24
3.1.3	Durée de séjour en néonatalogie :	24
3.1.4	Difficultés après retour à domicile :	24
3.1.5	Interventions de soutien à l'AM :	25
3.1.6	Durée de séjour à la maternité :	25
3.2	Analyse multivariée :	25
4.	Les facteurs associés a la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'a 6 mois :	27
	DISCUSSION	30
1.	Prévalence de l'allaitement maternel :	32
2.	Les facteurs associés a l'allaitement maternel:	35
2.1	L'âge gestationnel :	35
2.2	Poids de naissance :	38

2.3	Durée de séjour en néonatalogie :	39
2.4	Difficultés après retour à domicile :	40
2.4.1	Insuffisance du lait :	41
2.4.2	Crevasses :	44
2.4.2	Le refus de prise du sein par le bébé :	46
2.4.3	Mauvaise prise pondérale :	47
2.4.4	Mamelon rétracté :	47
2.5	Interventions de soutien à l'AM :	48
2.6	Durée de séjour à la maternité :	50
3.	Les facteurs non significatifs :	52
3.1	Le niveau d'instruction et socio économique :	52
3.2	Activité professionnelle de la mère :	53
3.3	Le suivi de la grossesse :	54
3.4	L'expérience antérieure d'AM :	54
3.5	La multiparité :	55
3.6	Le sexe du nouveau-né :	56
4.	Les facteurs associés à la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à l'âge de 6 mois :	57
	CONCLUSION	62
	RESUMES	66
	ANNEXES	70
	BIBLIOGRAPHIE	73

Liste des abréviations

AM	: allaitement maternel
AA	: allaitement artificiel
OMS	: Organisation mondiale de la santé
HAS	: Haute Autorité de santé
SFP	: Société française de pédiatrie
IEC	: information éducation communication
IC	: intervalle de confiance
OR	: Odds Ratio
CHU	: centre hospitalier universitaire
CDS	: centre de santé
SA	: semaine d'aménorrhée
LM	: lait maternel
IMF	: infection materno-fœtale
DR	détresse respiratoire
SNN	: souffrance néo-natale
SDR	: succion, déglutition, et respiration
NIDCAP	: le programme néonatal individualisé d'évaluation et de soins de développement
ANAES	: Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
SG	: sonde gastrique



Introduction

Le lait maternel est le lait de référence pour nourrir les nouveau-nés prématurés [1] en raison des nombreux bénéfices qu'il leur procure aussi bien sur le plan physiologique, digestif, mais aussi nutritionnel, immunologique et psychosocial à court et à long terme [2-3]. Le lait de la mère d'un enfant né prématurément contient plus de protéines, sodium, acides gras à longues chaînes, facteurs de croissance que le lait de mères d'enfants nés à terme et est mieux adapté aux besoins spécifiques des prématurés durant le mois suivant la naissance [4]. Ce lait est mieux toléré par l'enfant prématuré ce qui réduit l'incidence des entérocolites ulcéro-nécrosantes. Il est aussi riche en immunoglobulines et autres facteurs anti infectieux procurant à ces prématurés fragiles une meilleure protection contre les infections. Par ces deux actions il contribue à la diminution des durées d'hospitalisation [5]. Par ailleurs, plusieurs études ont montré un effet de l'allaitement sur la diminution du rapport LDL-cholestérol/HDL-cholestérol, et sur le pronostic neuro-développemental et sensoriel de l'enfant prématuré à long terme [6]. L'allaitement intervient aussi dans l'établissement du lien de la mère avec son enfant [4].

Malgré ces bénéfices démontrés, les taux d'allaitement maternel à la sortie des unités de néonatalogie sont faibles et les durées d'allaitement sont diminuées pour les prématurés comme en attestent différentes études européennes, américaines et canadiennes. En effet les taux d'AM chez le prématuré, variables d'un pays à l'autre, s'évaluent à la naissance entre 30 et 60 % puis baissent à la sortie de néonatalogie et davantage encore à l'âge de trois mois et six mois [7—8].

Sur le plan national, les enquêtes nationales sur la population et la santé de 1992, 1997, 2003 et 2006 montrent globalement un recul du pourcentage des enfants allaités exclusivement au sein qui est passé respectivement de 62, 46, 32 à 15 % [9]. La durée de l'AM reste aussi inférieure aux objectifs fixés par les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la Haute Autorité de santé (HAS) et la Société française de pédiatrie (SFP) [10-11]. La situation de l'AM chez les nouveau-nés prématurés n'a pas été explicitée dans ces enquêtes et les études consacrées aux prématurés restent très rares. Une étude réalisée au service de néonatalogie de l'Hôpital d'Enfants de Rabat en 2011 rapporte qu'en sortie d'hospitalisation, 49,2 % des prématurés recevaient un allaitement partiel avec du lait maternel et un lait adapté pour prématuré, contre 57,9 % à un mois de vie, 59,4 % à deux mois et 57,9 % à trois mois de vie. Aucun enfant n'était en allaitement exclusif à la sortie d'hospitalisation et à un mois de vie et seulement 7,2 % bénéficiaient d'un allaitement exclusif à deux mois et trois mois de vie [12].

En fait, la prévalence de l'AM chez l'enfant prématuré est mal connue et mal recensée, mais sa détermination est indispensable pour faire progresser ce taux.

L'objectif de notre étude était donc de déterminer la prévalence de l'allaitement dans un échantillon d'enfants prématurés pendant les 6 premiers mois de vie, et d'identifier les facteurs influençant cette pratique, afin de proposer des actions de promotion de l'allaitement maternel dans ce contexte.



Matériel et méthodes

1. TYPE DE L'ETUDE :

Nous avons réalisé une étude descriptive et prospective, qui s'est déroulée sur une période de 3 mois et a concerné les nouveau-nés prématurés d'âge postnatal de 6 mois sélectionnés de façon aléatoire parmi les prématurés ayant été hospitalisés au centre national de référence en néonatalogie et nutrition à l'hôpital d'enfant de Rabat, puis revus en consultation après leur sortie de néonatalogie.

Une fiche d'exploitation a été établie pour enregistrer les données relatives à la mère, la grossesse, l'accouchement, l'état du nouveau-né, son mode d'alimentation, les conseils sur l'allaitement maternel avant et après l'accouchement et les difficultés de mise au sein après la sortie de néonatalogie.

2. POPULATION :

Les critères d'inclusion étaient les anciens prématurés ayant été hospitalisés en néonatalogie à la période néonatale et âgé de 6 mois au moment de l'entretien.

Les critères d'exclusion étaient le décès de l'enfant, l'existence d'une malformation digestive ou toute autre affection contre-indiquant l'alimentation entérale, les enfants perdus de vue après sortie de néonatalogie.

3. RECUEIL DE DONNEES :

Recueil prospectif des données à l'aide d'un questionnaire, présenté sous forme d'une fiche d'exploitation (voir annexe), qui a précisé les caractéristiques sociodémographiques et génésiques de la mère, le mode d'alimentation des prématurés après sortie de néonatalogie, les difficultés rencontrées par la mère pour l'AM et l'existence ou non d'un soutien et d'une IEC en matière d'AM.

Les données sur les antécédents médicaux, la grossesse, l'accouchement et la période d'hospitalisation en néonatalogie ont été relevées du dossier d'hospitalisation du nouveau-né.

4. 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 13.0

Les variables qualitatives ont été exprimées en effectif et pourcentage (%) et les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne et écart-type ou en médiane et quartiles.

La comparaison des variables quantitatives a été faite par le test-t de Student, et celle des variables qualitatives par le test du Khi-deux.

La comparaison des variables entre les trois groupes (absence d'allaitement/ allaitement moins de 6 mois/allaitement jusqu'à l'âge de 6 mois) a été réalisée à l'aide du test du Khi-deux, ANOVA, et du test de kruskal-wallis.

La recherche de facteurs associés avec l'allaitement maternel des enfants prématurés a été effectuée par la régression logistique univariée puis multivariée. L'association a été mesurée par l'Odds Ratio (OR) ainsi que son intervalle de confiance(IC) à 95% et le degré de signification p.

Une valeur de p inférieure à 0,05 a été considérée comme significative.



Résultats

1. PREVALENCES DE L'ALLAITEMENT :

L'étude a concerné 80 couples mères-enfants.

À la sortie de néonatalogie, 83,75 % des prématurés recevaient un AM (partiel dans 68,75 % des cas et exclusif dans 15 % des cas) contre 35 % à l'âge de 6 mois (dont 2,5 % d'allaitement exclusif).

Tableau1 : prévalences de l'allaitement maternel

	AM exclusif	AM partiel	Total
A la sortie de néonatalogie	12 (15%)	55 (68,75%)	67 (83,75%)
A l'âge de 6mois	2 (2,5%)	26 (32,5%)	28 (35%)

Les valeurs sont exprimées en effectif (%).

2. DESCRIPTION DE LA POPULATION ETUDIEE :

2.1 Caractéristiques des mères :

2.1.1 L'âge de la mère :

L'âge des mères variait entre 18 et 50 ans, avec une moyenne de 28,3 ans.

2.1.2 Gestité :

Dans notre échantillon, 57,5 % des mères étaient primigestes.

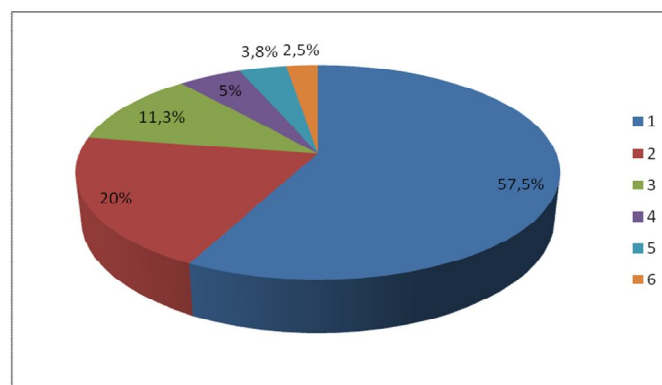


Figure 1 : répartition selon la gestité

2.1.3 Parité :

60 % des parturientes étaient primipares, et 40 % étaient des multipares.

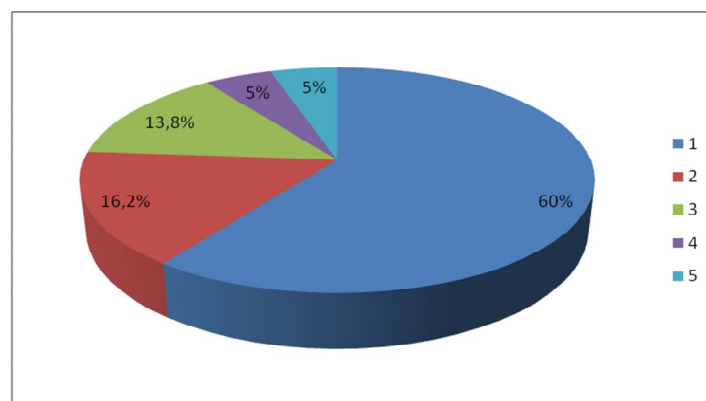


Figure 2 : répartition selon la parité

2.1.4 Niveau socio-économique :

Le niveau socio-économique de notre échantillon était moyen dans la moitié des cas, bas dans 42,4 % des cas, et élevé dans 6,3 % des cas.

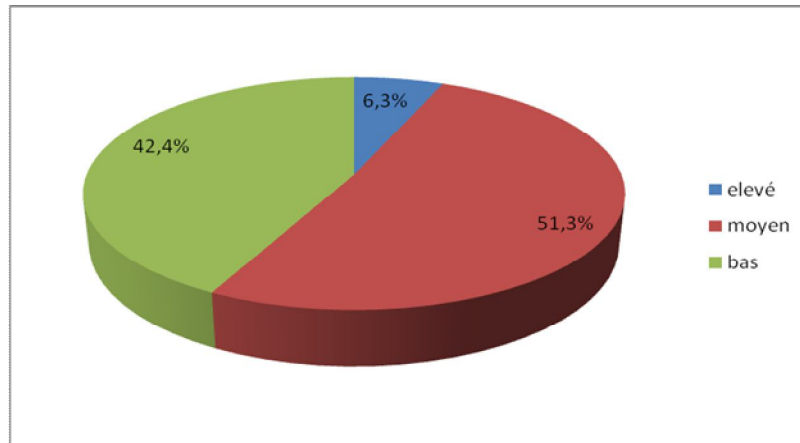


Figure 3 : répartition selon le niveau socio-économique des mères

2.1.5 Profession de la mère :

80 % des femmes ne travaillaient pas en dehors du foyer. 12,4 % étaient des ouvrières, 6,3 % étaient des fonctionnaires, et 1,3 % étaient des professeurs

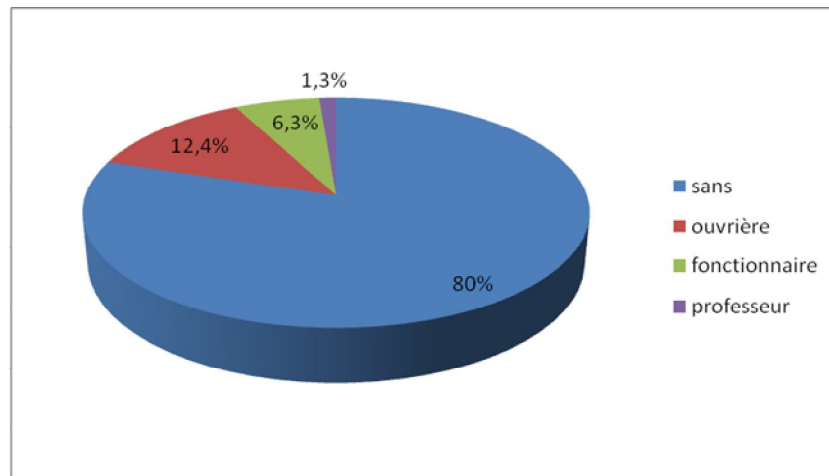


Figure 4 : répartition des mères selon leur profession

2.1.6 Niveau d'instruction des mères :

Les mères non scolarisées représentaient presque la moitié de notre échantillon (48,8 %), 23,8 % étaient de niveau primaire, 22,4% de niveau secondaire, et 5% de niveau universitaire.

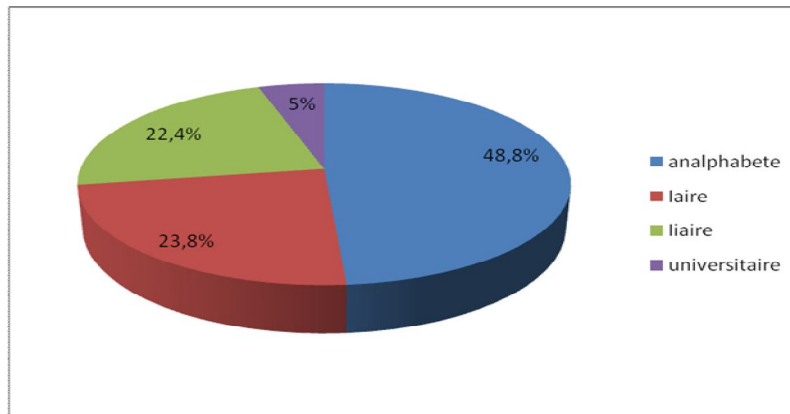


Figure 5 : répartition des mères selon leur niveau d'instruction

2.1.7 IEC sur l'AM pendant la grossesse:

La majorité des parturientes n'ont pas reçu d'IEC concernant l'AM durant la grossesse (61 %).

