

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

ANNEE: 2018

THESE N°: 203

L'ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF
CHEZ LES NOUVEAU-NES A TERME EN MATERNITE
ENQUETE AUPRES DE 100 MERES ET 50 PROFESSIONNELS DE SANTE

THESE

Présentée et soutenue publiquement le :

PAR

Mlle. Samiha KITANI

Née le 08 Juin 1992 à Lalla Mimouna (Kénitra)

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES : Allaitement maternel – Incidence – Facteurs associés – Connaissances – Pratiques

JURY

Mme. B. S. BENJELLOUN DAKHAMA

Professeur de Pédiatrie

PRESIDENT

Mme. A. MDAGHRI ALAOU

Professeur de Pédiatrie

RAPPORTEUR

Mme. Z. IMANE

Professeur de Pédiatrie

Mme. A. THIMOU IZGUA

Professeur de Pédiatrie

JUGES

Mr. R. RAZINE

Professeur de Médecine Sociale

Mme. A. LYAGHFOURI

Spécialiste en Pédiatrie

et Chef de Service de la Protection de la Santé Infantile

MEMBRE ASSOCIE

بسم الله الرحمن الرحيم

والوالدات يرضعن أولادهن

حولين كاملين

لمن أراد أن يتم الرضاعة

البقرة الآية 233



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

DOYENS HONORAIRES :

1962 – 1969 : Professeur Abdelmalek FARAJ
1969 – 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH
1974 – 1981 : Professeur Bachir LAZRAK
1981 – 1989 : Professeur Taieb CHKILI
1989 – 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOU
1997 – 2003 : Professeur Abdelmajid BELMAHI
2003 – 2013 : Professeur Najia HAJJAJ - HASSOUNI



ADMINISTRATION :

Doyen : Professeur Mohamed ADNAOUI
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et étudiantes
Professeur Mohammed AHALLAT
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération
Professeur Taoufik DAKKA
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie
Professeur Jamal TAOUFIK
Secrétaire Général : Mr. Mohamed KARRA

1- ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS

**ET
PHARMACIENS**

PROFESSEURS :

Décembre 1984

Pr. MAAOUNI Abdelaziz
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi
Pr. SETTAF Abdellatif

Médecine Interne – **Clinique Royale**
Anesthésie -Réanimation
pathologie Chirurgicale

Novembre et Décembre 1985

Pr. BENSAID Younes

Pathologie Chirurgicale

Janvier, Février et Décembre 1987

Pr. CHAHED OUZZANI Houria
Pr. LACHKAR Hassan
Pr. YAHYAOUI Mohamed

Gastro-Entérologie
Médecine Interne
Neurologie

Décembre 1988

Pr. BENHAMAMOUCH Mohamed Najib
Pr. DAFIRI Rachida

Chirurgie Pédiatrique
Radiologie

Décembre 1989

Pr. ADNABOU Mohamed
Pr. CHAD Bouziane
Pr. OUZZANI Taïbi Mohamed Réda

Janvier et Novembre 1990

Pr. CHKOFF Rachid
Pr. HACHIM Mohammed*
Pr. KHARBACH Aïcha
Pr. MANSOURI Fatima
Pr. TAZI Saoud Anas

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AL HAMANY Zaïtounia
Pr. AZZOUZI Abderrahim
Pr. BAYAHIA Rabéa
Pr. BELKOUCHI Abdelkader
Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif
Pr. BENSOUDA Yahia
Pr. BERRAHO Amina
Pr. BEZZAD Rachid
Pr. CHABRAOUI Layachi
Pr. CHERRAH Yahia
Pr. CHOKAIRI Omar
Pr. KHATTAB Mohamed
Pr. SOULAYMANI Rachida
Pr. TAOUFIK Jamal

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed
Pr. BENSOUDA Adil
Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
Pr. CHAHED OUZZANI Laaziza
Pr. CHRAIBI Chafiq
Pr. DEHAYNI Mohamed*
Pr. EL OUAHABI Abdessamad
Pr. FELLAT Rokaya
Pr. GHAFIR Driss*
Pr. JIDDANE Mohamed
Pr. TAGHY Ahmed
Pr. ZOUHDI Mimoun

Mars 1994

Pr. BENJAAFAR Noureddine
Pr. BEN RAIS Nozha
Pr. CAOUI Malika
Pr. CHRAIBI Abdelmjid
Doyen de la FMPA
Pr. EL AMRANI Sabah

Médecine Interne – **Doyen de la FMPR**
Pathologie Chirurgicale
Neurologie

Pathologie Chirurgicale
Médecine-Interne
Gynécologie -Obstétrique
Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation

Anatomie-Pathologique
Anesthésie Réanimation – **Doyen de la FMPO**
Néphrologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Biochimie et Chimie
Pharmacologie
Histologie Embryologie
Pédiatrie
Pharmacologie – **Dir. du Centre National PV**
Chimie thérapeutique **V.D à la pharmacie+Dir du CEDOC**

Chirurgie Générale V.D Aff. Acad. et Estud
Anesthésie Réanimation
Radiologie
Gastro-Entérologie
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Neurochirurgie
Cardiologie
Médecine Interne
Anatomie
Chirurgie Générale
Microbiologie



Radiothérapie
Biophysique
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Gynécologie Obstétrique

Pr. EL BARDOUNI Ahmed
 Pr. EL HASSANI My Rachid
 Pr. ERROUGANI Abdelkader
 Pr. ESSAKALI Malika
 Pr. ETTAYEBI Fouad
 Pr. HADRI Larbi*
 Pr. HASSAM Badredine
 Pr. IFRINE Lahssan
 Pr. JELTHI Ahmed
 Pr. MAHFOUD Mustapha
 Pr. RHRAB Brahim
 Pr. SENOUCI Karima

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*
 Pr. ABDELHAK M'barek
 Pr. BELAIDI Halima
 Pr. BENTAHILA Abdelali
 Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
 Pr. BERRADA Mohamed Saleh
 Pr. CHAMI Ilham
 Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
 Pr. JALIL Abdelouahed
 Pr. LAKHDAR Amina
 Pr. MOUANE Nezha

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane
 Pr. AMRAOUI Mohamed
 Pr. BAIDADA Abdelaziz
 Pr. BARGACH Samir
 Pr. CHAARI Jilali*
 Pr. DIMOU M'barek*
 Pr. DRISSI KAMILI Med Nordine*
 Pr. EL MESNAOUI Abbes
 Pr. ESSAKALI HOUSSEINI Leila
 Pr. HDA Abdelhamid*
 Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
 Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
 Pr. SEFIANI Abdelaziz
 Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Décembre 1996

Pr. AMIL Touriya*
 Pr. BELKACEM Rachid
 Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
 Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
 Pr. GAOUZI Ahmed
 Pr. MAHFOUDI M'barek*
 Pr. OUADGHIRI Mohamed
 Pr. OUZEDDOUN Naima
 Pr. ZBIR EL Mehdi*

Traumato-Orthopédie
 Radiologie
 Chirurgie Générale- **Directeur CHIS**
 Immunologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Médecine Interne
 Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Anatomie Pathologique
 Traumatologie – Orthopédie
 Gynécologie –Obstétrique
 Dermatologie

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

Réanimation Médicale
 Chirurgie Générale
 Gynécologie Obstétrique
 Gynécologie Obstétrique
 Médecine Interne
 Anesthésie Réanimation
 Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Générale
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Cardiologie - **Directeur HMI Med V**
 Urologie
 Ophtalmologie
 Génétique
 Réanimation Médicale

Radiologie
 Chirurgie Pédiatrie
 Ophtalmologie
 Chirurgie Générale
 Pédiatrie
 Radiologie
 Traumatologie-Orthopédie
 Néphrologie
 Cardiologie



Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan
Pr. BEN SLIMANE Lounis
Pr. BIROUK Nazha
Pr. ERREIMI Naima
Pr. FELLAT Nadia
Pr. HAIMEUR Charki*
Pr. KADDOURI Nouredine
Pr. KOUTANI Abdellatif
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
Pr. TAOUFIQ Jallal
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Gynécologie-Obstétrique
Urologie
Neurologie
Pédiatrie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Psychiatrie
Gynécologie Obstétrique

Novembre 1998

Pr. AFIFI RAJAA
Pr. BENOMAR ALI
Pr. BOUGTAB Abdesslam
Pr. ER RIHANI Hassan
Pr. BENKIRANE Majid*
Pr. KHATOURI ALI*

Gastro-Entérologie
Neurologie – **Doyen de la FMP Abulcassis**
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Hématologie
Cardiologie

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*
Pr. AIT OUMAR Hassan
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr.Sououd
Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
Pr. ECHARRAB El Mahjoub
Pr. EL FTOUH Mustapha
Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
Pr. ISMAILI Hassane*
Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*
Pr. TACHINANTE Rajae
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Pneumophtisiologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Traumatologie Orthopédie- **Dir. Hop. Av. Marr.**
Anesthésie-Réanimation **Inspecteur du SSM**
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne



Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia
Pr. AJANA Fatima Zohra
Pr. BENAMR Said
Pr. CHERTI Mohammed
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
Pr. EL HASSANI Amine
Pr. EL KHADER Khalid
Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
Pr. MAHASSINI Najat
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
Pr. ROUIMI Abdelhadi*

Neurologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie **Directeur Hop. Chekikh Zaied**
Urologie
Rhumatologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Anatomie Pathologique
Pédiatrie
Neurologie

Décembre 2000

Pr. ZOHAIR ABDELAH*

ORL

Décembre 2001

Pr. BALKHI Hicham*
Pr. BENABDELJLIL Maria
Pr. BENAMAR Loubna
Pr. BENAMOR Jouda
Pr. BENELBARHDADI Imane
Pr. BENNANI Rajae
Pr. BENOUECHANE Thami
Pr. BEZZA Ahmed*
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
Pr. BOUMDIN El Hassane*
Pr. CHAT Latifa
Pr. DAALI Mustapha*
Pr. DRISSI Sidi Mourad*
Pr. EL HIJRI Ahmed
Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
Pr. EL MADHI Tarik
Pr. EL OUNANI Mohamed
Pr. ETTAIR Said
Pr. GAZZAZ Miloudi*
Pr. HRORA Abdelmalek
Pr. KABBAJ Saad
Pr. KABIRI EL Hassane*
Pr. LAMRANI Moulay Omar
Pr. LEKEHAL Brahim
Pr. MAHASSIN Fattouma*
Pr. MEDARHRI Jalil
Pr. MIKDAME Mohammed*
Pr. MOHSINE Raouf
Pr. NOUINI Yassine
Pr. SABBABH Farid
Pr. SEFIANI Yasser
Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Anesthésie-Réanimation
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Rhumatologie
Anatomie
Radiologie
Radiologie
Chirurgie Générale
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique
Chirurgie Générale
Pédiatrie **Directeur. Hop.d'Enfants**
Neuro-Chirurgie
Chirurgie Générale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Thoracique
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Médecine Interne
Chirurgie Générale
Hématologie Clinique
Chirurgie Générale
Urologie **Directeur Hôpital Ibn Sina**
Chirurgie Générale
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pédiatrie



Décembre 2002

Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
Pr. AMEUR Ahmed *
Pr. AMRI Rachida
Pr. AOURARH Aziz*
Pr. BAMOU Youssef *
Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
Pr. BENZEKRI Laila
Pr. BENZZOUBEIR Nadia
Pr. BERNOUSSI Zakiya
Pr. BICHRA Mohamed Zakariya*
Pr. CHOHO Abdelkrim *

Anatomie Pathologique
Urologie
Cardiologie
Gastro-Entérologie
Biochimie-Chimie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Anatomie Pathologique
Psychiatrie
Chirurgie Générale

Pr. CHKIRATE Bouchra
 Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair
 Pr. EL HAOURI Mohamed *
 Pr. FILALI ADIB Abdelhai
 Pr. HAJJI Zakia
 Pr. IKEN Ali
 Pr. JAAFAR Abdeloihab*
 Pr. KRIOUILE Yamina
 Pr. LAGHMARI Mina
 Pr. MABROUK Hfid*
 Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*
 Pr. OUJILAL Abdelilah
 Pr. RACHID Khalid *
 Pr. RAISS Mohamed
 Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*
 Pr. RHOU Hakima
 Pr. SIAH Samir *
 Pr. THIMOU Amal
 Pr. ZENTAR Aziz*

Janvier 2004

Pr. ABDELLAH El Hassan
 Pr. AMRANI Mariam
 Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
 Pr. BENKIRANE Ahmed*
 Pr. BOUGHALEM Mohamed*
 Pr. BOULAADAS Malik
 Pr. BOURAZZA Ahmed*
 Pr. CHAGAR Belkacem*
 Pr. CHERRADI Nadia
 Pr. EL FENNI Jamal*
 Pr. EL HANCHI ZAKI
 Pr. EL KHORASSANI Mohamed
 Pr. EL YOUNASSI Badreddine*
 Pr. HACHI Hafid
 Pr. JABOUIRIK Fatima
 Pr. KHARMAZ Mohamed
 Pr. MOUGHIL Said
 Pr. OUBAAZ Abdelbarre*
 Pr. TARIB Abdelilah*
 Pr. TIJAMI Fouad
 Pr. ZARZUR Jamila

Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah
 Pr. AL KANDRY Sif Eddine*
 Pr. ALLALI Fadoua
 Pr. AMAZOUZI Abdellah
 Pr. AZIZ Nouredine*
 Pr. BAHIRI Rachid

Pédiatrie
 Chirurgie Pédiatrique
 Dermatologie
 Gynécologie Obstétrique
 Ophtalmologie
 Urologie
 Traumatologie Orthopédie
 Pédiatrie
 Ophtalmologie
 Traumatologie Orthopédie
 Gynécologie Obstétrique
 Oto-Rhino-Laryngologie
 Traumatologie Orthopédie
 Chirurgie Générale
 Pneumophtisiologie
 Néphrologie
 Anesthésie Réanimation
 Pédiatrie
 Chirurgie Générale

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



Chirurgie Réparatrice et Plastique
 Chirurgie Générale
 Rhumatologie
 Ophtalmologie
 Radiologie
 Rhumatologie

Pr. BARKAT Amina
 Pr. BENYASS Aatif
 Pr. BERNOUSSI Abdelghani
 Pr. DOUDOUH Abderrahim*
 Pr. EL HAMZAOUI Sakina*
 Pr. HAJJI Leila
 Pr. HESSISSEN Leila
 Pr. JIDAL Mohamed*
 Pr. LAAROUSSI Mohamed
 Pr. LYAGOUBI Mohammed
 Pr. NIAMANE Radouane*
 Pr. RAGALA Abdelhak
 Pr. SBIHI Souad
 Pr. ZERAIDI Najia

Décembre 2005

Pr. CHANI Mohamed

Avril 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen*
 Pr. AKJOUJ Said*
 Pr. BELMEKKI Abdelkader*
 Pr. BENCHEIKH Razika
 Pr. BIYI Abdelhamid*
 Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
 Pr. BOULAHYA Abdellatif*
 Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
 Pr. DOGHMI Nawal
 Pr. FELLAT Ibtissam
 Pr. FAROUDY Mamoun
 Pr. HARMOUCHE Hicham
 Pr. HANAFI Sidi Mohamed*
 Pr. IDRIS LAHLOU Amine*
 Pr. JROUNDI Laila
 Pr. KARMOUNI Tariq
 Pr. KILI Amina
 Pr. KISRA Hassan
 Pr. KISRA Mounir
 Pr. LAATIRIS Abdelkader*
 Pr. LMIMOUNI Badreddine*
 Pr. MANSOURI Hamid*
 Pr. OUANASS Abderrazzak
 Pr. SAFI Soumaya*
 Pr. SEKKAT Fatima Zahra
 Pr. SOUALHI Mouna
 Pr. TELLAL Saida*
 Pr. ZAHRAOUI Rachida

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid
 Pr. ACHACHI Leila

Pédiatrie
 Cardiologie
 Ophtalmologie
 Biophysique
 Microbiologie
 Cardiologie (mise en disponibilité)
 Pédiatrie
 Radiologie
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Parasitologie
 Rhumatologie
 Gynécologie Obstétrique
 Histo-Embryologie Cytogénétique
 Gynécologie Obstétrique

Anesthésie Réanimation

Rhumatologie
 Radiologie
 Hématologie
 O.R.L
 Biophysique
 Chirurgie - Pédiatrique
 Chirurgie Cardio – Vasculaire
 Gynécologie Obstétrique
 Cardiologie
 Cardiologie
 Anesthésie Réani
 Médecine Interne
 Anesthésie Réani
 Microbiologie
 Radiologie
 Urologie
 Pédiatrie
 Psychiatrie
 Chirurgie – Pédiatrique
 Pharmacie Galénique
 Parasitologie
 Radiothérapie
 Psychiatrie
 Endocrinologie
 Psychiatrie
 Pneumo – Phtisiologie
 Biochimie
 Pneumo – Phtisiologie