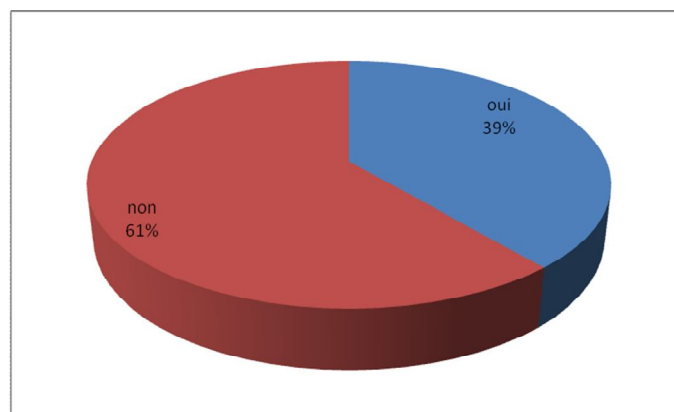


Figure 6 : IEC pendant la grossesse

2.1.8 Suivi de grossesse :

57,5 % des grossesses étaient suivies au centre de santé, 21,3 % au privé, 13,8 % au CHU, et 7,5 % des grossesses étaient non suivies.

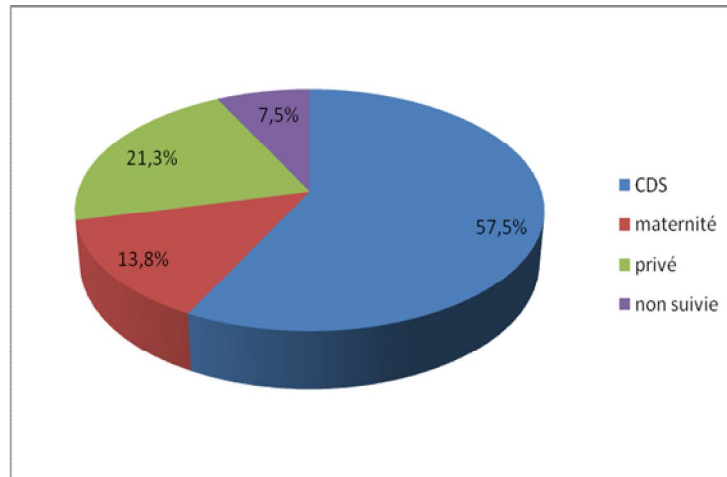


Figure 7 : répartition des mères selon le suivi de grossesse

2.1.9 Durée de séjour à la maternité :

La durée de séjour à la maternité variait entre 1jour (16,3 % des cas) et 7 jours (2,5 % des cas), avec une moyenne de 2,9 jours.

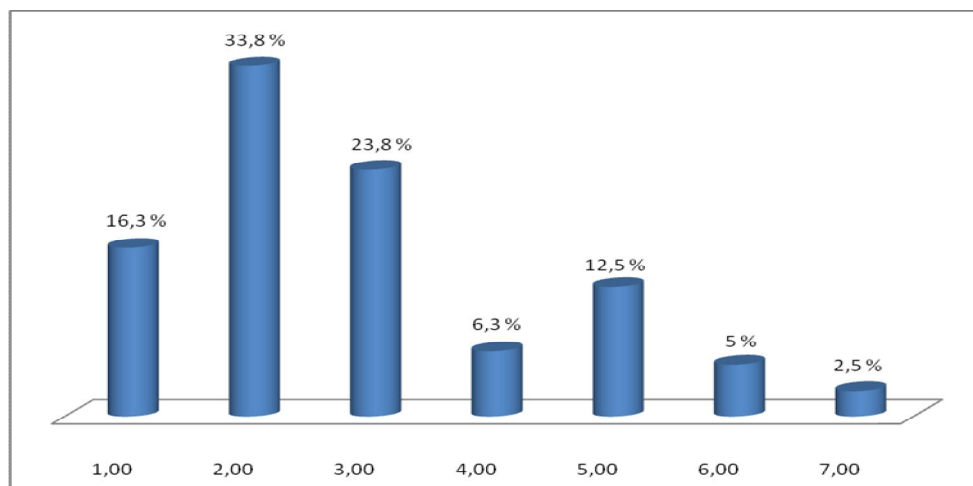


Figure 8 : durée de séjour à la maternité/jr

2.1.10 IEC avant la sortie :

La majorité (68,8 %) des mères ont reçu de l'IEC avant la sortie de l'hôpital, par les pédiatres dans 54,5 % des cas, les infirmières dans 23,6 % des cas, les gynécologues dans 14,5 % des cas, et les sages femmes dans 7,3 % des cas.

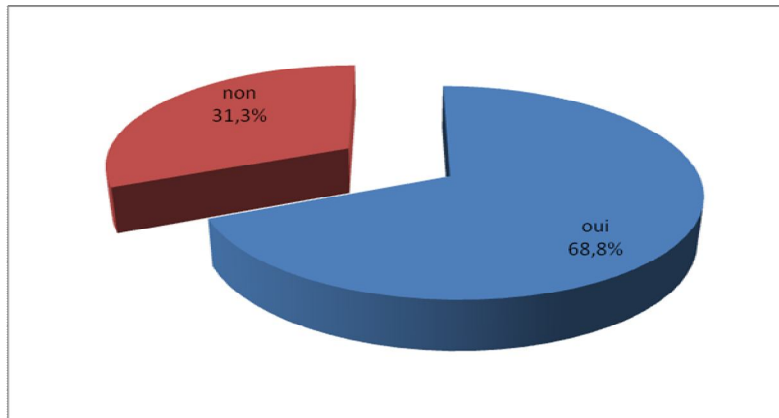


Figure 9 : IEC des mères avant la sortie

2.1.11 Expérience antérieure d'AM :

La majorité des parturientes (65 %) n'ont pas d'expérience antérieure d'AM.

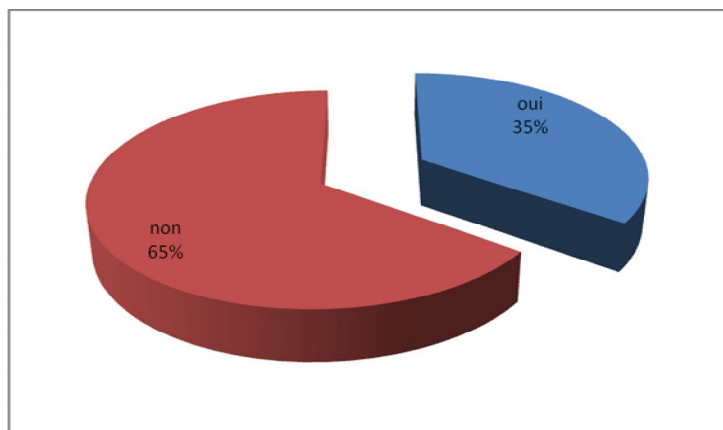


Figure 10 : répartition selon l'expérience antérieure d'AM

2.1.12 Mère elle-même allaitée :

77 % des mères n'ont pas été allaitées elles –même.

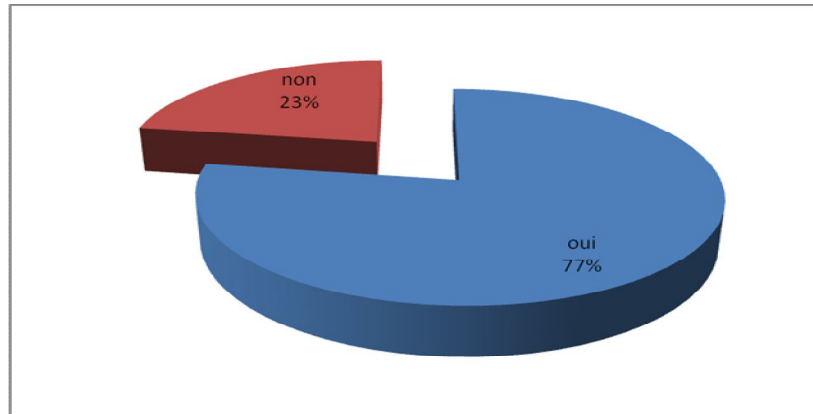


Figure 11 : mère elle-même allaitée

2.1.13 Choix maternel :

25 % des mères ont choisi l'AM, 50 % ont choisi l'allaitement mixte, 4 % ont choisi l'allaitement artificiel, et 21 % n'avaient pas de choix.

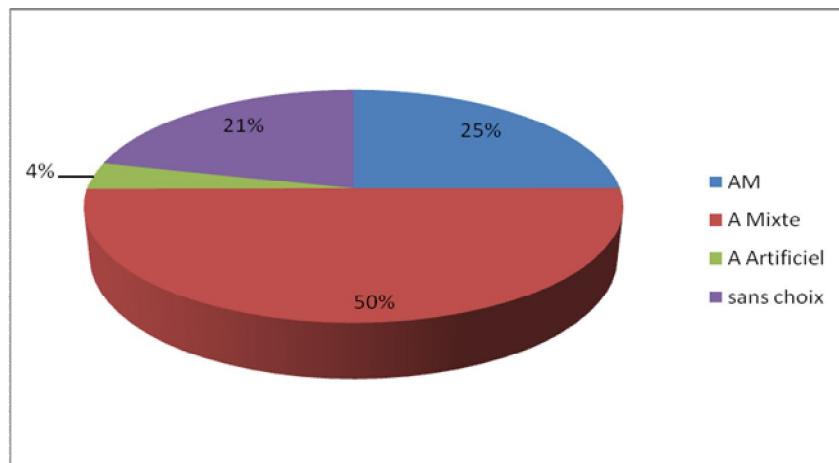


Figure 12 : répartition selon le choix de la mère

Tableau 2- Caractéristiques des mères

critères	effectifs	Pourcentage
Gestité		
Primi gestes	46	57,5
Multi gestes	34	42,5
Parité		
Primi pares	48	60
multipares	32	40
Niveau socio-économique		
Elevé	5	6,3
Moyen	41	51,3
Bas	34	42,5
Profession de la mère		
Sans	64	80
Ouvrière	10	12,5
Fonctionnaire	5	6,3
professeur	1	1,3
Niveau d'instruction des mères		
analphabète	39	48,8
primaire	19	23,8
secondaire	18	22,5
universitaire	4	5
Suivi de grossesse		
CDS	46	57,5
Maternité	11	13,8
Privé	17	21,3
Non suivie	6	7,5
IEC avant grossesse		
Oui	30	37,5
Non	50	62,5

IEC pendant grossesse		
Oui	31	38,8
Non	49	61,3
Expérience antérieure d'AM		
Oui	28	35
Non	52	65
Mère elle même allaité		
Oui	62	77,5
Non	18	22,5
Lieu d'accouchement		
CHU	69	86,3
Maternité publique	5	6,3
Maison d'accouchement	6	7,5
Grossesse		
Mono fœtale	55	68,8
Multi fœtale	25	31,3
Mode d'accouchement		
Voie basse	63	78,8
Voie haute	17	21,3
IEC avant sortie de maternité		
Oui	55	68,8
Non	25	31,3
Dispensée par		
Pédiatre	30	54,5
Infirmière	13	23,6
Gynéco	8	14,5
Sage femme	4	7,3
Choix mère		
A. maternel	20	25
A. mixte	40	50
A. artificiel	3	3,8
Sans choix	17	21,3

2.2 Caractéristiques des nouveau-nés :

2.2.1 Le sexe :

Le sexe ratio des nouveaux nés était de 0,82 (36 / 44).

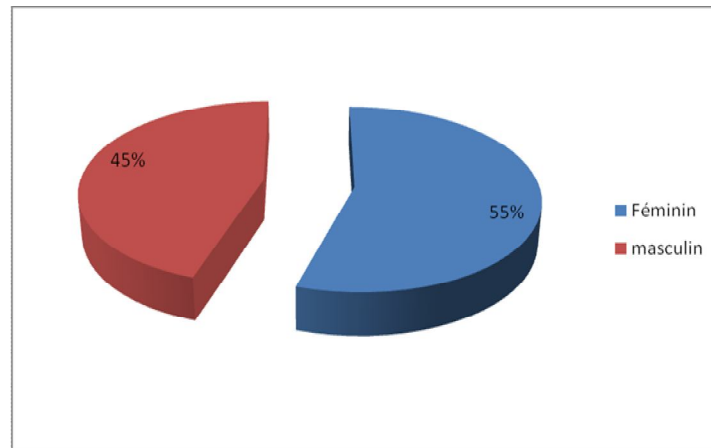


Figure 13 : répartition selon le sexe du nouveau-né

2.2.2 Âge gestationnel :

L'âge gestationnel des nouveau-nés variait entre 29SA et 36SA+6jr, avec une moyenne de 34SA.

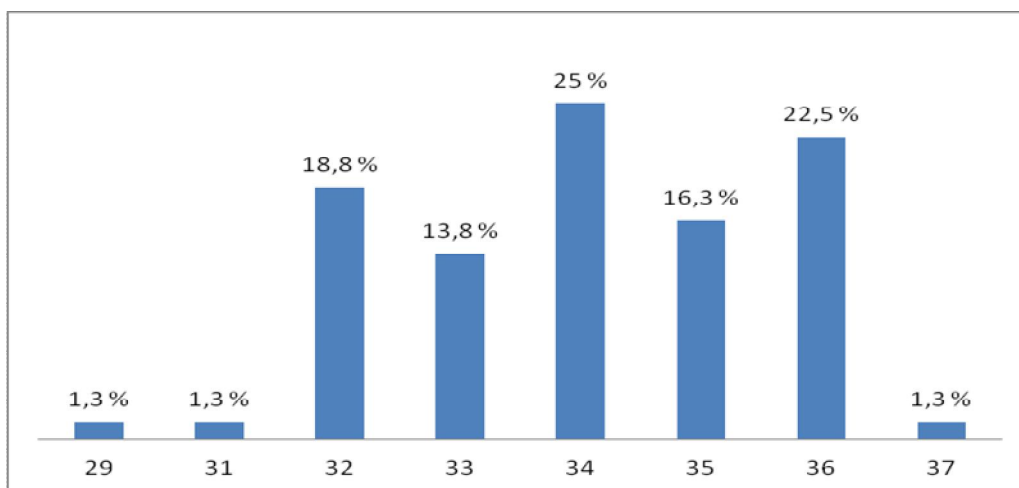


Figure 14 : répartition selon l'âge gestationnel /SA

2.2.3 Poids de naissance :

Le poids de naissance moyen était de 1635 g avec des extrêmes de (1050 à 2500 g). 61 % des nouveau-nés avaient un poids de naissance entre 1500 et 1999 g, 25 % avaient un très faible poids [1000-1499g] et 14 % avaient un poids supérieur à 2 kg.

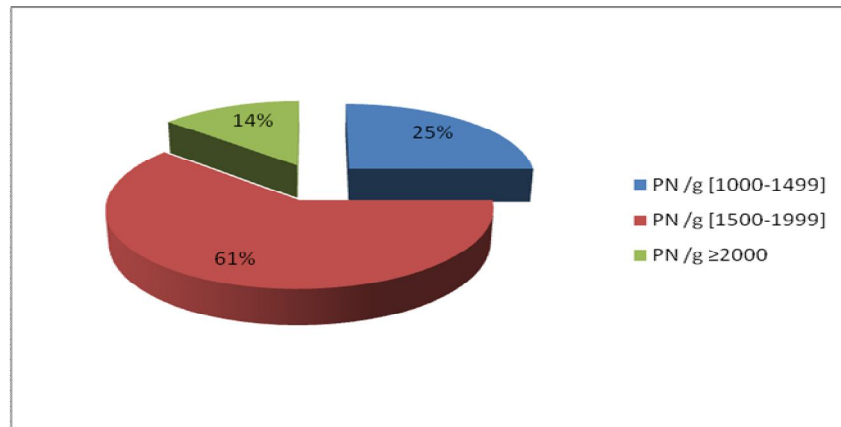


Figure 15 : répartition selon le poids de naissance

2.2.4 Alimentation en cours d'hospitalisation :

Seulement 35 % des prématurés ont reçu du lait maternel au cours de leur hospitalisation.

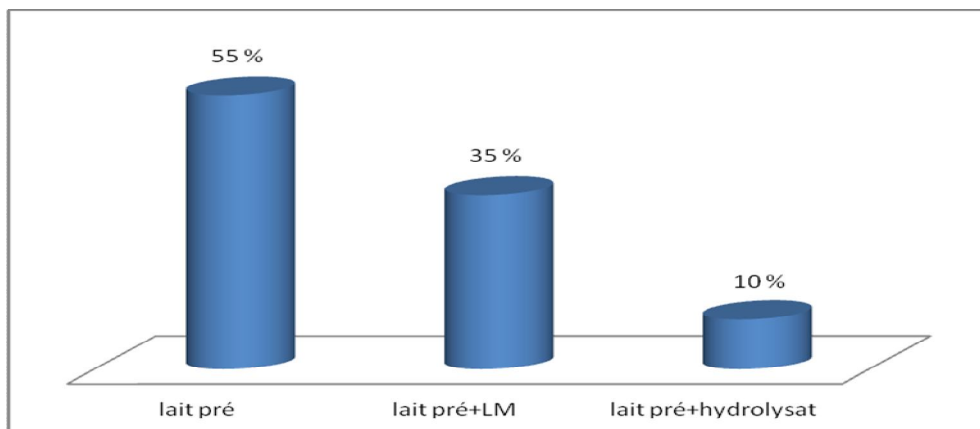


Figure 16 : répartition selon l'alimentation en cours d'hospitalisation

2.2.5 Délai de la première expression du lait :

Le délai de 1ère expression du lait maternel variait entre 1 et 30 jours avec une médiane de 3 jours. La première expression du lait a été réalisée au cours de la première semaine dans 80,8 % des cas.

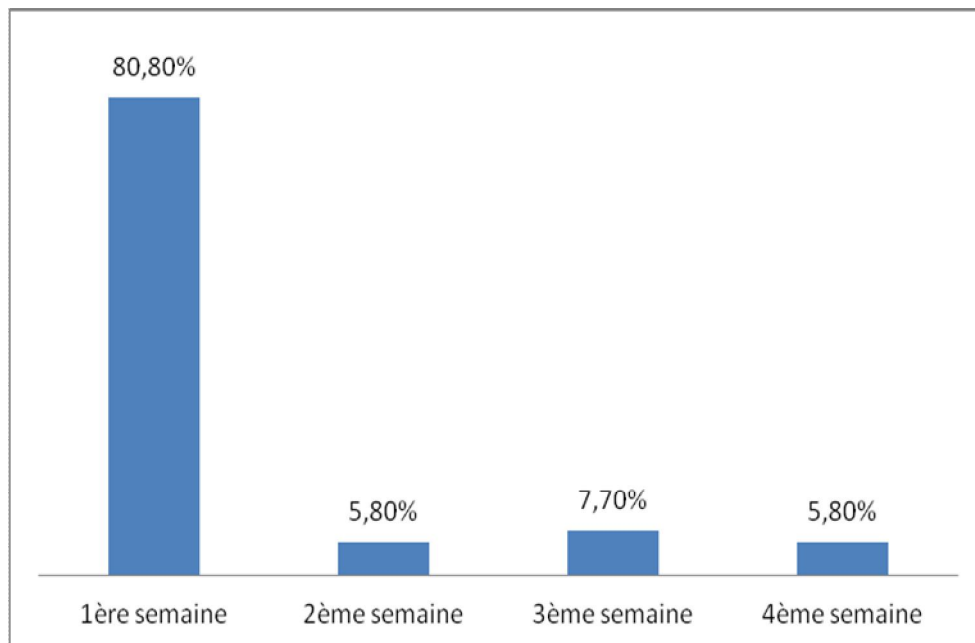


Figure 17 : répartition selon le délai de la première expression du lait

2.2.6 Difficultés après le retour à domicile :

65 % des mères avaient des difficultés à allaiter après le retour à domicile en raison de la survenue de crevasses dans 26 % des cas, du refus de bébé dans 19 % des cas, de la mauvaise prise pondérale dans 9 % des cas, du manque de lait dans 9 % des cas, et de mamelons rétractés dans 2 % des cas.

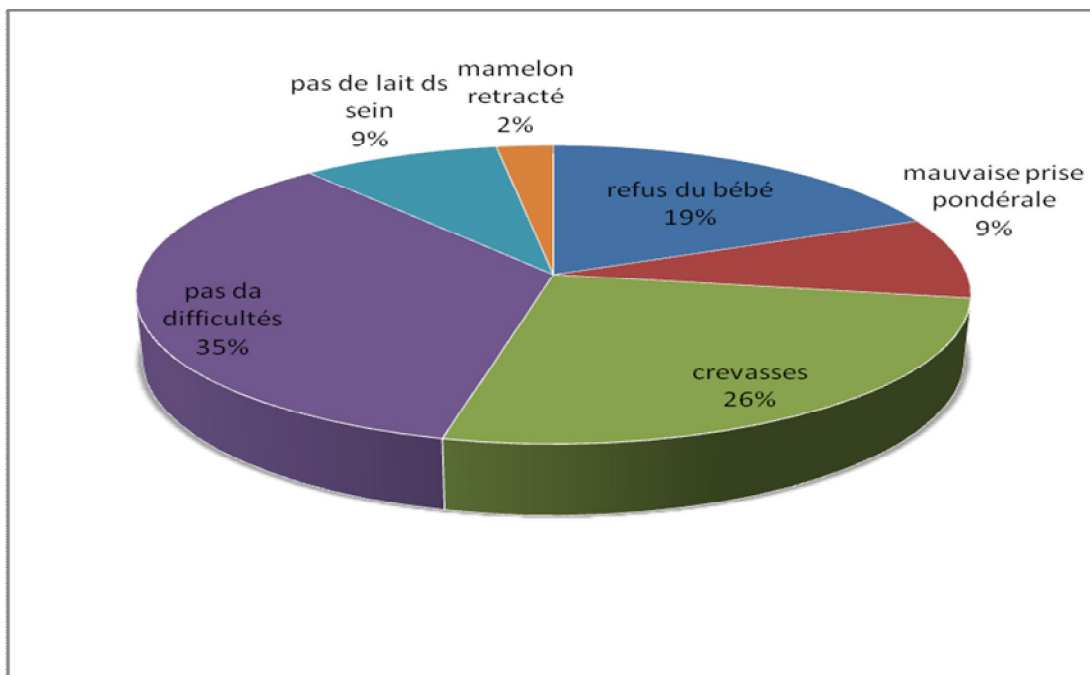


Figure 18 : répartition selon les difficultés rencontrées après le retour à domicile

2.2.7 Interventions de soutien à l'AM:

39 % des mères n'ont pas bénéficié d'intervention de soutien à l'allaitement maternel, 32 % ont reçu le soutien par la famille, et 29 % des cas par les professionnels de la santé.

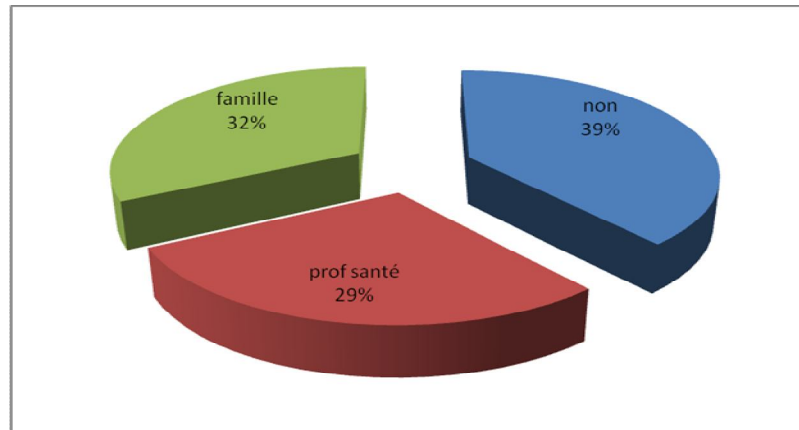


Figure 19 : interventions de soutien

2.2.8 Durée d'AM :

La pratique de l'allaitement maternel a été adoptée par 70 % des mères et maintenue jusqu'à l'âge de 6 mois par 35 % d'entre elles. 30 % des mères n'ont pas allaité leur bébé au sein.

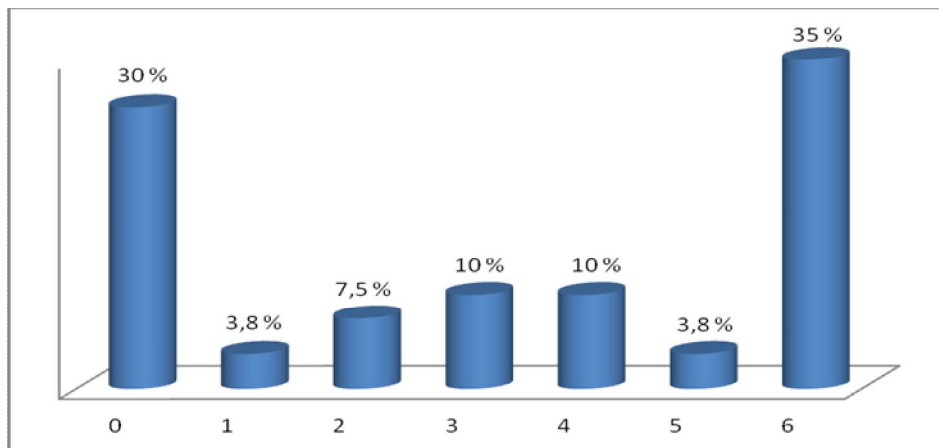


Figure 20 : durée d'allaitement maternel/mois

Tableau 3-caractéristiques des nouveau-nés

Caractéristique	Valeur
Sexe	
Féminin	44 (55)
masculin	36 (45)
Age gestationnel	34,04 ± 1,58
Poids de naissance	
[1000-1499]	20 (25)
[1500-1999]	49 (61,3)
≥2000	11 (13,8)
Motif d'hospitalisation	
Prématurité	57 (71,3)
Prématurité+IMF	13 (16,3)
Prématurité+DR	8 (10)
Prématurité+SNN	2 (2,5)
Alimentation en cours d'hospitalisation	
Lait pré	44 (55)
Lait pré+LM	28 (35)
Lait pré+hydrolysat	8 (10)
Délai de 1ère mise au sein/jr	15,78 ± 9,94
Poids de sortie/g	1883,31 ± 356,11
Age corrigé/SA	37,33 ± 1,90
Durée du séjour en néonatalogie/jr	24,81 ± 16,91
Type d'alimentation à la sortie d'hospitalisation	
A. Mixte	55 (68,8)
AM	12 (15)
AA	13 (16,3)
Durée d'AM/mois	3,17 ± 2,52
Durée AM exclusif/mois	0,55 ± 1,38
Interventions de soutien à l'AM	
Non	31 (38,8)
Professionnels de santé	23 (28,8)
Famille	26 (32,5)
Age corrigé/mois	5,90 ± 0,72

Les valeurs sont exprimées en moyenne ± écart-type et effectif (%)

3. ANALYSE STATISTIQUE :

3.1 Analyse univariée :

Afin de déterminer les facteurs associés à l'allaitement maternel, nous avons procédé à une analyse statistique en intégrant 29 variables portant sur des caractéristiques sociodémographiques et génésiques de la mère, le déroulement de la grossesse et de l'accouchement, les caractéristiques du nouveau-né et de l'allaitement.

Tableau 4-Analyse univariée des facteurs associés à l'allaitement maternel pour les 80 couples mères enfants.

caractéristique	OR	IC 95%	P
Sexe	1,33	0,51 – 3,48	0,557
Age gestationnel	1,48	1,06 – 2,06	0,018
Poids de naissance	1,002	1,000 – 1,004	0,017
Présence d'une comorbidité	1,30	0,44 – 3,87	0,62
alimentation en cours d'hospitalisation	5,62	0,68 – 46,27	0,10
Délai de première mise au sein	0,96	0,90 – 1,02	0,28
Poids de sortie	1,002	0,999 – 1,004	0,13
Age corrigé	0,91	0,71 – 1,18	0,50
Durée du séjour en néonatalogie	0,95	0,92 – 0,98	0,002
Difficultés après retour à domicile	0,10	0,02-0,48	0,004
Durée d'AM	3,60	,000	0,98
Durée d'AM exclusif	2,69	0,74-9,83	0,13
Interventions de soutien	3,21	1,19 – 8,65	0,02
Age de la mère	1,05	0,97-1,14	0,17
gestité	2,26	0,81-6,29	0,12
Parité	1,16	0,43-3,10	0,76
Niveau socio-économique			
Elevé	1		
Moyen	1,91	0,19-19,19	0,58
bas	1,15	0,43-3,09	0,77
Profession de la mère	2,11	0,54-8,24	0,28
Niveau d'instruction de la mère	2,22	0,83 – 5,92	0,11
Suivi de grossesse	5,40	0,91 – 31,80	0,06
IEC sur l'AM avant la grossesse	1,69	0,60 – 4,73	0,31
IEC pendant la grossesse	2,41	0,83 – 7,00	0,10
Expérience antérieure d'AM	1,45	0,51 – 4,09	0,47
Mère elle-même allaité	0,87	0,27 – 2,78	0,81
grossesse	1,14	0,41 – 3,18	0,79
Mode d'accouchement	0,66	0,19 – 2,28	0,51
Durée de séjour à la maternité	1,49	1,02 – 2,18	0,03
IEC avant la sortie	1,14	0,41 – 3,18	0,79

Parmi les 29 facteurs inclus, seulement 6 facteurs se sont révélés significatifs ($p < 0,05$) :

- ✧ Âge gestationnel
- ✧ Poids de naissance
- ✧ Durée de séjour en néonatalogie
- ✧ Difficultés après retour à domicile
- ✧ interventions de soutien à l'AM
- ✧ Durée de séjour en maternité

3.1.1 Âge gestationnel :

Les enfants qui ont un âge gestationnel plus élevé ont presque 1,5 fois plus de chance d'être allaités par le sein.

3.1.2 Poids de naissance :

Plus le poids du nouveau-né est important, plus la chance d'être allaité par le sein augmente.

3.1.3 Durée de séjour en néonatalogie :

Une durée de séjour plus longue en néonatalogie est associée à un taux d'allaitement maternel plus bas.

3.1.4 Difficultés après retour à domicile :

Les femmes qui trouvent des difficultés à allaiter après le retour à domicile ont un taux d'allaitement maternel plus bas.

3.1.5 Interventions de soutien à l'AM :

Les femmes qui bénéficiaient des interventions de soutien à l'allaitement maternel avaient plus de chance d'allaiter au sein leur bébé.

3.1.6 Durée de séjour à la maternité :

On constate que pour chaque jour de séjour à la maternité, la chance d'allaiter par le sein se multiplie par 1,5.

3.2 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 0,20 dans cette analyse multivariée.

Tableau 5-Analyse multivariée des facteurs associés à l'allaitement maternel.