Pr. ACHOUR Abdessamad*
 Pr. AIT HOUSSA Mahdi*
 Pr. AMHAJJI Larbi*
 Pr. AOUI Sarra
 Pr. BAITE Abdelouahed*
 Pr. BALOUCH Lhoussaine*
 Pr. BENZIANE Hamid*
 Pr. BOUTIMZINE Nourdine
 Pr. CHARKAOUI Naoual*
 Pr. EHIRCHIOU Abdelkader*
 Pr. ELABSI Mohamed
 Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
 Pr. EL OMARI Fatima
 Pr. GHARIB Noureddine
 Pr. HADADI Khalid*
 Pr. ICHOU Mohamed*
 Pr. ISMAILI Nadia
 Pr. KEBDANI Tayeb
 Pr. LALAOU SALIM Jaafar*
 Pr. LOUZI Lhoussain*
 Pr. MADANI Naoufel
 Pr. MAHI Mohamed*
 Pr. MARC Karima
 Pr. MASRAR Azlarab
 Pr. MRABET Mustapha*
 Pr. MRANI Saad*
 Pr. OUZZIF Ez zohra*
 Pr. RABHI Monsef*
 Pr. RADOUANE Bouchaib*
 Pr. SEFFAR Myriame
 Pr. SEKHSOKH Yessine*
 Pr. SIFAT Hassan*
 Pr. TABERKANET Mustafa*
 Pr. TACHFOUTI Samira
 Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*
 Pr. TANANE Mansour*
 Pr. TLIGUI Houssain
 Pr. TOUATI Zakia

Décembre 2007

Pr. DOUHAL ABDERRAHMAN

Décembre 2008

Pr ZOUBIR Mohamed*
 Pr TAHIRI My El Hassan*

Chirurgie générale
 Chirurgie cardio vasculaire
 Traumatologie orthopédie
 Parasitologie
 Anesthésie réanimation **Directeur ERSM**
 Biochimie-chimie
 Pharmacie clinique
 Ophtalmologie
 Pharmacie galénique
 Chirurgie générale
 Chirurgie générale
 Anesthésie réanimation
 Psychiatrie
 Chirurgie plastique et réparatrice
 Radiothérapie
 Oncologie médicale
 Dermatologie
 Radiothérapie
 Anesthésie réanimation
 Microbiologie
 Réanimation médicale
 Radiologie
 Pneumo phtisiologie
 Hématologique
 Médecine préventive santé publique et hygiène
 Virologie
 Biochimie-chimie
 Médecine interne
 Radiologie
 Microbiologie
 Microbiologie
 Radiothérapie
 Chirurgie vasculaire périphérique
 Ophtalmologie
 Chirurgie générale
 Traumatologie orthopédie
 Parasitologie
 Cardiologie



Ophtalmologie

Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Générale

Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali*
Pr. AGDR Aomar*
Pr. AIT ALI Abdelmounaim*
Pr. AIT BENHADDOU El hachmia
Pr. AKHADDAR Ali*
Pr. ALLALI Nazik
Pr. AMINE Bouchra
Pr. ARKHA Yassir
Pr. BELYAMANI Lahcen*
Pr. BJIJOU Younes
Pr. BOUHSAIN Sanae*
Pr. BOUI Mohammed*
Pr. BOUNAIM Ahmed*
Pr. BOUSSOUGA Mostapha*
Pr. CHAKOUR Mohammed *
Pr. CHTATA Hassan Toufik*
Pr. DOGHMI Kamal*
Pr. EL MALKI Hadj Omar
Pr. EL OUENNASS Mostapha*
Pr. ENNIBI Khalid*
Pr. FATHI Khalid
Pr. HASSIKOU Hasna *
Pr. KABBAJ Nawal
Pr. KABIRI Meryem
Pr. KARBOUBI Lamya
Pr. L'KASSIMI Hachemi*
Pr. LAMSAOURI Jamal*
Pr. MARMADE Lahcen
Pr. MESKINI Toufik
Pr. MESSAOUDI Nezha *
Pr. MSSROURI Rahal
Pr. NASSAR Ittimade
Pr. OUKERRAJ Latifa
Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *

PROFESSEURS AGREGES :

Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha
Pr. AMEZIANE Taoufiq*
Pr. BELAGUID Abdelaziz
Pr. BOUAITY Brahim*
Pr. CHADLI Mariama*
Pr. CHEMSI Mohamed*
Pr. DAMI Abdellah*
Pr. DARBI Abdellatif*
Pr. DENDANE Mohammed Anouar
Pr. EL HAFIDI Naima
Pr. EL KHARRAS Abdennasser*

Médecine interne
Pédiatre
Chirurgie Générale
Neurologie
Neuro-chirurgie
Radiologie
Rhumatologie
Neuro-chirurgie
Anesthésie Réanimation
Anatomie
Biochimie-chimie
Dermatologie
Chirurgie Générale
Traumatologie orthopédique
Hématologie biologique
Chirurgie vasculaire périphérique
Hématologie clinique
Chirurgie Générale
Microbiologie
Médecine interne
Gynécologie obstétrique
Rhumatologie
Gastro-entérologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Microbiologie **Directeur Hôpital My Ismail**
Chimie Thérapeutique
Chirurgie Cardio-vasculaire
Pédiatrie
Hématologie biologique
Chirurgie Générale
Radiologie
Cardiologie
Pneumo-phtisiologie



Anesthésie réanimation
Médecine interne
Physiologie
ORL
Microbiologie
Médecine aéronautique
Biochimie chimie
Radiologie
Chirurgie pédiatrique
Pédiatrie
Radiologie

Pr. EL MAZOUZ Samir
 Pr. EL SAYEGH Hachem
 Pr. ERRABIH Ikram
 Pr. LAMALMI Najat
 Pr. MOSADIK Ahlam
 Pr. MOUJAHID Mountassir*
 Pr. NAZIH Mouna*
 Pr. ZOUAIDIA Fouad

Chirurgie plastique et réparatrice
 Urologie
 Gastro entérologie
 Anatomie pathologique
 Anesthésie Réanimation
 Chirurgie générale
 Hématologie
 Anatomie pathologique

Mai 2012

Pr. AMRANI Abdelouahed
 Pr. ABOUELALAA Khalil*
 Pr. BELAIZI Mohamed*
 Pr. BENCHEBBA Driss*
 Pr. DRISSI Mohamed*
 Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna
 Pr. EL KHATTABI Abdessadek*
 Pr. EL OUAZZANI Hanane*
 Pr. ER-RAJI Mounir
 Pr. JAHID Ahmed
 Pr. MEHSSANI Jamal*
 Pr. RAISSOUNI Maha*

Chirurgie Pédiatrique
 Anesthésie Réanimation
 Psychiatrie
 Traumatologie Orthopédique
 Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Générale
 Médecine Interne
 Pneumophtisiologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Anatomie pathologique
 Psychiatrie
 Cardiologie



Février 2013

Pr. AHID Samir
 Pr. AIT EL CADI Mina
 Pr. AMRANI HANCHI Laila
 Pr. AMOUR Mourad
 Pr. AWAB Almahdi
 Pr. BELAYACHI Jihane
 Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain
 Pr. BENCHEKROUN Laila
 Pr. BENKIRANE Souad
 Pr. BENNANA Ahmed*
 O.
 Pr. BENSGHIR Mustapha*
 Pr. BENYAHIA Mohammed*
 Pr. BOUATIA Mustapha
 Pr. BOUABID Ahmed Salim*
 Pr. BOUTARBOUCH Mahjouba
 Pr. CHAIB Ali*
 Pr. DENDANE Tarek
 Pr. DINI Nouzha*
 Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali
 Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa
 Pr. ELFATEMI Nizare
 Pr. EL GUERROUJ Hasnae
 Pr. EL HARTI Jaouad

Pharmacologie – Chimie
 Toxicologie
 Gastro-Entérologie
 Anesthésie Réanimation
 Anesthésie Réanimation
 Réanimation Médicale
 Anesthésie Réanimation
 Biochimie-Chimie
 Hématologie
 Informatique Pharmaceutique

Anesthésie Réanimation
 Néphrologie
 Chimie Analytique
 Traumatologie Orthopédie
 Anatomie
 Cardiologie
 Réanimation Médicale
 Pédiatrie
 Anesthésie Réanimation
 Radiologie
 Neuro-Chirurgie
 Médecine Nucléaire
 Chimie Thérapeutique