Caractéristique	OR	IC 95%	P
soutien allaitement	6,97	0,99 – 48,89	0,05
Degré de prématurité	1,05	0,09 – 11,74	0,96
Poids de naissance			
[1000-1500g [1		
[1500-2000g [3,42	0,30 – 38,49	0,32
≥2000g	0,35	0,002 – 53,39	0,68
Alimentation en cours d'hospitalisation	0,45	0,05 – 4,01	0,47
Poids de sortie	1,00	0,99 – 1,01	0,09
Séjour en néonatal	0,97	0,91 – 1,04	0,51
Difficulté après retour	0,03	0,003 – 4,39	0,009
Durée d'AM exclusif	7,92	0,58 – 106,71	0,11
Âge de la mère	1,04	0,88 – 1,23	0,61
Gestité	7,23	0,81 – 64,27	0,07
Niveau d'instruction de la mère	3,75	0,45 – 30,85	0,21
Suivie de grossesse	53,01	0,68 – 4093,58	0,07
IEC pendant la grossesse	1,29	0,17 – 9,47	0,80
Durée de séjour en maternité	1,77	0,92 – 3,40	0,08

Selon le modèle multivarié, deux facteurs ont été retenus comme influençant la pratique de l'allaitement maternel.

Le premier facteur était «l'intervention de soutien à l'allaitement maternel» ($p=0,05$; $OR=6,97$). En fait, les femmes qui bénéficiaient des interventions de soutien à l'allaitement maternel avaient presque 7 fois plus de chance d'allaiter par le sein que les autres femmes qui n'avaient pas bénéficié de ces interventions.

Le deuxième facteur était «les difficultés rencontrées après le retour à domicile» ($p=0,009$; $OR=0,03$). Ainsi les femmes qui avaient rencontré des difficultés à allaiter après le retour à domicile, avaient moins de chance de poursuivre l'allaitement maternel.

4. LES FACTEURS ASSOCIES A LA POURSUITE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL JUSQU'A 6 MOIS :

Tableau6- Les facteurs associés à la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à 6 mois

Caractéristique	Absence d'allaitement (n=24)	Allaitement moins de 6 mois (n=28)	Allaitement jusqu'à l'âge de 6 mois (n=28)	p
Sexe				0,22
Féminin	12(50)	19(67,9)	13(46,4)	
masculin	12(50)	9(32,1)	15(53,6)	
Degré de prématurité				0,054
moyenne [33 SA-36SA+6jr]	15(62,5)	23(82,1)	25(89,3)	
Grande [28SA-32SA+6jr]	9(37,5)	5(17,9)	3(10,7)	
Poids de naissance				0,1
[1000-1499]	11(45,8)	4(14,3)	5(17,9)	
[1500-1999]	11(45,8)	19(67,9)	19(67,9)	
≥2000	2(8,3)	5(17,9)	4(14,3)	
comorbidité				0,85
Oui	6(25)	9(32,1)	8(28,6)	
non	18(75)	19(67,9)	20(71,4)	
Alimentation en cours d'hospitalisation				0,4
Allaitement artificiel	18(75)	18(64,3)	16(57,1)	
Allaitement mixte	6(25)	10(35,7)	12(42,9)	
Délai de 1ère expression du lait maternel /h	4(3 ; 15)	3(2 ; 7)	2,5(2 ; 3)	0,027
Délai de 1ère mise au sein/jr	18,73±10,32	14,15±11,26	16,32±7,87	0,42
Age corrigé/SA	6,13±0,35	5,86±0,76	5,6±0,96	0,4
Durée du séjour en néonatalogie/jr	34,38±20,63*	19,54±13,02	21,89±13,62	0,003
Type d'alimentation a la sortie d'hospitalisation				<0,001
A. Mixte	10(41,7)	24(85,7)	21(75)	
AM	1(4,2)	4(14,3)	7(25)	
AA	13(54,2)	0(0)	0(0)	

Allaitement a la demande				<0,001
Oui	10(41,7)	27(96,4)	21(75)	
Non	14(58,3)	1(3,6)	7(25)	
Difficultés après retour à domicile				<0,001
Oui	22(91,7)	24(85,7)	6(21,4)	
non	2(8,3)	4(14,3)	22(78,6)	
Durée AM exclusif/mois	0,04±0,2	0,86±1,45	0,68±1,76	0,08
Interventions de soutien à l'AM				0,04
non	14(58,3)	10(35,7)	7(25)	
oui	10(41,7)	18(64,3)	21(75)	
Âge de la mère	26,83±6,45	27,96±6,23	30,11±7,14	0,19
gestité	1,29±0,46	1,54±0,5	1,43±0,5	0,21
Parité	1,38±0,49	1,39±0,49	1,43±0,5	0,92
Niveau socio-économique				0,37
Élevé	1(4,2)	2(7,1)	2(7,1)	
Moyen	12(50)	11(39,3)	18(64,3)	
bas	11(45,8)	15(53,6)	8(28,6)	
Mère travaille en dehors du foyer				0,36
Oui	3(12,5)	5(17,9)	8(28,6)	
non	21(87,5)	23(82,1)	20(71,4)	
Niveau d'instruction de la mère				0,23
Analphabète	15(62,5)	11(39,3)	13(46,4)	
instruite	9(37,5)	17(60,7)	15(53,6)	
Suivie de grossesse				0,23
Oui	20(83,3)	27(96,4)	27(96,4)	
non	4(16,7)	1(3,6)	1(3,6)	
IEC pendant la grossesse				0,012
Oui	6(25)	8(28,6)	17(60,7)	
non	18(75)	20(71,4)	11(39,3)	
Expérience antérieure d'AM				0,74
Oui	7(29,2)	10(35,7)	11(39,3)	
non	17(70,8)	18(64,3)	17(60,7)	

Mère elle-même allaitée				0,27
Oui	19(79,2)	24(85,7)	19(67,9)	
non	5(20,8)	4(14,3)	9(32,1)	
Lieu d'accouchement				0,43
CHU	21(87,5)	26(92,9)	22(78,6)	
Milieu public	2(8,3)	0(0)	3(10,7)	
Maison d'accouchement	1(4,2)	2(7,1)	3(10,7)	
Grossesse				0,92
Monofœtale	16(66,7)	19(67,9)	20(71,4)	
multifœtale	8(33,3)	9(32,1)	8(28,6)	
Mode d'accouchement				0,76
Voie basse	20(83,3)	22(78,6)	21(75)	
Voie haute	4(16,7)	6(21,4)	7(25)	
Durée de séjour à la maternité	2,33±1,12 **	2,71±1,51	3,57±1,7	0,01
IEC avant la sortie				0,66
Oui	16(66,7)	18(64,3)	21(75)	
non	8(33,3)	10(35,7)	7(25)	
Choix de la mère				0,009
AM	7(29,2)	6(21,4)	7(25)	
A. Mixte	5(20,8)	18(64,3)	17(60,7)	
AA	3(12,5)	0(0)	0(0)	
sans	9(37,5)	4(14,3)	4(14,3)	

Les valeurs sont exprimées en moyenne ± écart-type et effectif (%); *groupe absence d'allaitement Vs groupe allaitement moins de 6mois et groupe allaitement jusqu'à 6mois ; **groupe absence d'allaitement Vs groupe allaitement jusqu'à 6mois.



Discussion

L'importance de l'alimentation post-natale chez le nouveau-né prématuré, ainsi que son impact sur le devenir, tant immédiat qu'à long terme, est démontrée par de nombreuses études. La place du lait maternel dans cette alimentation est primordiale. Le lait maternel reste en effet le lait de référence pour nourrir les nouveau-nés prématurés [1]. Il est mieux toléré par l'enfant prématuré avec une moindre incidence des entérocolites ulcéro-nécrosantes, des infections et une diminution des durées d'hospitalisation [5].

Le lait maternel cru a de nombreux avantages nutritionnels et immunologiques pour le prématuré, rendant son utilisation habituelle et légitime.

La réussite de l'AM chez cette population de nouveau-nés vulnérables est essentielle et devrait être une priorité pour les mères et pour les professionnels de santé. Cependant, la prévalence de l'AM chez l'enfant prématuré reste faible comme en attestent différentes études européennes, américaines et canadiennes. Dans notre pays, l'abandon de l'allaitement maternel prend des dimensions de plus en plus importantes [13,14] mais la prévalence de l'AM chez l'enfant prématuré est mal connue et mal recensée et sa détermination reste indispensable pour la faire progresser.

Ainsi, le principal enjeu demeure l'identification des facteurs qui affectent la prévalence de l'AM 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 une population d'enfants prématurés, et de déterminer certains facteurs influençant qui serviraient de base pour les stratégies de promotion de l'allaitement maternel chez cette catégorie de nouveau-nés.

1. PREVALENCE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL :

La prévalence de l'AM chez l'enfant prématuré reste faible comme en attestent différentes études. En effet les taux d'AM chez le prématuré, différents d'un pays à l'autre, s'évaluent à la naissance entre 30 et 60 %, puis baissent à la sortie de néonatalogie et davantage encore à l'âge de 3 mois et 6 mois [7-8].

La prévalence de l'AM chez les nouveau-nés prématurés est mal connue et mal recensée. Notre étude a objectivé un taux d'allaitement à la sortie de l'hôpital de 83,75 % (67 /80) dont 68,75 % d'allaitement partiel et 15 %(12/80) d'allaitement exclusif.

À l'âge de six mois, 35 % (28/80) de l'ensemble des prématurés recevaient un allaitement (partiel chez 26 prématurés et exclusif chez 2 autres) ce qui représentait 41,8 % (28/67) des bébés allaités à la sortie du service.

Le taux d'allaitement maternel observé dans notre étude à la sortie du service était plutôt élevé et dépassait celui retrouvé dans une étude réalisée au même service de néonatalogie en 2011 et qui rapportait qu'en sortie d'hospitalisation, 49,2 % des prématurés recevaient un allaitement partiel avec du lait maternel et un lait adapté pour prématuré, contre 57,9 % à un mois de vie, 59,4 % à deux mois et 57,9 % à trois mois de vie. Aucun enfant n'était en allaitement exclusif à la sortie d'hospitalisation et à un mois de vie et seulement 7,2 % bénéficiaient d'un allaitement exclusif à deux mois et trois mois de vie [12].

En France, l'enquête nationale périnatale de 2003 rapportait chez les enfants nés avant 36 SA en maternité un taux d'allaitement maternel exclusif de 43,6 % et un taux d'allaitement partiel de 16,8 % dans les 4 premiers jours de vie [15].

L'étude française prospective publiée en 2010 portant sur 149 enfants nés avant 37SA objectivait des taux d'allaitement maternel de 69,1 % à la naissance, 57,8 % à la fin de l'hospitalisation et 33,6 % à l'âge de 3mois [16].

Une étude américaine prospective portant sur 151 enfants nés avant 34SA observait un taux d'allaitement maternel de 49,7 % durant l'hospitalisation [17].

Une autre étude descriptive publiée en 2006, portant sur plus de 80 000 naissances dans le Massachusetts en 2002, observait un taux de démarrage d'allaitement maternel de 70,1 % chez les enfants nés entre 32 et 36SA et 62,9 % chez ceux nés entre 24 et 31SA [7].

Ce taux d'AM diminue ensuite dans les mois qui suivent la naissance. Dans notre série, ce taux a chuté à 35 % à l'âge de 6 mois, ce qui reste bas comparativement au taux rapporté dans la littérature.

En effet l'étude descriptive publiée en 2007 et portant sur 1730 enfants nés en Suède en 1996, 2001 et 2004 montrait un taux d'allaitement à la sortie de l'hôpital de 92 % chez les prématurés, alors qu'à 6 mois, les taux d'allaitement maternel étaient de 41 % chez les enfants nés avant 28SA, 47 % chez ceux nés entre 28 et 32SA et 65 % chez ceux nés entre 32 et 36SA [18].

De même une étude de cohorte, prospective, publiée en 2007, et portant sur 225 enfants nés très prématurément entre 1993 et 2001 dans 2 comtés suédois, avait observé des taux d'allaitement maternel de 79 % à 2 mois et 45 % à 6 mois.[19].

L'étude prospective de Labarrère publiée en 2001 étudiait le démarrage et la durée de l'allaitement maternel dans un échantillon de 353 femmes ayant accouché, tous termes confondus, dans les maternités de l'agglomération d'Aix et Chambéry, la prévalence de l'allaitement maternel était de 70,8 % en établissement et de 12,2 % à 6 mois. Néanmoins, l'effectif dans la catégorie «enfants prématurés » était faible (n = 12). [20].

2. LES FACTEURS ASSOCIES A L'ALLAITEMENT MATERNEL:

L'analyse univariée nous a permis d'identifier un certain nombre de facteurs significativement associés à l'allaitement maternel. Ces facteurs sont :

2.1 L'âge gestationnel :

Le faible âge gestationnel est lié à un taux d'allaitement maternel plus bas dans notre série aussi bien à la naissance (OR=1,48 et $p=0,018$) qu'à l'âge de 6 mois ($p=0,054$).

Ceci concorde avec les résultats rapportés par d'autres études comme celle publiée en 2007 et qui a montré dans un échantillon de 1730 enfants nés en Suède en 1996, 2001 et 2004, un taux d'allaitement à la sortie de l'hôpital de 92 % chez les prématurés avec à 6 mois, des taux d'allaitement maternel de 41 % chez les enfants nés avant 28 SA, 47 % chez ceux nés entre 28 et 32 SA et 65 % chez ceux nés entre 32 et 36 SA [18].

Une autre étude descriptive publiée en 2006, portant sur plus de 80 000 naissances dans le Massachusetts en 2002, observait un taux de démarrage d'allaitement maternel de 70,1 % chez les enfants nés entre 32 et 36 SA et 62,9 % chez ceux nés entre 24 et 31 SA [7].

Dans notre série, les enfants qui ont un âge gestationnel plus élevé ont presque 1,5 fois plus de chance d'être allaités par le sein. Ce faible taux d'AM chez les prématurés de faible âge gestationnel serait en rapport avec la méconnaissance des mères concernant les bénéfices du lait maternel pour leur enfant prématuré, notamment sur le plan digestif et immunitaire. À ceci s'ajouteraient probablement les difficultés rencontrées par les mères dans la mise au sein de cette catégorie de prématurés.

En effet, plus l'âge gestationnel est faible, moindre est la maturité des mécanismes de l'oralité. En effet, l'alimentation par voie orale nécessite une coordination adéquate de la séquence succion (S), déglutition (D), et respiration (R) afin de minimiser les risques de fausse route et d'optimiser les échanges gazeux. Cette coordination est caractérisée par une synchronisation rythmique de ces trois fonctions. Si celle-ci est présente chez les enfants nés à terme qui dès leur naissance peuvent se nourrir au sein, la situation est bien différente pour les enfants nés prématurés, ou l'introduction du sein se fait de coutume vers 33-34 semaines post-conceptionnelles, à un âge où le pattern de la succion commence à rassembler à celui du nouveau-né terme [21].

Les étapes de maturation permettant d'obtenir des tétées au sein efficaces ont été décrites par Nyqvist et al. [22]. L'enfant peut être mis en peau à peau très tôt après sa naissance. Le réflexe de fouissement est présent très tôt. Dès 28 semaines d'âge corrigé, certains enfants « attrapent » le sein. On observe des trains de succion des 32 semaines, des tétées nutritives des 30-31 semaines et des allaitements exclusifs complets parfois dès 34 semaines. Aucun critère d'âge ou de poids ne doit conditionner la mise au sein, le seul critère doit être la stabilité de l'enfant.

À l'inverse, une enquête prospective réalisée dans les maternités du CHU de Rennes, publiée en 2002, montrait que les prématurés de moins de 31 SA étaient plus souvent allaités ($p < 0,05$), et ceci a été expliqué par le fait que les mères de ces nouveau-nés plus fragiles ont plus souvent bénéficié d'un entretien ciblé sur l'allaitement maternel que les autres [23].