Pr. EL JOUDI Rachid*
 Pr. EL KABABRI Maria
 Pr. EL KHANNOUSSI Basma
 Pr. EL KHLOUFI Samir
 Pr. EL KORAICHI Alae
 Pr. EN-NOUALI Hassane*
 Pr. ERRGUIG Laila
 Pr. FIKRI Meryim
 Pr. GHFIR Imade
 Pr. IMANE Zineb
 Pr. IRAQI Hind
 Pr. KABBAJ Hakima
 Pr. KADIRI Mohamed*
 Pr. LATIB Rachida
 Pr. MAAMAR Mouna Fatima Zahra
 Pr. MEDDAH Bouchra
 Pr. MELHAOUI Adyl
 Pr. MRABTI Hind
 Pr. NEJJARI Rachid
 Pr. OUBEJJA Houda
 Pr. OUKABLI Mohamed*
 Pr. RAHALI Younes
 Pr. RATBI Ilham
 Pr. RAHMANI Mounia
 Pr. REDA Karim*
 Pr. REGRAGUI Wafa
 Pr. RKAIN Hanan
 Pr. ROSTOM Samira
 Pr. ROUAS Lamiaa
 Pr. ROUIBAA Fedoua*
 Pr. SALIHOUN Mouna
 Pr. SAYAH Rochde
 Pr. SEDDIK Hassan*
 Pr. ZERHOUNI Hicham
 Pr. ZINE Ali*

Toxicologie
 Pédiatrie
 Anatomie Pathologie
 Anatomie
 Anesthésie Réanimation
 Radiologie
 Physiologie
 Radiologie
 Médecine Nucléaire
 Pédiatrie
 Endocrinologie et maladies métaboliques
 Microbiologie
 Psychiatrie
 Radiologie
 Médecine Interne
 Pharmacologie
 Neuro-chirurgie
 Oncologie Médicale
 Pharmacognosie
 Chirurgie Pédiatrique
 Anatomie Pathologique
 Pharmacie Galénique
 Génétique
 Neurologie
 Ophtalmologie
 Neurologie
 Physiologie
 Rhumatologie
 Anatomie Pathologique
 Gastro-Entérologie
 Gastro-Entérologie
 Chirurgie Cardio-Vasculaire
 Gastro-Entérologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Traumatologie Orthopédie

Avril 2013

Pr. EL KHATIB Mohamed Karim*
 Pr. GHOUNDALE Omar*
 Pr. ZYANI Mohammad*

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale
 Urologie
 Médecine

***Enseignants Militaires**



MARS 2014

ACHIR ABDELLAH
BENCHAKROUN MOHAMMED
BOUCHIKH MOHAMMED
EL KABBAJ DRISS
EL MACHTANI IDRISSE SAMIRA
HARDIZI HOUYAM
HASSANI AMALE
HERRAK LAILA
JANANE ABDELLA TIF
JEAIDI ANASS
KOUACH JAOUAD
LEMNOUER ABDELHAY
MAKRAM SANAA
OULAHYANE RACHID
RHISSASSI MOHAMED JMFAR
SABRY MOHAMED
SEKKACH YOUSSEF
TAZL MOUKBA. :LA.KLA.

***Enseignants Militaires**

DECEMBRE 2014

ABILKACEM RACHID'
AIT BOUGHIMA FADILA
BEKKALI HICHAM
BENAZZOU SALMA
BOUABDELLAH MOUNYA
BOUCHRIK MOURAD
DERRAJI SOUFIANE
DOBLALI TAOUFIK
EL AYOUBI EL IDRISSE ALI
EL GHADBANE ABDEDAIM HATIM
EL MARJANY MOHAMMED
FEJJAL NAWFAL
JAHIDI MOHAMED
LAKHAL ZOUHAIR
OUDGHIRI NEZHA
Rami Mohamed
SABIR MARIA
SBAI IDRISSE KARIM

***Enseignants Militaires**

Chirurgie Thoracique
Traumatologie- Orthopédie
Chirurgie Thoracique
Néphrologie
Biochimie-Chimie
Histologie- Embryologie-Cytogénétique
Pédiatrie
Pneumologie
Urologie
Hématologie Biologique
Génécologie-Obstétrique
Microbiologie
Pharmacologie
Chirurgie Pédiatrique
CCV
Cardiologie
Médecine Interne
Génécologie-Obstétrique

Pédiatrie
Médecine Légale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Maxillo-Faciale
Biochimie-Chimie
Parasitologie
Pharmacie Clinique
Microbiologie
Anatomie
Anesthésie-Réanimation
Radiothérapie
Chirurgie Réparatrice et Plastique
O.R.L
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Psychiatrie
Médecine préventive, santé publique et Hyg.



AOUT 2015

Meziane meryem
Tahri latifa

Dermatologie
Rhumatologie

JANVIER 2016

BENKABBOU AMINE
EL ASRI FOUAD
ERRAMI NOUREDDINE
NITASSI SOPHIA

Chirurgie Générale
Ophtalmologie
O.R.L
O.R.L

2- ENSEIGNANTS – CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS / PRs. HABILITES

Pr. ABOUDRAR Saadia
Pr. ALAMI OUHABI Naima
Pr. ALAOUI KATIM
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma
Pr. ANSAR M'hammed
Pr. BOUHOUCHE Ahmed
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz
Pr. BOURJOUANE Mohamed
Pr. CHAHED OUZZANI Lalla Chadia
Pr. DAKKA Taoufiq
Pr. DRAOUI Mustapha
Pr. EL GUESSABI Lahcen
Pr. ETTAIB Abdelkader
Pr. FAOUZI Moulay El Abbes
Pr. HAMZAOUI Laila
Pr. HMAMOUCHE Mohamed
Pr. IBRAHIMI Azeddine
Pr. KHANFRI Jamal Eddine
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRIS Med
Pr. REDHA Ahlam
Pr. TOUATI Driss
Pr. ZAHIDI Ahmed
Pr. ZELLOU Amina

Physiologie
Biochimie – chimie
Pharmacologie
Histologie-Embryologie
Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Génétique Humaine
Applications Pharmaceutiques
Microbiologie
Biochimie – chimie
Physiologie
Chimie Analytique
Pharmacognosie
Zootechnie
Pharmacologie
Biophysique
Chimie Organique
Biologie moléculaire
Biologie
Chimie Organique
Chimie
Pharmacognosie
Pharmacologie
Chimie Organique

*Mise à jour le 14/12/2016 par le
Service des Ressources Humaines*





*A cœur vaillant rien d'impossible
A conscience tranquille tout est accessible
Quand il y a la soif d'apprendre
Tout vient à point à qui sait attendre
Quand il y a le souci de réaliser un dessein
Tout devient facile pour arriver à nos fins
Malgré les obstacles qui s'opposent
En dépit des difficultés qui s'interposent
Les études sont avant tout
Notre unique et seul atout
Ils représentent la lumière de notre existence
L'étoile brillante de notre réjouissance
Comme un vol de gerfauts hors du charnier natal
Nous partons ivres d'un rêve héroïque et brutal
Espérant des lendemains épiques
Un avenir glorieux et magique
Souhaitons que le fruit de nos efforts fournis
Jour et nuit, nous mènera vers le bonheur fleuri
Aujourd'hui, ici rassemblés auprès des jurys,
Nous prions dieu que cette soutenance
Fera signe de persévérance
Et que nous serions enchantés
Par notre travail honoré*

Je dédie cette thèse à...

A

ALLAH

Le très Haut, le très Grand

Le Très Clément, l'Omniscient, l'Omnipotent.

Le tout Puissant, le très miséricordieux

*Qui m'a permis jusque-là de rester en vie et de mener à bien ce
travail.*

Au PROPHETE MOHAMED paix et salut sur lui

A Mon très cher Père Mohamed KITANI

A l'homme de ma vie, mon exemple éternel, mon soutien moral et source de joie et de bonheur.

Aucune dédicace ne saurait exprimer mon amour éternel, mon respect et ma considération pour les sacrifices que vous avez consentis pour mon instruction et mon bien être.

Merci à vous papa pour tout le soutien et l'amour que vous me portez depuis mon enfance.

Jamais je n'aurais assez de vie pour vous récompenser pour tout ce que vous avez fait pour moi

Je suis très fière d'être votre fille et de pouvoir enfin réaliser, ce que vous avez tant espéré et attendu de moi.

Cher père veuillez trouver, dans ce modeste travail le fruit de vos sacrifices ainsi que l'expression de ma profonde affection et ma vive reconnaissance.

Puisse dieu, le très haut, vous accorder santé, bonheur et longue vie et faire en sorte que jamais je ne vous déçoive.

A Ma très chère Mère Khadija SALDA

La lumière de mes jours, la source de mes efforts, la flamme de mon cœur, ma vie et mon bonheur,

Maman que j'adore,

L'amour et l'affection que t'as pour moi sont inestimables.