De même, une étude française prospective publiée en 2010 portant sur 149 enfants nés avant 37SA du 1er novembre 2006 au 20 avril 2007 montrait un effet positif de la prématurité sur le taux d'allaitement maternel où une grande prématurité était significativement associée à un taux d'allaitement maternel plus élevé à la naissance (OR=0,07[0 ; 0,50]). Le taux d'allaitement maternel à la naissance était de 96,3 % (89,2 ; 100) pour les prématurés nés avant 32 SA et de 63,1 % (54,5 ; 71,7) pour ceux nés entre 32 et 37 SA. Ces résultats étaient expliqués par le fait que les mères hospitalisées en raison d'une menace d'accouchement très prématuré sont probablement mieux informées des bénéfices potentiels du lait maternel pour leur enfant notamment sur le plan digestif et immunitaire et que ces mères sont sans doute aussi plus réceptives à tout facteur protecteur pour leur enfant. En plus de l'impact positif du programme NIDCAP (le programme néonatal individualisé d'évaluation et de soins de développement) qui apporte une information sur les réponses comportementales et physiologiques de l'enfant durant les soins, ce qui peut favoriser la compréhension des mécanismes soutenant l'oralité chez l'enfant prématuré [16].

D'où l'intérêt de renforcer l'information prénatale (surtout chez les mères ayant une menace d'accouchement prématuré) sur les bénéfices potentiels de l'allaitement maternel chez les enfants prématurés et de favoriser la compréhension des mécanismes soutenant l'oralité chez l'enfant prématuré aussi bien chez les mères que chez les professionnels de santé.

2.2 Poids de naissance :

Plusieurs travaux mettent en évidence un lien significatif entre le poids de naissance et le taux d'allaitement maternel.

Dans l'étude française prospective publiée en 2010 portant sur 149 enfants nés avant 37SA, l'analyse univariée objectivait qu'un petit poids de naissance semblait significativement associé à un taux d'allaitement maternel à la naissance plus élevé : OR=0,20 (0,08;0,53) pour un poids de naissance compris entre 2000 et 2500 g. À la naissance, le taux d'allaitement maternel était de 89,2 % chez les enfants pesants moins de 2000g, 62,5 % chez ceux pesant entre 2000 et 2500g et 41,7 % chez ceux pesant plus de 2500 g [16].

Par ailleurs, dans l'enquête prospective réalisée dans le CHU de Rennes, portant sur 335 nouveau-nés hospitalisés tous termes confondus (extrêmes de 28 à 41 SA), le poids de naissance n'a pas eu d'influence statistiquement significative. Pourtant, elle a mis en évidence une plus grande tendance à allaiter les nouveau-nés de petit poids de naissance, puisque 56 % des nouveau-nés de moins de 1500 g, et même 75 % de ceux de moins de 1000 g étaient allaités. Précisons que les mères de nouveau-nés prématurés ou de poids de naissance inférieur à 2000 g ont bénéficié respectivement 3,2 et 2,7 fois plus souvent d'un entretien ciblé sur l'allaitement maternel que les autres ($p < 10^{-4}$ et $p < 10^{-3}$) [23].

Par contre, l'étude française réalisée en 2003, portant sur 13 186 enfants tous termes confondus, montrait que les enfants de petit poids avaient une probabilité moindre d'être allaités exclusivement au sein, mais ils avaient une probabilité plus élevée de recevoir un allaitement partiel, par rapport aux enfants pesant entre 3 et 4 kg à la naissance [15].

Dans notre série, l'analyse univariée a révélé que le petit poids de naissance était significativement associé à un taux d'allaitement maternel à la naissance plus bas ($p=0,017$).

De même, une étude observationnelle prospective réalisée en 2002 dans la maternité de type III de l'hôpital Antoine-Béclère de Clamart, montrait que parmi les facteurs associés à l'alimentation de l'enfant à la naissance, seul le poids de naissance était significativement associé au fait d'être allaité. En effet, les enfants de petit poids de naissance avaient moins de chances d'être allaités au sein que ceux ayant un poids normal (OR = 0,03; IC 95 % [0,004–0,3]; $p = 0,002$) [8].

2.3 Durée de séjour en néonatalogie :

Le séjour en néonatalogie peut présenter un obstacle devant la pratique de l'allaitement maternel en raison de la séparation mère-nouveau-né. En effet dans notre service, ne sont hospitalisés que les nouveau-nés, les mères n'étaient admises qu'à des horaires de visite fixes et limités.

Par ailleurs, une mère de nouveau-né hospitalisé en réanimation, même si elle est indemne de pathologie somatique « grave », peut avoir sa lactation retardée du fait de l'impact psychologique du stress et de l'inquiétude causés par la naissance prématurée et/ou l'hospitalisation du nouveau-né en réanimation néonatale [24].

Une étude française réalisée en 2002 montrait que les enfants non hospitalisés avaient plus de chance d'être allaités que les autres [8].

Les résultats de notre série sont concordants avec ceux de la littérature et montrent qu'une durée de séjour plus courte en néonatalogie favorise l'allaitement maternel.

Par contre, Colaizy et Moriss ont montré, dans une analyse concernant 27 états des États-Unis de 2000 à 2003, que l'hospitalisation en réanimation néonatale augmentait les taux d'allaitement maternel chez les enfants prématurés [25]. Ce résultat a été expliqué par une exposition accrue des mères à des messages positifs concernant l'allaitement et à des niveaux plus élevés de l'aide reçue directement sur l'allaitement pendant le séjour à l'hôpital de l'enfant.

2.4 Difficultés après retour à domicile :

Plusieurs travaux mettent en évidence un lien significatif entre les difficultés rencontrées après le retour à domicile et le taux d'allaitement maternel.

En fait, l'étude française réalisée en 2005 au sein de deux maternités Toulousaines, notait qu'à trois mois, la moitié des allaitements est arrêtée avant cette date (45 % pour manque de lait, 10 % en raison d'une perte de poids du bébé) et que ces interruptions sont dans la majorité des cas à mettre sur le compte de difficultés avec la mise en route de l'allaitement. En effet, le manque de lait et l'insuffisance de prise de poids du bébé sont souvent la conséquence d'un mauvais positionnement du bébé au sein [26].

Par ailleurs, une étude néerlandaise [27] a également montré qu'une des premières causes de cessation de l'allaitement durant les premières semaines est due à des difficultés et que celles-ci sont souvent liées à une mauvaise technique de mise en route.

De même, l'étude de A. Ego a montré que les mères qui avaient cessé d'allaiter prématurément avaient plus souvent déclaré dès leur séjour en maternité que leur enfant « prenait mal le sein » (52 % versus 32 %, $p < 10^{-3}$), qu'il « refusait le sein » (8% versus 3 %, $p = 0,04$). Treize pour cent d'entre elles s'étaient plaintes de « manquer de lait » contre 2 % des mères qui ont poursuivi l'allaitement ($p < 10^{-3}$) et une perte de poids initiale de plus de 10 % était observée en maternité chez 17 % des enfants sevrés prématurément et chez 5 % des autres enfants ($p < 10^{-3}$) [28].

De même, une enquête sur les arrêts précoces de l'allaitement à la maternité du Havre en 2005 montrait que la raison principale invoquée pour l'arrêt de l'allaitement est la douleur occasionnée par les crevasses (59 %) [29].

Dans notre contexte, nos résultats rejoignent ceux de la littérature et incriminent les difficultés rencontrées après le retour à domicile, comme cause essentielle ($p=0,004$) à l'arrêt précoce de l'allaitement maternel (26 % pour des crevasses, 19 % pour refus de bébé, 9 % en raison d'une mauvaise prise pondérale, 9 % pour manque de lait, et 2 % en raison d'un mamelon rétracté).

2.4.1 Insuffisance du lait :

De nombreuses études [30,31] 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 [32], 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 [33].

En plus, il semble que le besoin d'un bébé de téter fréquemment, ou le fait qu'il « semble affamé entre les tétées » [34], 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)[32], dans la majorité des cas, il s'agit soit de 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.

Chez les mères des prématurés, plusieurs facteurs peuvent contribuer à la survenue d'une insuffisance de lait secondaire. Ces facteurs sont schématisés dans cette figure.

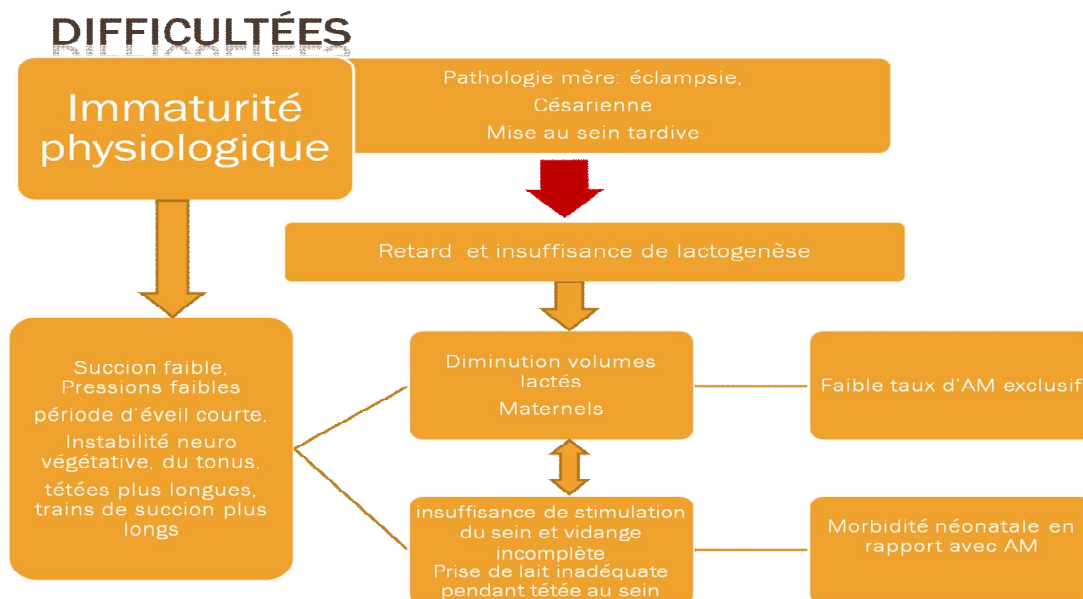


Figure 21 : facteurs favorisant l'insuffisance lactée en cas de prématurité

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 [32].

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 adapté.

L'incertitude concernant la quantité de lait prise par le bébé allaité au sein est souvent invoquée par les mères comme raison les amenant à utiliser le biberon [35]. Le fait de ne pas savoir la quantité de lait que le bébé a bu est inquiétant pour certaines mères [35, 36].

Les mères des enfants prématurés 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 [32] et doivent de ce fait bénéficier d'un suivi plus étroit et d'un accompagnement adapté ; la prévention étant la meilleure approche et repose sur l'apprentissage et la pratique de tétées efficaces, à la demande.

Par ailleurs, 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 prématurés sont capables de réguler leurs besoins pour peu qu'ils tètent de façon efficace et aient accès au sein sans restriction.

-De favoriser l'apprentissage des tétées, grâce auquel le nouveau-né prématuré peut être autonome, c'est-à-dire téter des volumes suffisants pour sa croissance sans avoir acquis le comportement de succion de l'enfant à terme composé de salves de succion longues et de mouvements de respiration

Dans notre série, l'insuffisance du lait a été rapportée par 9 % des mères.

2.4.2 Crevasses :

Les crevasses sont retrouvées comme l'une des raisons les plus fréquentes de l'abandon de l'allaitement maternel lors des premières semaines [37,38], car elles rendent les tétées douloureuses et difficiles et découragent les mères à continuer d'allaiter au sein.

Mariella Landais [39] a fait remarquer « il n'y a probablement pas de recettes infaillibles pour traiter cette situation, si ce n'est la présence chaleureuse du soignant auprès de la mère et du bébé ».

La prévention de l'apparition de ces crevasses peut aussi s'avérer nécessaire. L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (Anaes), dans ses recommandations professionnelles [32], rappelle qu'aucune mesure autre que celle du positionnement correct du bébé au sein dès la première tétée ne permet de prévenir les douleurs et les lésions du mamelon.

En effet, l'enquête publiée en 2008 sur les arrêts précoces de l'allaitement à la maternité du Havre, objectivait que la raison principale invoquée (13 cas sur 22) est la douleur associée aux crevasses. Dans chaque situation, elles ont contribué à l'abandon de l'allaitement même si elles sont parfois associées à d'autres motifs. Dans deux cas, ces douleurs n'ont pas été prises en compte par

l'équipe : une femme ne les a pas signalées et l'autre a jugé tout traitement inutile. Plusieurs suggestions ont été faites aux autres mamans : application de colostrum, puis de lait sur le mamelon après la tétée (dix femmes sur 11 « traitées ») ; position mise au sein revue (neuf femmes sur 11) ; application d'un protecteur cutané : castor Equi® (neuf femmes sur 11) ; utilisation de bouts de sein en silicone (huit femmes sur 11) ; port de coquille d'allaitement (sept femmes sur 11). Une seule a été soulagée par ces propositions, l'abandon de son allaitement a été motivé par une autre raison. On note qu'un frein de langue trop court a été coupé pour un des enfants dont la mère avait des crevasses [29].

Quatorze mises au sein sur les 19 réalisées en salle de naissance dans cette enquête ont été accompagnées par un membre du personnel qui a donc pu s'assurer d'une bonne prise du sein par l'enfant. Toutes les femmes qui l'ont souhaité ont été aidées lors des tétées suivantes, dans le service, mais près de la moitié ont signalé des enfants qui ne tétaient pas correctement. Dans certaines situations, plusieurs difficultés se sont cumulées : frein de langue, mamelon ombiliqué, nouveau-né crispé.

Cette étude a permis de constater que le rôle de l'équipe est d'accompagner les femmes ayant des difficultés, de les soutenir, de les écouter afin qu'elles puissent trouver en elles la force de poursuivre malgré la douleur. Valoriser leur compétence est essentielle pour qu'elles retrouvent confiance et courage.

Dans notre série, les crevasses ont été rapportées par 26 % des mères.

2.4.2 Le refus de prise du sein par le bébé :

Certaines études [40,41] 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 [40] :

- ✧ 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 [42].
- ✧ Les mamelons atypiques et l'ankyloglossie (frein de la langue court) rendent également la prise de sein plus difficile [41].
- ✧ 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 [41]. 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.

Dans notre série, le refus de prise du sein par le bébé a été rapporté par 19 % des mères.

2.4.3 Mauvaise prise pondérale :

La perte de poids importante exposait particulièrement au sevrage (OR=4,3[1,7-10,6]). La perte de poids initiale supérieure à 10 % a été le critère qui a paru le plus objectif pour mettre en évidence les difficultés pratiques de l'allaitement maternel tant chez la mère (production insuffisante de lait, complications locales) que chez l'enfant (difficultés de succion) même si l'évolution de la courbe pondérale obéit à d'autres facteurs et est bien sûr modifiée par l'apport de compléments. Elle a concerné 9 % des nouveau-nés et était très prédictive d'un sevrage prématuré puisqu'elle y était quatre fois plus fréquente que lorsque l'allaitement maternel était poursuivi. Pour Blomquist et Al, une perte pondérale supérieure à 10 % multipliait par trois le risque de sevrage avant 3 mois [43].

Dans notre série, la mauvaise prise pondérale a été signalée par 9 % des mères.

2.4.4 Mamelon rétracté :

Les anomalies du mamelon sont souvent retrouvées comme l'une des raisons les plus fréquentes de l'abandon de l'allaitement maternel.

Dans l'étude française réalisée par S. Douville sur les arrêts précoces de l'allaitement à la maternité du Havre, quatre mères ont rencontré cette difficulté. Deux ont abandonné très rapidement (dans les 24 premières heures). Deux autres ont persévéré. L'une a bénéficié de plusieurs suggestions de l'équipe : aide à la position, bout de sein en silicone, tire-lait, port de coquille, sans qu'aucune ne soit efficace. L'autre a été déstabilisée par des propositions contradictoires émises par l'équipe [29].