Ce travail est le résultat de tes prières et bénédictions de tous les jours.

Maman, les mots me manquent pour exprimer tout ce que je ressens ici.

Je vous remercie mère pour tout ce que vous avez fait pour moi de ma naissance à maintenant.

Merci mère de m'avoir offert ton lait pendant de très nombreux mois, qui en plus des bienfaits qu'il m'a apporté, a renforcé nos liens.

Je te dédie ce travail qui grâce à toi a pu voir le jour.

Puisse dieu, le tout puissant, te préserver, t'accorder santé, bonheur, et que plus jamais le chagrin ne pénètre ton cœur, car j'aurais encore et à toujours besoin de ton amour.

A ma très chère sœur Amal

Tes sacrifices, ta présence et ton aide resteront gravé dans ma mémoire.

Les mots me manquent pour te remercier.

En témoignage de l'attachement, de l'amour, et de l'affection que je porte pour toi.

En souvenir d'une enfance dont nous avons partagé les meilleurs et les plus agréables moments.

Je te dédie ce travail avec tous mes vœux de bonheur, de santé, d'amour et de réussite.

A mon très cher frère Abdou

A notre fraternité qui m'est très très chère.

Mon cher petit frère présent dans tous mes moments d'examens par son soutien moral et ses belles surprises sucrées.

Je te souhaite un avenir plein de joie, de bonheur, de réussite, de sérénité et que je sois toujours la sœur dont tu seras fier.

Je t'exprime à travers ce travail mes sentiments de fraternité et d'amour.

Que dieu te protège et consolide les liens sacrés qui nous unissent.

A la mémoire de mes Grands-pères et mes Grand-mères

J'aurais tant aimé que vous soyez présents.

Que dieu ait vos âmes dans sa sainte miséricorde.

A tous les membres de ma famille,

Petits et grands

Veillez trouver dans ce modeste travail l'expression de mon affection.

A toutes les mamans ayant participé à l'étude,

Merci pour votre accueil, votre patience et vos encouragements.

Que dieu nous aide à surmonter vos peines.

Aux personnes, qui m'ont toujours aidé et encouragé, qui étaient toujours à mes côtés, et qui m'ont accompagné durant mon chemin d'étude supérieur mes aimables amies et collègues d'étude.

A Toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à l'élaboration de ce travail à tous ceux que j'ai omis de citer.



Remerciements

A notre maitre et présidente de thèse

Madame le professeur BADR-SAOUD DAKHAMA BENJELLOUN

Professeur de l'Enseignement Supérieur de Pédiatrie CHU-Rabat

Vous nous avez accordé un grand honneur en acceptant de présider le jury de notre thèse.

Votre culture scientifique, vos compétences professionnelles incontestables ainsi que vos qualités humaines vous valent l'admiration et le respect.

Veuillez, cher maitre, trouvé dans ce modeste travail l'expression de notre haute considération et notre profond respect.

A notre maitre et rapporteur de thèse

Madame le professeur ASMAA MDAGHRI ALAOUI

Professeur de l'Enseignement Supérieur de Pédiatrie CHU-RABAT

Nous tenons à vous remercier pour nous avoir fait confiance pour l'élaboration de ce travail.

Je tiens à vous exprimer ici toute ma gratitude pour votre grande disponibilité et votre immense gentillesse.

Chère professeur, c'est un grand honneur pour moi de travailler sous votre encadrement.

Les conseils que vous nous avez prodigué ont été très précieux, nous vous en remercions.

Votre compétence pratique, votre gentillesse extrême, vos qualités humaines et professionnelles nous inspirent une grande admiration et un profond respect.

Veillez trouver ici, l'assurance de notre reconnaissance et notre profond respect.

À notre maître et juge de thèse

Monsieur le professeur RACHID RAZINE

Professeur de l'Enseignement Supérieur de Médecine Sociale

Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat

Nous vous remercions de la spontanéité et de la gentillesse avec laquelle vous avez accepté de juger ce travail.

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

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

Veillez croire à nos sincères remerciements.

A notre maitre et juge de thèse

Madame le professeur AMAL THIMOU IZGUA

Professeur de l'Enseignement Supérieur de Pédiatrie CHU-RABAT

Vous nous faites le grand honneur de prendre part au jury de ce travail.

Votre probité au travail, votre dynamisme et votre sens de responsabilité nous ont toujours impressionnés et sont pour nous un idéal à atteindre.

Nous vous prions d'accepter, Cher Maître, notre profonde reconnaissance et notre haute considération.

A notre maitre et juge de thèse

Madame le professeur ZINEB IMANE

Professeur de l'Enseignement Supérieur de Pédiatrie CHU-RABAT

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

Votre compréhension, vos qualités humaines et professionnelles suscitent notre admiration.

Veuillez accepter, Cher Maître, nos sincères remerciements et toute la reconnaissance que nous vous témoignons.

A notre maitre et juge de thèse

Madame le docteur AZIZA LYAGHFOURI

Spécialiste en pédiatrie

Chef de service de la protection de la santé infantile

Direction de la Population du Ministère de la Santé

Nous avons été touchés par la bienveillance et la cordialité de votre accueil.

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

Veillez trouver ici, l'expression de notre vive gratitude et haute considération.

*LISTE
DES ILLUSTRATIONS*

Liste des figures

Figure 1 : Répartition des tranches d'âge	13
Figure 2 : Répartition des mères selon l'origine géographique	14
Figure 3 : Répartition des mères selon le niveau d'étude	15
Figure 4 : Répartition des pères selon le niveau d'étude	16
Figure 5 : Répartition des pères selon l'activité professionnelle	17
Figure 6 : Répartition selon le revenu mensuel	18
Figure 7 : Répartition des mères selon la parité	19
Figure 8 : Répartition des parturientes selon le désir de la grossesse	20
Figure 9 : Répartition selon prise médicamenteuse	21
Figure 10 : Répartition des femmes selon le nombre des consultations prénatales	22
Figure 11 : Répartition des consultations selon le profil du professionnel de santé	23
Figure 12 : Répartition des mères selon le conseil prénatal	24
Figure 13 : Répartition selon le poids du nouveau-né	25
Figure 14 : Répartition selon le sexe du nouveau-né	26
Figure 15 : Répartition selon la durée de l'allaitement maternel de la fratrie ..	27
Figure 16 : Répartition selon l'horaire de la mise au sein de la fratrie	28
Figure 17 : Répartition selon la durée de l'allaitement maternel exclusif de la fratrie	29

Figure 18 : Répartition selon l'allaitement maternel de la mère elle-même	30
Figure 19 : Répartition des causes d'arrêt de l'allaitement maternel antérieur	31
Figure 20 : Motivations du choix de l'allaitement maternel selon les parturientes	33
Figure 21 : Les connaissances des enquêtées concernant la valeur du colostrum	34
Figure 22 : Le moment de choix du mode d'alimentation	35
Figure 23 : Répartition des réponses des parturientes concernant l'alimentation du bébé avant la première mise au sein	36
Figure 24 : La durée envisagée de l'allaitement maternel	37
Figure 25 : L'âge de la diversification alimentaire	38
Figure 26 : La modalité de conservation du lait maternel	39
Figure 27 : Les raisons de choix du lait artificiel	40
Figure 28 : Les raisons d'administration d'autres liquides non lactés	41
Figure 29 : La source de l'information des parturientes en matière de l'allaitement maternel	42
Figure 30 : Incidence de la mise au sein précoce	44
Figure 31 : Répartition des facteurs favorisant la mise au sein précoce évoqués par les mères	47
Figure 32 : Les causes du retard de la mise au sein avancées par les femmes .	48
Figure 33 : Influence de l'âge des mères sur la mise au sein précoce	49
Figure 34 : Influence de la profession du père sur la mise au sein précoce	52

Figure 35 : Répartition de la mise au sein selon le poids du nouveau-né	53
Figure 36 : Influence du conseil prénatal sur la mise au sein à la première heure	55
Figure 37 : Répartition de la mise au sein selon le moment de choix du mode d'alimentation	56
Figure 38 : Répartition de la mise au sein selon le nombre de consultations prénatales	57
Figure 39 : Répartition de la mise au sein selon le lieu de consultation	58
Figure 40 : Répartition de la mise au sein selon le profil du professionnel de santé	59
Figure 41 : Répartition de la mise au sein selon la durée de l'allaitement maternel antérieur	60
Figure 42 : Répartition de la mise au sein selon la mise au sein de la fratrie	61
Figure 43 : Répartition de la mise au sein selon l'allaitement maternel de la mère elle-même	62
Figure 44 : L'influence de la source de l'information sur la mise au sein précoce.....	63
Figure 45 : Répartition des professionnels de la santé par profil	65
Figure 46 : Répartition des avantages de l'allaitement maternel selon les réponses des professionnels de la santé	67
Figure 47 : Répartitions des contre-indications invoquées par les professionnels de la santé	68

Figure 48 : Répartition des réponses des professionnels de la santé concernant les conseils à transmettre à la mère.....	69
Figure 49 : Répartition des recommandations de l'allaitement maternel selon les réponses des professionnels de santé	70
Figure 50 : Répartition des causes et des conséquences de la mauvaise prise du sein avancées par les professionnels de santé	71
Figure 51 : Répartition des modalités d'évaluation d'une tétée selon les réponses des professionnels de santé	72
Figure 52 : Répartition des réponses des professionnels de la santé concernant les problèmes liés à l'allaitement maternel et comment les remédier	73

Liste des tableaux

Tableau 1 : L'horaire de la mise au sein selon certaines caractéristiques obstétricales	45
Tableau 2 : L'horaire de la mise au sein selon certaines caractéristiques socio-démographiques	46
Tableau 3 : Influence de l'origine géographique sur la mise au sein précoce ..	50
Tableau 4 : Influence du niveau d'instruction de la mère sur la mise au sein précoce	50
Tableau 5 : Influence du niveau d'instruction du père sur la mise au sein précoce	51
Tableau 6 : Influence du niveau socio-économique sur la mise au sein précoce	51
Tableau 7 : Influence de la parité sur le démarrage de l'allaitement maternel .	53
Tableau 8 : Influence du sexe de l'enfant sur le démarrage de l'allaitement maternel	54
Tableau 9 : Effectifs de l'échantillon des professionnels de la santé	64
Tableau 10 : l'évaluation des connaissances d'ordre pratique des professionnels de la santé	75
Tableau 11 : L'évaluation des pratiques des professionnels de la santé	76
Tableau 12 : Récapitulatif des incidences de la mise au sein précoce et tardive, de l'allaitement maternel exclusif en maternité	76

Tableau 13 : Récapitulatif des facteurs favorisant la mise au sein précoce en maternité	77
Tableau 14 : Récapitulatif des facteurs socio-démographiques associés à la mise au sein en maternité	82
Tableau 15 : Récapitulatif des caractéristiques de la grossesse, de l'accouchement et du nouveau-né associés à la mise au sein en maternité	83
Tableau 16 : Taux de l'allaitement maternel exclusif entre 0 et 3 mois dans les pays en voie de développement	88
Tableau 17 : Evolution de l'allaitement maternel entre 2007 et 2011	91



SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
MATÉRIEL ET MÉTHODES	7
RÉSULTATS	12
A. Enquête auprès des parturientes	13
1. Les données descriptives	13
1.1. Du couple mère-nouveau-né	13
1.1.1. Les particularités sociodémographiques et génésiques	13
1.1.2. Le déroulement de la grossesse et consultations prénatales	21
1.1.3. Les caractéristiques de l'accouchement et des nouveau-nés	24
1.1.4. L'expérience antérieure de l'allaitement au sein	27
1.1.5. Les connaissances des mères et leurs pratiques en matière de l'allaitement maternel	32
1.2. De la mise au sein en maternité	44
1.2.1. L'incidence de la mise au sein précoce.....	44
1.2.2. Description des parturientes selon l'horaire de la mise au sein ..	45
1.2.3. Les raisons de la mise au sein précoce	47
1.2.4. Les causes du retard de la mise au sein précoce	48
2. Les données analytiques par rapport à la mise au sein précoce	49
2.1. Analyse de l'impact de caractéristiques sociodémographiques et obstétricales sur la mise au sein précoce	49

2.1.1. Les caractéristiques sociodémographiques	49
a. L'âge des mères	49
b. L'origine géographique	50
c. Le niveau d'instruction de la mère	50
d. Le niveau d'instruction du père	51
e. Le niveau socio-économique	51
f. La profession du père	52
2.1.2. Les caractéristiques obstétricales	53
a. La parité	53
b. La trophicité	53
c. Le sexe du nouveau-né	54
d. Le conseil prénatal sur l'allaitement maternel	55
e. Le moment de choix du type d'alimentation.....	56
f. Le suivi médical durant la grossesse	57
2.2. Analyse de l'impact de l'allaitement maternel antérieur	60
2.2.1. La durée de l'allaitement maternel antérieur	60
2.2.2. La mise au sein précoce de la fratrie.....	61
2.2.3. L'allaitement maternel de la mère elle-même	62
2.3 Analyse de l'impact de la source d'information sur la mise au sein précoce.....	63

B. Enquête auprès des professionnels de santé	64
1. Les caractéristiques sociodémographiques et génésiques	64
a. Répartition selon le lieu d'exercice	64
b. L'âge	64
c. Le sexe	64
d. La situation matrimoniale	64
e. Le statut professionnel	65
2. L'expérience personnelle des professionnels de la santé en matière de l'allaitement maternel	66
a. La mise au sein précoce	66
b. La durée de l'allaitement maternel	66
3. Évaluation des connaissances et pratiques des professionnels de la santé en matière de l'allaitement maternel	67
3.1. Données concernant les connaissances des professionnels de la santé	67
3.2. Données relatives aux pratiques des professionnels de la santé	74
DISCUSSION	80
1. Incidence de l'allaitement maternel exclusif	82
2. L'allaitement maternel en maternité	87
2.1. L'intérêt du contact précoce mère-enfant	87
2.2. L'importance de la mise au sein précoce	88

2.3. L'incidence de la mise au sein précoce	90
2.4. Colostrum et montée laiteuse	91
2.5. Facteurs sociodémographiques et démarrage de l'allaitement maternel	96
2.5.1. L'âge	96
2.5.2. L'origine géographique	96
2.5.3. La situation matrimoniale	97
2.5.4. Le niveau d'instruction	97
2.5.5. Le statut professionnel.....	99
2.5.6. Le niveau socio-économique	99
2.6. Les Facteurs obstétricaux et démarrage de l'allaitement maternel	96
2.6.1. La parité	96
2.6.2. Le conseil prénatal	97
2.6.3. Le suivi médical de la grossesse	98
2.6.4. Le mode d'accouchement	99
2.6.5. L'horaire d'accouchement	101
2.6.6. Le poids du nouveau-né	102
2.7. L'expérience en matière de l'allaitement maternel antérieur et démarrage de l'allaitement maternel	103
2.7.1. La mise au sein précoce et l'allaitement maternel exclusif chez la fratrie	105
2.7.2. Les causes d'arrêt de l'allaitement maternel	106

3. Les connaissances, attitudes et pratiques des mères à propos de l'allaitement maternel	113
3.1. Le délai de mise au sein	113
3.2. La valeur du colostrum	114
3.3. Le moment du choix du mode d'alimentation et la première tétée	116
3.4. L'alimentation du nouveau-né avant la première tétée	117
3.5. La fréquence des tétées	119
3.6. La conservation du lait maternel au réfrigérateur	119
3.7. La raison du choix du mode d'alimentation	120
3.8. Les contre-indications de l'allaitement maternel	124
4. L'influence de la source d'information sur le démarrage de l'allaitement maternel	132
5. Le rôle des professionnels de la santé dans le démarrage précoce de l'allaitement maternel.....	133
6. Les connaissances et pratiques des professionnels de la santé	135
CONCLUSION	140
RÉSUMÉS	144
ANNEXES	148
BIBLIOGRAPHIE	163



L'allaitement maternel est un cordon lacté qui représente la continuité naturelle du cordon ombilical [1]. C'est l'aliment idéal pour le nouveau-né et le meilleur moyen pour la création de liens affectifs de qualité. Le professeur Pierre Royer a dit : « **le lait de la femme allie 3 qualités idéalement recherchées ailleurs : le prix le plus bas, la qualité la plus élevée et la présentation la plus attirante.** » [2].

L'allaitement maternel exclusif consiste à donner uniquement le lait maternel à l'enfant de la naissance jusqu'à l'âge de six mois, sans introduire aucun autre aliment liquide ou solide pas même de l'eau, à l'exception des solutions de réhydratation orale, ou des gouttes/sirops de vitamines, minéraux ou médicaments.

La réussite de l'allaitement maternel exclusif est basée essentiellement sur :

- La décision propre à chaque femme selon ses convictions personnelles, son vécu, ses origines socioculturelles.
- L'influence de l'entourage et des professionnels de la santé [3].