Cette association entre forme de mamelon inhabituelle (plat ou rétracté) et comportement de l'enfant au sein a été retrouvée par M.-P. Michel et al et Dewey et al [44]. Physiologiquement, la prise du sein n'implique pas uniquement le mamelon, mais celui-ci ainsi qu'une bonne partie de l'aréole [32,45]. 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 l'intérêt d'accompagner et de soutenir ces mères de façon plus rapprochée pour pallier à cette difficulté et réussir l'allaitement maternel.

Dans notre série, la rétraction du mamelon représentait 2 % des difficultés rencontrées par les mères.

2.5 Interventions de soutien à l'AM :

Les mères rapportent un manque d'encouragements individualisés de la part de leur médecin dans la période qui suit directement la sortie de l'hôpital [46], ou bien elles reçoivent un soutien qui n'est pas toujours positif, étant donné les connaissances obsolètes des soignants et leur manque d'intérêt concernant l'allaitement maternel [47]. Un soutien considéré comme faible par les mères est associé à un taux élevé d'arrêt de l'allaitement avant trois mois, tandis que les mères qui reçoivent des informations répétées allaitent plus longtemps [48].

De plus, plusieurs études [49–50,51] ont montré qu'un accompagnement dans les premières semaines pouvait considérablement réduire le nombre d'arrêts liés aux difficultés.

Par ailleurs, une étude [52], ayant comparé des mères allemandes et des mères françaises, a montré que les mères allemandes sont significativement moins nombreuses à cesser leur allaitement suite à des difficultés. Or, les femmes allemandes bénéficient d'un accompagnement de leur allaitement dans les premières semaines via des visites de sages-femmes à domicile.

De même, une étude [49,53] a montré qu'une intervention de soutien, d'accompagnement et d'information inspirée des thérapies comportementales et cognitives en postnatal diminuait de manière significative les arrêts suite à des difficultés.

D'autres auteurs ont démontré que les consultations médicales prénatales portant sur l'allaitement influencent la durée de la lactation dans une population de nouveau-nés prématurés [54]. Les programmes de soutien à l'allaitement de type Rush Mother's Milk Club ont également fait la preuve de leur efficacité [55].

Sur le plan national, l'étude réalisée au service de néonatalogie de l'Hôpital d'Enfants de Rabat en 2011 rapporte qu'un taux plus élevé d'allaitement maternel (67,8 %) ($p = 0,006$) a été noté chez les femmes ayant été informées sur l'AM. Cette information a été prodiguée à 28 mères par les professionnels de santé lors des consultations prénatales et/ou en postnatal lors du séjour en maternité. Trois mères ont reçu cette information de leur entourage familial [12].

Les résultats de notre série rejoignent ceux de la littérature, et montrent que les femmes qui bénéficiaient des interventions de soutien à l'allaitement maternel avaient plus de chance d'allaiter au sein leur bébé.

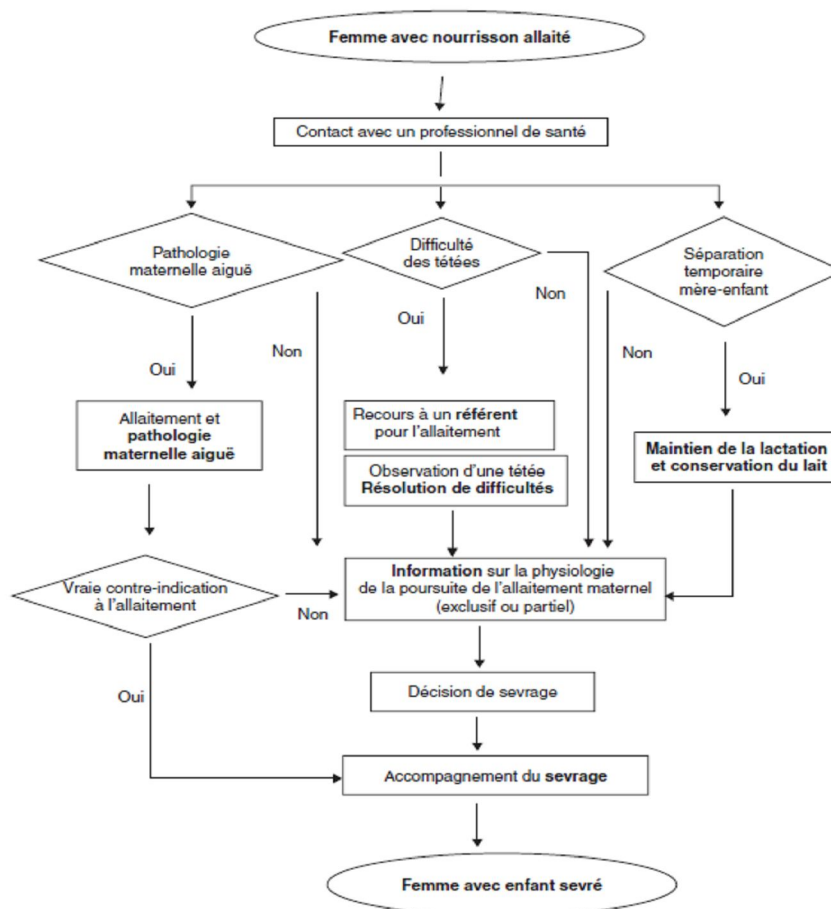


Figure 22 : poursuite de l'allaitement jusqu'au sevrage

2.6 Durée de séjour à la maternité :

L'effet de la longueur du séjour des mères à la maternité n'est pas clair. Deux études suédoises ont obtenu des résultats contradictoires : l'une montrant que la longueur du séjour hospitalier après la naissance n'était pas associée avec la durée de l'allaitement et que certaines caractéristiques maternelles pouvaient être des prédicteurs plus importants d'un allaitement prolongé [56] ; l'autre montrant qu'une sortie « rapide » de l'hôpital (72 heures après la naissance) était associée à une durée plus courte d'allaitement maternel exclusif [47].

En revanche, une étude française réalisée en 2002 montrait que le fait pour la mère d'avoir été hospitalisée pendant sa grossesse, d'avoir suivi un traitement médicamenteux, ou d'avoir des antécédents médicaux était inversement lié à la poursuite de l'allaitement à 1 mois [8].

Concernant notre étude, l'analyse univariée constate que pour chaque jour de séjour à la maternité, la chance d'allaiter par le sein se multiplie par 1,5. Ce résultat peut être expliqué par le fait que les mères qui passent plus de temps avec les personnels de santé sont probablement mieux informées des bénéfices potentiels du lait maternel pour leur enfant.

3. LES FACTEURS NON SIGNIFICATIFS :

Certains facteurs n'ont pas été associés à l'AM des prématurés dans notre série, mais ont été retrouvés dans la littérature.

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

Parmi ces facteurs on trouve :

3.1 Le niveau d'instruction et socio économique :

Une étude réalisée au service de néonatalogie de l'Hôpital d'Enfants de Rabat en 2011 chez une population d'enfants prématurés objectivait en analyse univariée que le taux d'allaitement maternel augmente avec le niveau d'étude et s'évalue à 15,8 % chez les femmes ayant un niveau de scolarisation primaire contre 70,6 % chez celles ayant un niveau secondaire ($p < 0,0001$) [12].

L'enquête nationale française périnatale de 2003 rapportait également chez des enfants nés avant 36 SA un taux d'allaitement maternel à la naissance significativement plus élevé chez les mères ayant un niveau d'études élevé [15].

En France aussi, l'étude prospective publiée en 2010, réalisée chez des enfants nés avant 37 semaines d'aménorrhée montrait qu'un niveau d'étude maternel élevé était significativement associé de manière indépendante à un taux d'allaitement maternel plus élevé à la naissance (OR =4,48[1,78;11,30]), avec un taux d'allaitement maternel à la naissance de 58,5 % chez les femmes ayant un niveau-école primaire ou collège, 60 % chez celles ayant un niveau lycée et 81,8 % chez celles ayant fait des études supérieures [16].

Une autre étude de cohorte, prospective, publiée en 2007, et portant sur 225 enfants nés très prématurément entre 1993 et 2001 dans 2 comtés suédois, s'était également attachée à mettre en évidence les facteurs de risque épidémiologiques d'arrêt d'allaitement maternel avant 6 mois et avait retenu le faible niveau éducatif maternel, la nécessité d'un soutien financier social, l'absence d'emploi maternel et de faibles revenus parentaux [19].

Une étude américaine prospective portant sur 151 enfants nés avant 34 SA observait que les mères d'enfants allaités avaient de meilleures conditions socioéconomiques [17].

Dans d'autres pays développés, les femmes de niveau social élevé allaitent plus souvent dès la naissance, de façon exclusive [57, 58, 59] et pendant plus longtemps [57].

Globalement, la classe sociale traduit l'influence de facteurs culturels et comportementaux. Notamment, les femmes de classe sociale élevée auraient plus d'information sur les effets bénéfiques de l'allaitement maternel et sauraient mieux chercher l'aide nécessaire pour surmonter les difficultés d'allaiter au sein [60].

3.2 Activité professionnelle de la mère :

L'association négative entre le retour précoce au travail et la durée de l'allaitement a été documentée dans de nombreuses études dans les pays industrialisés [61]. De fait, les pays permettant aux mères d'avoir accès à un congé de maternité rémunéré prolongé (tels que les pays scandinaves, par exemple) montrent des taux d'allaitement supérieurs.

En Europe, la durée et la rémunération du congé de maternité varient d'un pays à l'autre.

Selon Scott et Al. [61], « des conditions de travail plus flexibles incluant davantage d'opportunités de travailler à temps partiel, de meilleures conditions au travail pour allaiter et la possibilité de bénéficier de pauses d'allaitement aideront les mères à poursuivre l'allaitement tout en reprenant le travail ».

Dans notre série, 80% des mères ne travaillaient pas en dehors du foyer.

3.3 Le suivi de la grossesse :

Une étude réalisée au service de néonatalogie de l'Hôpital d'Enfants de Rabat en 2011 rapportait en analyse multivariée que le suivi de la grossesse avec plus de quatre consultations était significativement lié à un taux plus élevé d'AM chez l'enfant prématuré (61,5 %) ($p = 0,01$) (OR = 0,25 [0,07 ; 0,9]) [12].

Dans notre contexte, 57,5 % des grossesses étaient suivies au centre de santé, 21,3 % au privé, 13,8 % au CHU, et 7,5 % des grossesses étaient non suivies. (Qualité de suivi non déterminée).

3.4 L'expérience antérieure d'AM :

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. En revanche, si les expériences précédentes ont été plutôt négatives, la confiance en sa capacité à allaiter peut être moindre.

Une étude réalisée en Australie par Blyth et al. En 2002, montrait que les mères ayant une confiance en leur capacité d'allaiter élevée allaitaient significativement plus, et de manière exclusive, à une semaine et à quatre mois, que les mères ayant une faible confiance [62].

Sur le plan national, l'étude réalisée en 2010 concernant la pratique de l'allaitement maternel au niveau de 3 maternités sur l'axe Rabat-Salé observait que les femmes qui avaient allaité 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 l'âge de 6 mois de l'enfant, ce qui était expliqué par le fait que 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 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 [63].

3.5 La multiparité :

Une étude réalisée au service de néonatalogie de l'Hôpital d'Enfants de Rabat en 2011 rapportait en analyse univariée un lien significativement associé entre la multiparité et le taux d'AM chez un échantillon d'enfants prématurés ($p = 0,04$), avec un taux d'AM chez les multipares de 63,3 %, alors que 61,5 % des primipares n'ont pas allaitées [12]. Cette différence entre primipare et multipare pourrait être expliquée par une habilité et une facilité à allaiter acquises chez la multipare.

Par contre, une étude française rétrospective publiée en 2012, réalisée en réanimation néonatale à l'hôpital Béclère, dont les prématurés représentaient 74,8 % des 460 dossiers étudiés, objectivait que le taux de nouveau-nés de mères primipares allaités à la naissance était significativement plus élevé que celui de mères multipares : 64,9 % contre 53,6 % ($p < 0,05$). À la sortie d'hospitalisation, cette différence significative persistait : les nouveau-nés de mères primipares étaient allaités dans 48,5 % des cas, contre 40,8 % pour ceux de multipares ($p < 0,05$) [24].

3.6 Le sexe du nouveau-né :

En France, l'étude prospective publiée en 2010, réalisée chez des enfants nés avant 37 semaines d'aménorrhée, montrait que le sexe masculin semblait associé significativement de manière indépendante à un taux d'allaitement maternel à la naissance bas (OR=0,22[0,09;0,55]) [16].

4. LES FACTEURS ASSOCIES A LA POURSUITE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL JUSQU'A L'AGE DE 6 MOIS :

L'analyse des facteurs associés à la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à l'âge de 6 mois, a identifié certains facteurs qui étaient déjà retrouvés significativement associés à un taux d'AM élevé à la sortie de néonatalogie tels le degré de prématurité, les difficultés après retour à domicile, l'intervention de soutien des mères pour l'AM, la durée du séjour en néonatalogie et la durée de séjour à la maternité. En plus de ces facteurs, d'autres ont été relevés par cette analyse et seront détaillés dans ce chapitre. Ce sont : le choix de la mère, l'IEC sur l'AM pendant la grossesse, le délai de la première expression du lait maternel, le type d'alimentation à la sortie de l'hôpital et l'Allaitement à la demande.

➤ Choix de la mère:

De nombreuses études ont montré la relation très forte existant entre l'intention d'allaiter exprimée avant la naissance et la réalité de l'allaitement maternel [64, 8, 65].

Le choix d'allaiter ou non se fait avant la grossesse et/ou durant le premier trimestre dans la grande majorité des cas [35]. Le désir prénatal d'allaiter ou de ne pas allaiter prédit en grande partie le comportement de la mère après la naissance de l'enfant [66]. Ainsi, l'intention prénatale d'allaiter de manière prolongée est significativement associée à un allaitement prolongé [30, 36, 67]. Inversement, si une ambivalence est ressentie chez la mère durant la grossesse, la probabilité d'arrêter l'allaitement très tôt après la naissance est augmentée.

L'enquête réalisée à la maternité de l'hôpital Antoine-Béclère, Clamart sur les facteurs associés à l'allaitement maternel du nourrisson jusqu'à 6 mois, montrait d'après le modèle multivarié que le fait d'avoir choisi le mode d'alimentation de l'enfant pendant la grossesse étaient associés à la pratique de l'allaitement à 6 mois OR=2,5 [1,1-5,0] p= 0,04 [8].

Par ailleurs, trois études américaines [68-69] ont montré qu'il existe une corrélation positive entre la durée d'allaitement envisagée et la durée d'allaitement réelle. Autrement dit, plus les femmes envisagent d'allaiter longtemps leur enfant à la naissance, plus elles risquent d'allaiter effectivement longtemps.

Nos résultats rejoignent ceux de la littérature, et montrent que le fait d'avoir choisi le mode d'alimentation de l'enfant pendant la grossesse était associé, sur le modèle univarié, à la pratique de l'allaitement jusqu'à 6 mois (p=0,009).

➤ **IEC sur l'AM pendant la grossesse :**

Le fait d'avoir suivi des cours de préparation à la naissance ou de soins au bébé est associé à un allaitement maternel prolongé au-delà de quatre mois [70]. De même, la participation à des séances d'information prénatale sur l'allaitement est à l'origine d'un allaitement plus long et exclusif [71].

Cela a été démontré également dans une étude réalisée en 2006 auprès d'un échantillon de 200 couples mère/nouveau-né pris en charge à la maternité Ibn Tofail du CHU de Marrakech, puisqu'une corrélation significative a été établie entre la sensibilisation en matière d'allaitement maternel au cours de la grossesse et le sevrage tardif des bébés (p < 0,008) [9].