Toutes les données scientifiques confirment que l'allaitement maternel exclusif est l'une des pierres angulaires qui ont fondé les recommandations internationales de l'OMS relatives à l'alimentation du nourrisson. Il est considéré à présent comme un objectif mondial de santé publique lié à la réduction de la morbidité et la mortalité infanto-juvéniles, particulièrement dans les pays en voie de développement [4].

Les directives internationales [5] recommandent un allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois du fait de ses avantages pour la santé du couple mère-enfant.

❖ Les bienfaits pour le nourrisson, englobent:

- Le développement cognitif optimal.
- La prévention des infections : gastro-intestinales, otites aiguës et infections respiratoires.
- La protection des maladies atopiques : dermatites atopiques ainsi que eczéma (l'effet protecteur de l'allaitement maternel sur la prévention de l'asthme est controversé et n'est pas prouvé).
- La diminution de la fréquence de l'obésité, du diabète de type 2 et des maladies vasculaires à l'adolescence et à l'âge adulte.
- La réduction de l'incidence de la mort inattendu du nourrisson.

❖ Concernant la mère, parmi les avantages, on retrouve:

- La prévention de l'hémorragie et de la dépression du post-partum.
- La réduction de l'incidence du cancer du sein et de l'ovaire.
- La perte de poids plus rapide dans les six mois qui suivent l'accouchement.

Ainsi chaque jour, 3500 vies pourraient être sauvées dans le monde si tous les nourrissons étaient exclusivement nourris au sein durant les premiers mois de vie. Ce qui correspond à plus de 1,3 million de décès qui pourraient être évités chaque année [5].

Il convient également de souligner que, chaque année, la malnutrition est impliquée dans près de 40% des 11 millions de décès d'enfants de moins de cinq ans dans les pays en voie de développement, et que 1,5 millions de ces décès sont imputables à l'absence d'allaitement maternel immédiat et exclusif pendant la période néonatale [6].

En septembre 2015, l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies (ONU) a adopté l'Agenda 2030 pour le développement durable qui définit 17 Objectifs du Développement Durable (Annexe1), pour éradiquer la pauvreté, protéger la planète et garantir la prospérité pour tous. Et selon World Alliance for Breastfeeding Action (WABA), tous les objectifs de développement durable (ODD) sont étroitement liés à l'allaitement maternel et à l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant [7].

En effet, une meilleure nutrition signifie moins de pauvreté, et en d'autres termes, toute forme de malnutrition est susceptible de porter préjudice à la santé. Cependant l'allaitement maternel et la poursuite de l'allaitement pendant deux ans et au-delà, fournissent des nutriments de haute qualité et de l'énergie adéquate, et peuvent aider à prévenir la faim, la sous-nutrition et l'obésité.

En plus, l'allaitement maternel signifie également la sécurité alimentaire pour tous les nourrissons et leur permettre de vivre en bonne santé et promouvoir leur bien-être.

Aussi, l'Organisation Mondiale de la Santé(OMS) et le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance(Unicef) préconisent depuis 2001 un allaitement maternel exclusif dans les six premiers mois de vie, et la poursuite de l'allaitement en parallèle à une diversification alimentaire adéquate jusqu'à l'âge de 2 ans ou plus [8].

Malgré cela, la pratique de l'allaitement maternel reste insuffisante au Maroc. En effet, dans les enquêtes nationales de 1992, 1997, 2003 et 2006, le taux d'allaitement maternel exclusif est passé respectivement de 62, 46,32 à 15%. [9]

Ce déclin rapide de la pratique de l'allaitement maternel tire une sonnette d'alarme et représente un vrai problème de santé publique. De même à l'échelle mondiale, les chiffres du taux d'allaitement maternel exclusif à six mois restent très faibles : 11% dans une étude française de 2008, 29% en 2006 dans une étude brésilienne et 9% dans une autre italienne en 2006 [10-11].

La tendance à la régression de cette pratique est en rapport avec les progrès dans la fabrication et la commercialisation des laits industriels, le manque d'information et de sensibilisation des mères, d'une part, et, d'autre part, le manque de formation des professionnels de santé [12-13-14].

A la lumière de ces données et à travers notre thèse nous tenterons de répondre aux questions suivantes :

- Quelle est la prévalence de la mise au sein précoce au niveau de la maternité de l'hôpital provincial princesse Lalla Meryem de Larache ?
- Quelles sont les connaissances, attitudes et pratiques adoptées par les mères par rapport à l'allaitement maternel?
- L'environnement influence-t-il la pratique de l'allaitement maternel exclusif ?
- Les professionnels de la santé prenant en charge le couple mère-enfant sont-ils suffisamment formés pour promouvoir et améliorer la situation de l'allaitement maternel dans notre pays ?

Dans ce sens et pour trouver des réponses à ces questions que nous avons réalisé notre étude relative à l'allaitement maternel exclusif chez les nouveau-nés à terme au niveau des services de maternité et de pédiatrie du Centre Hospitalier Provincial (CHP) : Princesse Lalla Meryem de Larache. Ce travail s'assigne comme objectifs de :

- Déterminer l'incidence de la mise au sein précoce et de l'allaitement maternel exclusif.
- Évaluer les connaissances des mères en matière de la mise au sein précoce.
- Décrire les attitudes et pratiques des femmes sur la mise au sein précoce.
- Identifier les facteurs qui influencent la pratique de l'allaitement maternel.
- Décrire les facteurs intervenant dans la mise au sein précoce.
- Décrire l'influence de la promotion de l'allaitement maternel sur sa pratique par les parturientes.
- Évaluer les connaissances des professionnels de la santé relatives à la promotion de l'allaitement maternel.
- Évaluer les pratiques des professionnels de la santé concernant la mise au sein précoce.

*MATÉRIEL
ET MÉTHODES*

Matériel :

1. Description de l'étude :

Notre travail consiste en une étude observationnelle, prospective, descriptive et analytique, qui s'est déroulée sur une période de trois mois, allant du premier octobre 2017 au 31 décembre 2017.

2. Site de l'étude :

L'étude a été réalisée au niveau de la maternité du CHP : Princesse Lalla Meryem de Larache qui représente la structure de santé de référence en matière gynéco-obstétricale pour l'ensemble de la province.

Ce service dispose :

- ❖ D'une unité d'hospitalisation de 40 lits.
- ❖ D'une unité de gynécologie qui assure l'accueil et le traitement des pathologies de la femme qu'elles soient médicales ou chirurgicales.
- ❖ D'une salle d'accouchement avec 3 tables.

Les césariennes et autres interventions chirurgicales sont réalisées au bloc opératoire de chirurgie générale par le gynécologue.

Cette maternité enregistre en moyenne 12 accouchements par jour soit un total de 4380 accouchements par an. Pour un effectif de 15 sages-femmes, 4 gynécologues et un médecin généraliste.

3. Les caractéristiques de la population étudiée:

La population recensée dans notre travail, a été constituée de deux groupes :

1- Le premier groupe : Le couple mère-nouveau-né hospitalisés en suite de couche au niveau de la maternité de Larache,

2- Le deuxième groupe : les professionnels de santé exerçant au niveau de la maternité de Larache et la maternité de Ksar Elkebir et prenant en charge le couple mère-enfant : les pédiatres, les gynécologues, les médecins généralistes, les sages-femmes, les infirmières et les étudiants en médecine.

Concernant le premier groupe :

- **Les critères d'inclusion :**

Toute parturiente en suite de couche, entre le premier et le troisième jour du post-partum, qui a accouché par voie basse d'un nouveau-né à terme, bien portant, issu d'une grossesse monofoetale.

- **Les critères d'exclusion**

Sont exclues de l'enquête les mères ayant des antécédents pathologiques, ou qui ont présentées une pathologie pendant la grossesse, les parturientes hospitalisées en réanimation et celles dont le nouveau-né est prématuré ou issu d'une grossesse multiple ou transféré en néonatalogie ou décédé.

LES MÉTHODES DE L'ÉTUDE :

▪ La fiche d'exploitation (voir annexe) :

Les informations ont été recueillies à l'aide de deux types de questionnaires :

- ✓ Le premier destiné aux mamans en suite de couche,
- ✓ Le deuxième aux professionnels de la santé.

Le questionnaire destiné aux mamans en suite de couche, présenté sous forme d'une fiche d'exploitation, comprenait deux parties :

❖ La première partie comportait des questions sur les caractéristiques sociodémographiques et génésiques, gestité, parité, l'allaitement maternel antérieur et de la femme elle-même, le déroulement de la grossesse, le nombre de consultations prénatales, les caractéristiques néonatales, la mise au sein précoce, et le conseil prénatal sur l'allaitement maternel.