Nos résultats rejoignent ceux de la littérature, et objectivent une tendance plus élevée à poursuivre l'allaitement maternel jusqu'à l'âge de 6 mois, chez les mères qui ont bénéficié d'IEC sur l'AM pendant la grossesse ($p=0,012$).

➤ **Le délai de la première expression du lait maternel :**

L'OMS recommande de débiter l'allaitement dans la demi-heure suivant la naissance [72]. La mise au sein précoce après l'accouchement a été soulignée comme bénéfique sur la durée d'allaitement [73,70], tandis qu'une mise au sein différée semble être un facteur de risque de sevrage plus précoce [20].

La mise au sein précoce n'est pas toujours possible chez les prématurés surtout ceux de faible âge gestationnel, moins de 34 SA, en raison de l'immaturité des réflexes de coordination de la succion-déglutition et de leur relation avec les mécanismes de contrôle de la perméabilité des voies aériennes supérieures. Il est recommandé dans ces cas de procéder à une expression précoce du lait maternel qui pourra être administré au prématuré par gavage, ou à la tasse dès 32 SA ou avant selon la stabilité du prématuré, ou bien avec la méthode (sonde/sein) qui permet à la fois de fournir le volume du lait suffisant, tout en stimulant la production lactée.

En effet, il est établi par plusieurs études que l'expression précoce et fréquente du lait maternel dès les premières heures après la naissance, favorise la mise en route optimale de la lactation et ainsi l'établissement et le maintien de l'allaitement chez les enfants prématurés [74,75].

L'étude prospective publiée en 2012 à la maternité Souissi de Rabat montrait que le délai de la première expression du lait maternel était significativement associé à un taux plus élevé d'allaitement lorsqu'il était court

($p < 0,001$) (OR = 0,78 [0,66 ; 0,93]). Le retard à l'expression du lait maternel été expliqué dans ce contexte par plusieurs facteurs notamment le manque d'information des mères et certaines contraintes pratiques liées à l'hospitalisation telle la séparation mère-nouveau-né ; les prématurés étant hospitalisés seuls dans le service de néonatalogie avec des horaires de visite des mères limités, l'éloignement du domicile parental, et l'indisponibilité des tire-laits électriques au service et chez les mères [12].

➤ **Type d'alimentation à la sortie de l'hôpital :**

De nombreux travaux [76, 77, 78, 79, 43] rapportent une relation significative entre l'usage de compléments de lait artificiel ou de lactarium en maternité et le sevrage prématuré.

Le fait de donner des compléments de lait artificiel sans indication médicale en maternité ou de distribuer des échantillons gratuits de lait réduit l'allaitement et est associé à une réduction de sa durée [73, 23, 20], en particulier pour les femmes n'ayant pas encore fait un choix en ce qui concerne l'allaitement [80].

Nos résultats rejoignent ceux de la littérature, et montrent que le fait de recommander l'allaitement maternel à la sortie de l'hôpital augmente la chance de poursuivre l'allaitement jusqu'à 6 mois ($p < 0,001$).

➤ **Allaitement à la demande :**

Le fait de recommander certaines pratiques, comme l'allaitement à horaires fixes, est défavorable à la poursuite de l'allaitement. [73].

Une étude française, réalisée à la maternité de l'hôpital Jeanne-de-Flandre du CHRU de Lille, sur les arrêts prématurés d'allaitement maternel, objectivait que le respect d'intervalles réguliers diminuait environ de moitié les chances de poursuivre l'allaitement (OR = 2,1 [1,1–4,4]). Ceci correspondait habituellement à une limitation du nombre de tétées qui ne tenait pas compte des réalités physiologiques de l'allaitement maternel. Dans une étude longitudinale réalisée en Suède chez 500 couples mère-enfant avec un recueil quotidien d'informations pendant 6 mois, Hörnell et al. ont montré la grande variabilité inter et intra individuelle du rythme et de la durée des tétées chez des enfants allaités exclusivement au sein à la demande [81]. À 2 semaines de vie, la fréquence diurne des tétées variait de trois à 11 et la fréquence nocturne de un à cinq. La durée totale de l'allaitement allait de 20 min à 4 h et demie le jour et de 0 à 2 h la nuit. Les allaitements les plus prolongés étaient ceux pour lesquels le nombre de tétées était le plus élevé.

Nos résultats rejoignent ceux de la littérature, et montrent que le fait d'allaiter à la demande favorise la poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à 6 mois ($p < 0,001$).



Conclusion

Le lait maternel est le lait de référence pour nourrir les nouveau-nés prématurés, pourtant sa prévalence reste mal connue au Maroc. Dans ce but on a réalisé une étude descriptive et prospective, qui s'est déroulée sur une période de 3 mois, incluant les nouveau-nés prématurés hospitalisés en néonatalogie à l'hôpital d'enfant de Rabat de et revus en consultation à l'âge de 6 mois.

Les taux d'allaitement maternel dans notre population de nouveau-nés prématurés étaient élevés à la sortie de l'hôpital, 83,75 % dont 68,75 % d'allaitement partiel et 15 % d'allaitement exclusif. Ce taux diminuait ensuite pour atteindre 35 % à l'âge de six mois, représentant ainsi 41,8 % des bébés qui ont été allaités à la sortie du service avec 2,5 % d'allaitement exclusif. Ces taux restent donc inférieurs aux objectifs fixés par l'OMS.

À la naissance, l'intervention de soutien à l'AM et les difficultés rencontrées après le retour à domicile étaient significativement associées à la pratique de l'allaitement maternel sur le modèle multivarié.

À l'âge de six mois, plusieurs facteurs étaient significativement associés à la pratique de l'allaitement maternel sur le modèle univarié (degré de prématurité, IEC pendant la grossesse, choix de la mère, durée de séjour à la maternité, délai de la première expression du lait maternel, durée du séjour en néonatalogie, type d'alimentation à la sortie, allaitement à la demande, difficultés après retour à domicile, intervention de soutien).

Ce sont ces principaux facteurs que nous allons retenir dans notre plan d'action pour améliorer la prévalence de l'AM chez nos prématurés.

Dans ce cadre nous pouvons formuler quelques recommandations :

- Programmer des séances d'éducation et d'information sur l'AM au profit des mères à risque d'accouchement prématuré, en particulier celles ayant un faible niveau éducatif et les primipares, pendant le suivi prénatal, mais aussi pendant l'hospitalisation de leur bébé sur les avantages de l'allaitement au sein, les modalités de sa pratique, l'intérêt de l'allaitement à la demande. Sans oublier d'instaurer des consultations d'aide à l'allaitement par une spécialiste après la sortie de néonatalogie des nouveau-nés prématurés.
- Pour cela et pour que les mères reçoivent un discours cohérent, il est nécessaire d'informer et de former les professionnels de santé en premier, pour améliorer leurs compétences à soutenir l'allaitement maternel, en particulier en cas de problèmes ou de difficultés rencontrées par les mères.
- Apporter une information correcte aux futures mamans permettant de faire un choix éclairé quant au mode d'alimentation de leur bébé.
- Aider les mères à commencer à allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance si possible. Dans les cas des prématurés de moins de 34 SA, encourager l'expression précoce et fréquente du lait maternel et son administration par SG et/ou à la tasse (dès 30 SA) en évitant le biberon. C'est ainsi que la réorganisation de notre structure de soins avec l'aménagement d'une salle d'allaitement équipée en tire-laits électriques, ouverte aux mères 24 heures sur 24 et où sera affectée une infirmière consultante en AM est nécessaire.

- 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 des bébés » avec organisation d'un prix national annuel pour la meilleure maternité lors de la semaine nationale de l'allaitement maternel.
- 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.



Résumé

Titre : Facteurs associés à l'allaitement maternel du prématuré pendant les 6 premiers mois de vie.

Auteur : Naciri Ilhame.

Mots clés : Allaitement maternel; nouveau-né prématuré ; 6 premiers mois de vie ; facteurs associés.

La prévalence de l'allaitement maternel (AM) chez le prématuré reste mal connue au Maroc.

L'objectif de l'étude : déterminer la prévalence de l'allaitement pendant les 6 premiers mois de vie dans un échantillon d'enfants prématurés, et d'identifier les facteurs influençant cette pratique, afin de proposer des actions de promotion de l'AM dans ce contexte.

Etude descriptive et prospective incluant les prématurés admis à la naissance en néonatalogie à l'hôpital d'enfant de Rabat et revus en consultation à l'âge de 6 mois.

80 couples mères enfants ont été inclus. Les prématurés avaient à la naissance un âge gestationnel moyen de 34 semaines d'aménorrhée (extrêmes de 29 à 36SA+6jr) et un poids moyen de 1635g (extrêmes de 1050 à 2500g). À la sortie de néonatalogie, 83,75% des prématurés recevaient un AM (partiel 68,75% et exclusif 15%) contre 35% à l'âge de 6 mois dont 2,5% exclusif. Les facteurs significativement associés à la poursuite de l'AM jusqu'à 6 mois, étaient l'âge gestationnel élevé ($p=0,054$), le délai court de la première expression de lait maternel ($p=0,027$), la durée courte du séjour en néonatalogie ($p=0,003$), le type d'alimentation à la sortie du service ($p<0,001$), l'allaitement à la demande ($p<0,001$), l'absence de difficultés après retour à domicile ($p<0,001$), l'intervention de soutien à l'AM ($p=0,04$), l'IEC pendant la grossesse ($p=0,012$), la durée de séjour à la maternité ($p=0,01$) et le choix de la mère ($p=0,009$),

Ce faible taux d'AM chez les enfants prématurés pendant les 6 premiers mois de vie nous incite à entreprendre diverses actions pour l'améliorer.

Summary

Title: Factors associated with breastfeeding of preterm infants for the first 6 months of life.

Author: Naciri Ilhame.

Keywords: Breastfeeding, preterm infants, 6 months of life, associated factors.

The breastfeeding rate of preterm infants is badly known in Morocco. The aim of the study is to determine breastfeeding rates during the first 6 months of life in a sample of premature infants, and to identify factors influencing this practice, in order to propose actions to promote the breastfeeding in this context.

A descriptive study and prospective including premature infants admitted to neonatal birth in the children's hospital of Rabat and reviewed in consultation at the age of 6 months.

80 pairs mothers children were included. Premature infants at birth had a mean gestational age of 34 weeks gestation (from 29 to 36 weeks+ 6 days) and an average weight of 1635g (range 1050 to 2500g). At the exit of Neonatology, 83.75% of premature infants received an breastfeeding (68.75% partial and exclusive for 15%), against 35% at age 6 months with 2.5% exclusive. the Factors significantly associated with continued breastfeeding up to 6 months, were the higher gestational age ($p = 0.054$), the short time of the first expression of breast milk ($p = 0.027$), The short duration of stay in neonatal ($p = 0.003$), the type of food at the output of the service ($p < 0.001$), breastfeeding on demand ($p < 0.001$), without difficulty after returning home ($p < 0.001$), intervention to support the breastfeeding ($p = 0.04$), the IEC during the pregnancy ($p = 0.012$), length of stay in the maternity ($p = 0.01$), and the choice of the mother ($p = 0.009$).

This low rate of breastfeeding of premature infants during the first 6 months of life encourages us to undertake various actions to improve it.

ملخص

العنوان : العوامل المرتبطة بالرضاعة الطبيعية للخدج خلال الستة أشهر الأولى من عمر الرضيع.

الكاتب: إلهام نصري.

الكلمات الرئيسية : الرضاعة الطبيعية؛ الخدج؛ الستة أشهر الأولى من عمر الرضيع؛ العوامل المرتبطة.

إن معدل الرضاعة الطبيعية عند الخدج تبقى غير معروفة في المغرب. الهدف من هذه الدراسة هو تحديد معدل الرضاعة الطبيعية خلال الستة أشهر الأولى من عمر عينة من الخدج ؛ والتعرف على العوامل المؤثرة في هذه الممارسة؛ من أجل إقتراح إجراءات لتعزيز الرضاعة الطبيعية في هذا النطاق.

دراسة وصفية ومستقبلية تضم الخدج الذين ولجوا عند الولادة إلى مصلحة حديثي الولادة بمستشفى الأطفال بالرباط، وتمت معابنتهم عند بلوغهم ستة أشهر.

تم إدراج 80 زوجا من الأطفال والأمهات، و كان للخدج عند الولادة متوسط مدة حمل يقدر ب 34 أسبوعا (تراوح بين 29 و 36+6 أيام)، ومتوسط وزن يبلغ 1635 غ (تراوح بين 1050 و 2500 غ). عند الخروج من مصلحة حديثي الولادة، 83,75% كانوا يتلقون رضاعة طبيعية (جزئية بالنسبة ل 68.75% حالة، وطبيعية حصرية بالنسبة ل 15% أخرى). مقابل 35% عند عمر 6 أشهر من بينها 2.5% رضاعة جزئية. العوامل المرتبطة باستمرار الرضاعة الطبيعية إلى غاية سن 6 أشهر تتجلى في إرتفاع مدة الحمل ($p=0,054$)، قصر فترة أول إستخراج لحليب الأم ($p=0,027$)، قصر مدة المكوث في مصلحة حديثي الولادة ($p=0,003$)، نوعية التغذية عند الخروج من المصلحة ($p<0,001$)، الرضاعة الطبيعية عند الطلب ($p<0,001$)، غياب المصاعب بعد العودة الى المنزل ($p<0,001$)، التدخل لدعم الرضاعة الطبيعية ($p=0,04$)، الإرشاد أثناء الحمل ($p=0,012$)، طول مدة المكوث بمستشفى الولادة ($p=0,01$)، اختيار الأم لنوعية الرضاعة ($p=0,009$).

هذا المعدل المنخفض للرضاعة الطبيعية عند المواليد الخدج خلال الستة اشهر الأولى بعد الولادة يحفزنا لإتخاذ عدة إجراءات لتحسينه.



Annexes

Nouveau né :

- Sexe : masculin : féminin : AG: SA+ j. PN : g.
- Motif d'hospitalisation : séjour en Réa : non oui : durée
- Alimentation en cours d'hospitalisation : AM lait pré hydrolysé
- Délai de 1^{ère} expression du lait maternel après naissance :
- Expression du lait : manuelle, tire lait électrique,
- Délai de première mise au sein en jours :
- Sortie de néonatalogie : Poids de sortie : âge postnatal : AC :
- Durée du séjour en néonatalogie (jours) :
- Type d'alimentation à la sortie d'hospitalisation: AM exclusif : A Mixte : AA :

- Alimentation après sortie : AM exclusif A mixte AA

	1 mois	2 mois	3 mois	4 mois	5 mois	6 mois
AM exclusif						
A mixte						
AA type lait						

- allaitement à la demande : oui non nombre de tétées :
- cohabitation mère-bébé 24 h sur 24 oui non
- Difficultés après le retour à domicile :
difficultés de tétées : mauvaise prise pondérale :

Problèmes sein : mastites crevasses, mamelon plat, rétracté

- sentiment de la mère : qté lait maternel insuffisant, lait maternel pas bon autres :
- durée d'AM(en j ou mois) : durée d'AM exclusif :
- âge au sevrage :
- motif du sevrage :

complication mammaire : insuffisance de lait : fatigue maternelle: refus du bébé :

autres :

- interventions de soutien à l'AM: non oui par qui : professionnels de santé : entourage :
, autres :.....
- Au moment de l'entretien : âge postnatal : AC :
P : T : PC :

Alimentation :

- Suivi et devenir à Consultations: favorable complications :



Bibliographie

- [1] **Gartner LM, Morton J, Lawrence RA, et al.** American Academy of Pediatrics Section on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005;115:496-506.
- [2] **Boyd CA, Quigley MA, Brocklehurst P.** Donor breast milk versus infant formula for preterm infants: systematic review and meta-analysis. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2007;92:F169.
- [3] **Schanler R.** The use of human milk for premature infants. *Pediatr Clin North Am* 2001;48:207—18.
- [4] **Bonet M, Blondel B, Zeitlin J, et MOSAIC** Resaerch Group INSERM, UMR S149, IFR 69. Communication orale, Journées de Recherche en Neonatologie, Paris 2008.
- [5] **McGuire W, Anthony MY.** Donor human milk versus formula for preventing enterocolitis in preterm infants: systematic review. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2003,88,F11-4.
- [6] **Singhal A, Cole TJ, Fewtrell M, et al.** Breastmilk feeding and lipoprotein profile in adolescents born preterm: follow-up of a prospective randomised study. *Lancet* 2004;363:1571–8.
- [7] **Merewood A, Brooks D, Bauchner H, MacAuley L, Mehta SD.** Maternal birthplace and breastfeeding initiation among term and preterm infants: a statewide assessment for Massachussets. *Pediatrics* 2006;118:1048—54.

- [8] **Siret V, Castel C.** Facteurs associés à l'allaitement maternel du nourrisson jusqu'à six mois à la maternité de l'hôpital Antoine-Béclère de Clamart. *Arch Pediatr* 2008;15:1167—73
- [9] **S. roida, A. hassi, F.-M. Maoulainine, A. Aboussad.** Les pratiques de l'allaitement maternel à la maternité universitaire de Marrakech(Maroc), www.sciencedirect.com. 25 janv. 2010.
- [10] **World Health Organization.** Infant and young child nutrition. 54th World Health Assembly; WHA 54.2, Agenda item 13.1. Geneva: Switzerland; 2001, p. 14–22.
- [11] **Comité de nutrition de la Société française de pédiatre.** La promotion de l'allaitement maternel: c'est aussi l'affaire des pédiatres. *ArchPediatr*2000;7:1149–53.
- [12] **A. Thimou Izgua, L. Zouhair, A. Mdaghri Alaoui.** L'allaitement maternel chez les enfants prématurés après sortie de néonatalogie : prévalence et facteurs associés. *Journal de pédiatrie et de puériculture* (2012) 25, 73—80
- [13] **Politique de santé de l'enfant au maroc situation actuel.** Direction de la population, ministère de la santé, royaume du maroc, octobre 2005, p.72-99.
- [14] **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 2005,30p.

- [15] **Bonet M, Foixl'Hélias L, Blondel B.** Allaitement maternel exclusif et allaitement partiel en maternité : la situation en France en 2003. *Arch Pediatr* 2008;15:1407–15.
- [16] **M. Vessière-Varignya*, R. Garlantézech, G. Gremmo-Feger^c, M. Collet^c, J. Sizun^a.**—Allaitement maternel du nouveau-né prématuré : évaluation prospective dans une maternité universitaire. *ARCPED-2515*; No of Pages 9.
- [17] **Epsy KA, Senn TE.** Incidence and correlates of breast milk feeding in hospitalized preterm infants. *Soc Sci Med* 2003;57:1421–8.
- [18] **Akerström S, Asplund I, Norman M.** Successful breastfeeding after discharge of preterm and sick newborn infants. *Acta Paediatr* 2007;96:1450–4.
- [19] **Flacking R, Wallin L, Ewald U.** Perinatal and socio-economic determinants of breastfeeding duration in very preterm infants. *Acta Paediatr* 2007;96:1126–30.
- [20] **Labarère J, Dalla-Lana C, Schelstraete C, et al.** Initiation et durée de l'allaitement maternel dans les établissements d'Aix et Chambéry. *Arch Pediatr* 2001;8:807–15.
- [21] **Wolff PH.** The serial organization of sucking in the young infant. *Pediatrics* 1968;42:943-56.
- [22] **Nyqvist KH, Sjöden PO, Ewald U.** The development of preterm infants' breastfeeding behavior. *Early Hum Dev* 1999,55:247-64.

- [23] **C. Duclos a, A. Dabadie b,* , B. Branger c, P. Poulain d, J.-Y. Grall d, E. Le Gall b**. Facteurs associés au choix du mode d'alimentation pour un nouveau-né hospitalisé. *Archives de Pédiatrie* 9 (2002) 1031–1038.
- [24] **C. Roussel*, H. Razafimahefa, S. Shankar-Aguilera, M. Durox, P. Boileau**. Impacts des facteurs maternels sur l'allaitement maternel en réanimation néonatale. *ARCPED-3060*; No. Of Pages 7.
- [25] **Colaizy TT, Moriss FH**. Positive effect of NICU admission on breastfeeding of preterm US infants in 2000 to 2003. *J Perinatol* 2008;28:505–10.
- [26] **Thirion M**. L'allaitement. Paris: Albin Michel; 1999.
- [27] **Lanting IL, Van Wouwe PV, Reijneveld SA**. Infant milk feeding practices in the Netherlands and associated factors. *Acta Paediatr* 2005;94:935–42.
- [28] **A. Ego, J.P. Dubos, M. Djavadzadeh-Amini, M.P. Depinoy, J. Louyot, X. Codaccioni**. Les arrêts prématurés d'allaitement maternel. *Archives de pédiatrie* 10 (2003) 11–18.
- [29] **S. Douville, L. Levesque, C. François, C. Laurent, H. Bruel**. Enquête sur les arrêts précoces de l'allaitement à la maternité du Havre. *La Revue Sage-Femme* (2008) 7, 3—8.
- [30] **Blyth RJ et al**. Breastfeeding duration in an Australian population: the influence of modifiable antenatal factors. *Journal of human lactation*, 2004, 20:30-8.

- [31] **A.Ouardirhi.** « semaine nationale de l'allaitement maternel:un bon depart pour la vie ».AL BAYAN [en ligne].2010.disponible sur : <http://www.fr.albayane.org>.
- [32] **Agence** national 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.
- [33] **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.
- [34] **Taveras EM et al.** Mothers and clinicians'perspectives on breastfeeding counseling during routine preventive visits. Pediatrics, 2004;113(5).
- [35] **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 5pages.
- [36] **Kronborg H, vaeth M.**the influence of psychosocial factors on the duration of breastfeeding. Scand Jpublic health,2004;32:210-16.
- [37] **P.Bonnier.** suite de couche pathologique, les complications de l'allaitement [en ligne]. Faculté de medecine de Marseille-Université de la méditerranée, septembre2005.

- [38] **M.thirion**. «érosions et crevasses» [en ligne].santé et allaitement maternel,2003. Disponible sur :«[http.santeallaitementmaternel.com](http://santeallaitementmaternel.com)».
- [39] **Landais M**. Tu enfanteras dans la douleur, tu allaiteras dans le bonheur. Doss Obstet 2005;340:12—4.
- [40] **J NEWMAN**. «quand le bébé refuse de prendre le sein». La leche league allaitement et maternage, aout 2009, N°26.
- [41] **J NEWMAN**. «When the baby refuses to latch on [en ligne]», january 2005. Disponible sur: «<http://mamadearest.ca>».
- [42] La confusion sein tétine[en ligne] : la leche league allaitement et maternage, cahier d'allaitement, AOUT 2009, N°1.disponible sur :«<http://www.111france.org/feuillet-pour-les-professionnels-de-sante>».
- [43] **Blomquist HK, Jonsbo F, Serenius F, Persson LÅ**. Supplementary feeding in the maternity ward shortens the duration of breast feeding. Acta Paediatr 1994;83:1122–6.
- [44] **Dewey KG, Nommsen-Rivers LA, Heinig MJ, et al**. Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss. Pediatrics 2003;112:607–19.
- [45] **Righard L, Alade MO**. Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. Birth 1992;19:185–9.

- [46] **Labarere J, Gelbert-Baudino N, Ayras AS, Duc C, Berchotteau M, Bouchon N, et al.** Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early, routine, preventive visit: A prospective, randomized, open trial of 226 mother-infant pairs. *Pediatrics* 2005;115:e139—46.
- [47] **Ekstrom A, Widstrom AM, Nissen E.** Duration of breastfeeding in Swedish primiparous and multiparous women. *J Hum Lact* 2003;19:172—8.
- [48] **Dremsek PA, Göpfrich H, Kurz H, Bock W, Benes K, Philipp K, et al.** Breast feeding support, incidence of breastfeeding and duration of breast feeding in a Vienna perinatal center. *Wien Med Wochenschr* 2003;153:264—8.
- [49] **Callahan S, Danel M, Teisseyre N.** La thérapie comportementale et cognitive appliquée à l'allaitement. Première partie : intérêt et élaboration d'une intervention post-partum. *J Thérap Comport Cognit* 2003;13:128—32.
- [50] **Pugh LC, Milligan RA, Frick KD, Spatz D, Bronner Y.** Breastsfeeding duration, costs and benefits of a support program for low-income breastfeeding women. *Birth* 2002;29:95—100.
- [51] **Schafer E, Vogel MK, Viegas S, Hausafus C.** Volunteer peer counselors increase breastfeeding duration among rural lowincome women. *Birth* 1998;25:101—66.

- [52] **Walburg V, Goehlich M, Conquêt M, Callahan S, Schölmerich A, Chabrol H.** A comparison of French and German breastfeeding mothers and their practices. *J Hum Lact* 2006 (in press).
- [53] **Callahan S, Danel M, Teisseyre N, Walburg V, Pierre A, Azema E, et al.** La thérapie comportementale et cognitive appliquée à l'allaitement. Deuxième partie : résultats préliminaires d'une intervention auprès de femmes qui souhaitent allaiter. *J Thérap Comport Cognit* 2003;13:133–7.
- [54] **Friedman S, Flidel-Rimon O, Lavie E, et al.** The effect of prenatal consultation with a neonatologist on human milk feeding in preterm infants. *Acta Paediatr* 2004;93:775–8.
- [55] **Meier PP, Engstrom JL, Mingoelli SS, et al.** The Rush Mothers' Milk Club: breastfeeding interventions for mothers with very low-birth-weight infants. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2004;33:164–74.
- [56] **Waldenstrom U, Aarts C.** Duration of breastfeeding and breastfeeding problems in relation to length of postpartum stay: A longitudinal cohort study of a national Swedish sample. *Acta Paediatr* 2004;93:669—76.
- [57] **Hamlyn B, Brooker S, Oleinikova K, et al.** *Infant feeding 2000.* London: Stationery Office; 2002.
- [58] **Li R, Darling N, Maurice E, et al.** Breastfeeding rates in the United States by characteristics of the child, mother, or family: the 2002 National Immunization Survey. *Pediatrics* 2005;115:e31–7.

- [59] **Kelly YJ, Watt RG.** Breast-feeding initiation and exclusive duration at 6 months by social class – results from the Millennium Cohort Study. *Public Health Nutr* 2005;8:417–21.
- [60] **Wambach K, Campbell SH, Gill SL, et al.** Clinical lactation practice: 20 years of evidence. *J Hum Lact* 2005;21:245–58.
- [61] **Scott JA, Binns CW, Oddy WH, Graham KI.** Predictors of breastfeeding duration: evidence from a cohort study. *Pediatrics* 2006;117:e646—55.
- [62] **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.
- [63] **Thèse N°14/2011**«la pratique de l’allaitement maternel au niveau de 3 maternités : situation actuelle et facteurs influençant».faculté de médecine de rabat.
- [64] **Hassani A, Barkat A, Souilmi FZ, Lyaghfour A, Kabiri M, Karboubi L, et al.** La conduite de l’allaitement maternel. Étude prospective de 211 cas à la maternité Souissi de Rabat. *J Pediatr Puer* 2005;18:343—8.
- [65] **Noirhomme-Renard F, Noirhomme Q.** Les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de trois mois : une revue de la littérature. *J Pediatr Puer* 2009;22: 112—20.

- [66] **Donath SM, Amir LH.** Relationship between prenatal infant feeding intention and initiation and duration of breastfeeding: A cohort study. *Acta Paediatr* 2003;92:352—6.
- [67] **DiGirolamo A, Thompson N, Martorell R, Fein S, Grummer-Strawn L.** Intention or experience? Predictors of continued breastfeeding. *Health Educ Behav* 2005;32:208—26.
- [68] **Rempel LA.** Factors influencing the breastfeeding decisions of long-term breastfeeders. *J Hum Lact* 2004;20:306—18.
- [69] **McKinley NM, Hyde JS.** Personal attitudes or structural factors? A contextual analysis of breastfeeding duration. *Psychol Woman Q* 2004;28:388—99.
- [70] **Peters E, Wehkamp KH, Felberbaum RE, Kruger D, Linder R.** Breastfeeding duration is determined by only a few factors. *Eur J Public Health* 2006;16:162—7.
- [71] **Noel-Weiss J, Rupp A, Cragg B, Bassett V, Woodend AK.** Randomized controlled trial to determine effects of prenatal breastfeeding workshop on maternal breastfeeding selfefficacy and breastfeeding duration. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2006;35:616—24.
- [72] **World Health Organization.** Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel. Geneva : WHO.
- [73] **Branger B, Cebron M, Picherot G.** Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes. *Arch Pediatr* 1998;5:489—96.

- [74] **Nyqvist KH.** Breastfeeding support in neonatal care: an example of the integration of international evidence and experience. *Newborn Infant Nurs Rev* 2005;5(1):34—48.
- [75] **Elizabeth Jones.** Initiating and establishing lactation in the mother of a preterm infant. *J Neonatal Nurs* 2009;15:56—9.
- [76] **Michaelsen KF, Larsen PS, Thomsen BL, Samuelson G.** The Copenhagen cohort study on infant nutrition and growth: duration of breast feeding and influencing factors. *Acta Paediatr* 1994;83:565—71.
- [77] **Vogel A, Hutchison BL, Mitchell EA.** Factors associated with the duration of breastfeeding. *Acta Paediatr* 1999;88:1320—6.
- [78] **Kurini N, Shiono PH, Rhoads GG.** Breast-feeding incidence and duration in black and white women. *Pediatrics* 1988;81:365—71.
- [79] **Feinstein JM, Berkelhamer JE, Gruszka ME, Wong CA, Carey AE.** Factors related to early termination of breast-feeding in an urban population. *Pediatrics* 1986;78:210—5.
- [80] **Guise JM, Palda V, Westhoff C, Chan BK, Helfand M, Lieu TA, U.S. Preventive Services Task Force.** The effectiveness of primary care-based interventions to promote breastfeeding: Systematic evidence review and meta-analysis for the US preventive services task force. *Ann Fam Med* 2003;1: 70—8.
- [81] **Hörnell A, Aarts C, Kylberg E, Hofvander Y, Gebre-Medhin M.** Breastfeeding patterns in exclusively breastfed infants: a longitudinal prospective study in Uppsala, Sweden. *Acta Paediatr* 1999;88: 203—11.

Serment d'Hippocrate

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 بوانع من ضميري وشرعي في 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 بطرق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد .
- < بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بشري في .

**العوامل المرتبطة بالرضاعة الطبيعية للخدج
خلال الستة أشهر الأولى من عمر الرضيع**

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم :

من طرف

السيدة: **إمام ناصر**

المولودة في: 02 نونبر 1984 بمكناس

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: الرضاعة الطبيعية - الخدج - الستة أشهر الأولى من عمر الرضيع -
العوامل المرتبطة.

تحت إشراف اللجنة الكونية من الأساتذة

الرئيس

السيدة: أسماء علوي مدغري

الشرف

أستاذة في طب الاطفال

السيدة: أمل تهييمو ايزكا

أستاذة في طب الاطفال

السيد: سعيد الطاهر

أعضاء

أستاذ في طب الاطفال

السيدة: سميرة خابوز

أستاذة في طب النساء والتوليد