❖ La deuxième partie comportait des informations sur les pratiques des mères et leurs connaissances au sujet de l'allaitement maternel.

Le questionnaire destiné aux professionnels de la santé comprenait 3 parties :

- La première partie comportait des informations personnelles sur leurs propres expériences vis-à-vis de l'allaitement maternel.
- La deuxième partie était sous forme de questions à réponse courte « QROC » permettant de tester leurs connaissances.
- La troisième partie ciblait l'évaluation de leurs pratiques.

▪ **Le niveau socio-économique :**

On l'a divisé en trois catégories selon la somme du revenu mensuel des deux parents :

- Bas pour un revenu de moins de 2600DH, qui correspond au salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG) (=2570.86DH)
- Elevé pour un revenu supérieur à 7500DH qui correspond au salaire moyen d'un cadre d'état échelle 11
- Et un niveau socio-économique moyen, entre les deux précédents.

▪ **Aspect éthique :**

La population étudiée a été informée sur les objectifs de l'enquête et leur consentement oral a été obtenu avant la collecte des données sur la fiche d'exploitation. Aucune personne sollicitée n'a refusé de participer à l'étude.

▪ **L'analyse statistique :**

Les données ont été rassemblées puis codées et saisies sur matériel informatique au moyen du logiciel EXCEL et analysées à l'aide du logiciel SPSS.

Les variables qualitatives ont été exprimées en effectif et pourcentage et les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne et écart-type.

La comparaison des variables qualitatives a été réalisée par le test de Khi-deux de Pearson ou le test exact de Fisher.

Les analyses univariées ont été effectuées par le modèle de régression logistique et le seuil de significativité a été introduit dans le modèle multivarié. Fixé à 0,05 ($p < 0,05$). Toutes les variables dont le p était inférieur à 0,200 ont été introduites dans le modèle multivarié.



RÉSULTATS

A. Enquête auprès des parturientes :

1. Les données descriptives :

1.1. Du couple mère-nouveau-né :

Durant la période de l'étude, 100 couples mère-nouveau-né ont été recensés dans notre série.

1.1.1. Les particularités sociodémographiques et génésiques :

a. L'âge des mères :

Les femmes ayant participé à cette étude étaient âgées de 20 à 43 ans. La moyenne d'âge était de 33 ans.

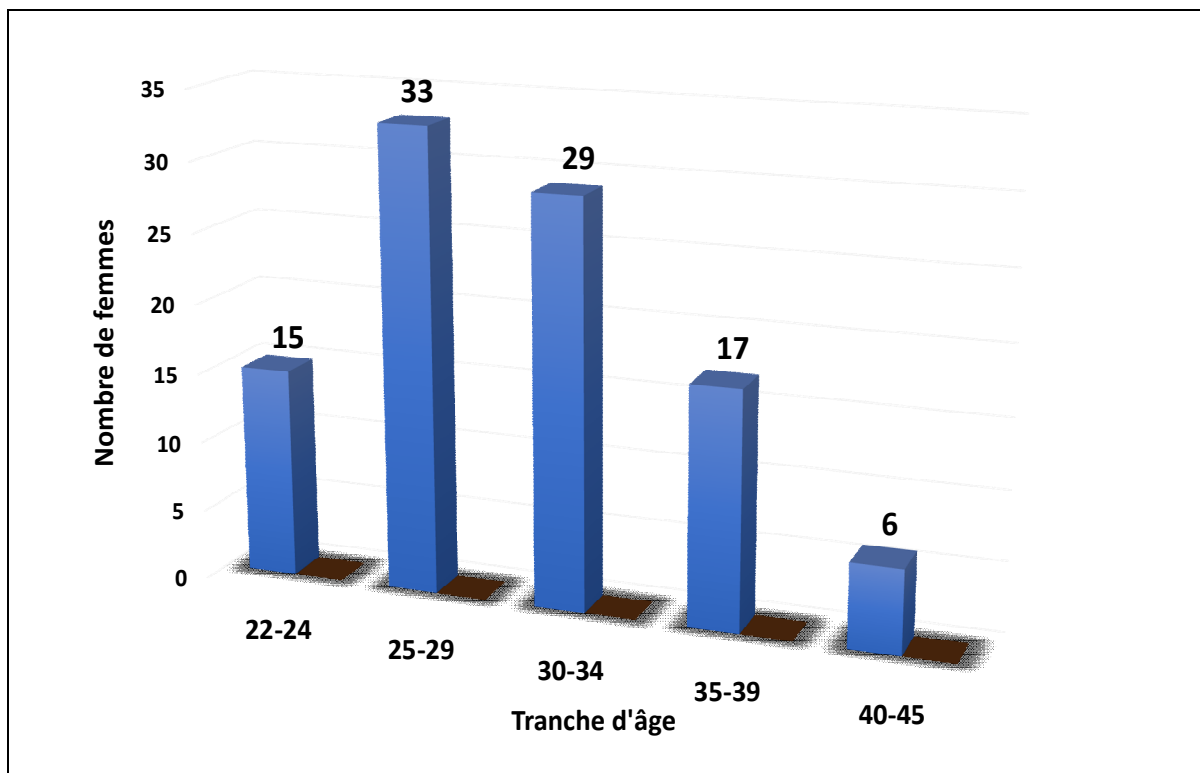


Figure 1 : Répartition des tranches d'âge

D'après notre enquête :

- ❖ 15 femmes avaient l'âge entre 22 ans et 24 ans.
- ❖ 33 femmes avaient l'âge entre 25 ans et 29 ans.
- ❖ 29 femmes avaient l'âge entre 30 ans et 34 ans.
- ❖ 17 femmes avaient l'âge entre 35 ans et 39 ans.
- ❖ 6 femmes avaient l'âge entre 40 ans et 45 ans.

b. – L'origine géographique des mères :

54% des femmes enquêtées étaient issues d'un milieu urbain et 46% d'un milieu rural.

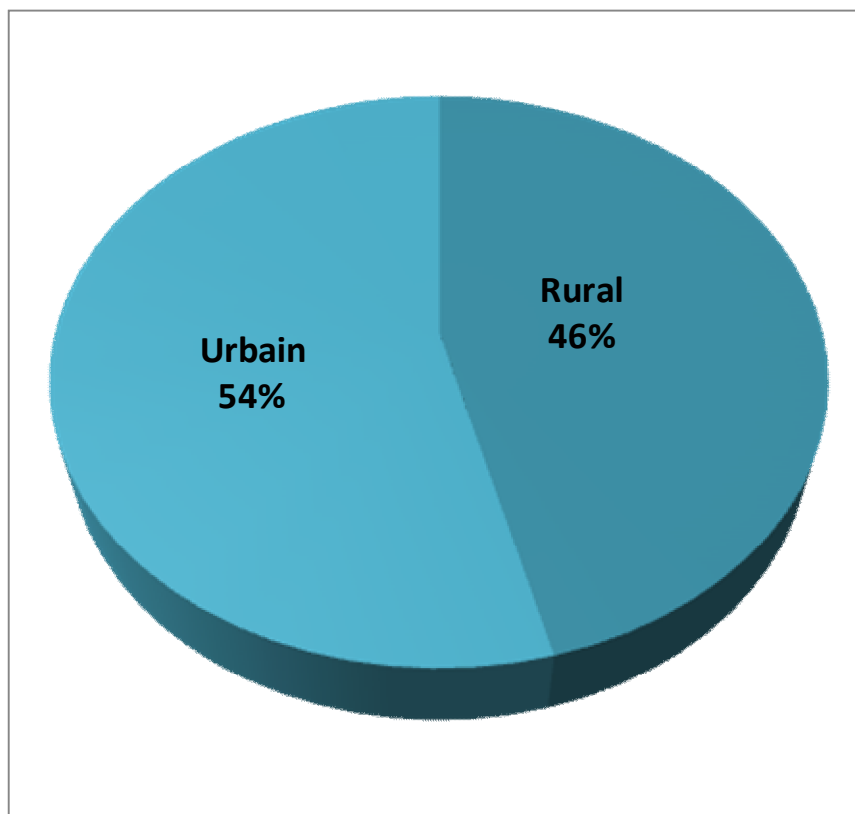


Figure 2 :-Répartition des mères selon l'origine géographique

c. La situation matrimoniale des mères :

Toutes les femmes de notre étude étaient mariées (100%).

d. Le niveau d'instruction des mères :

Les femmes analphabètes représentaient 25% des cas et scolarisées 75%des cas.

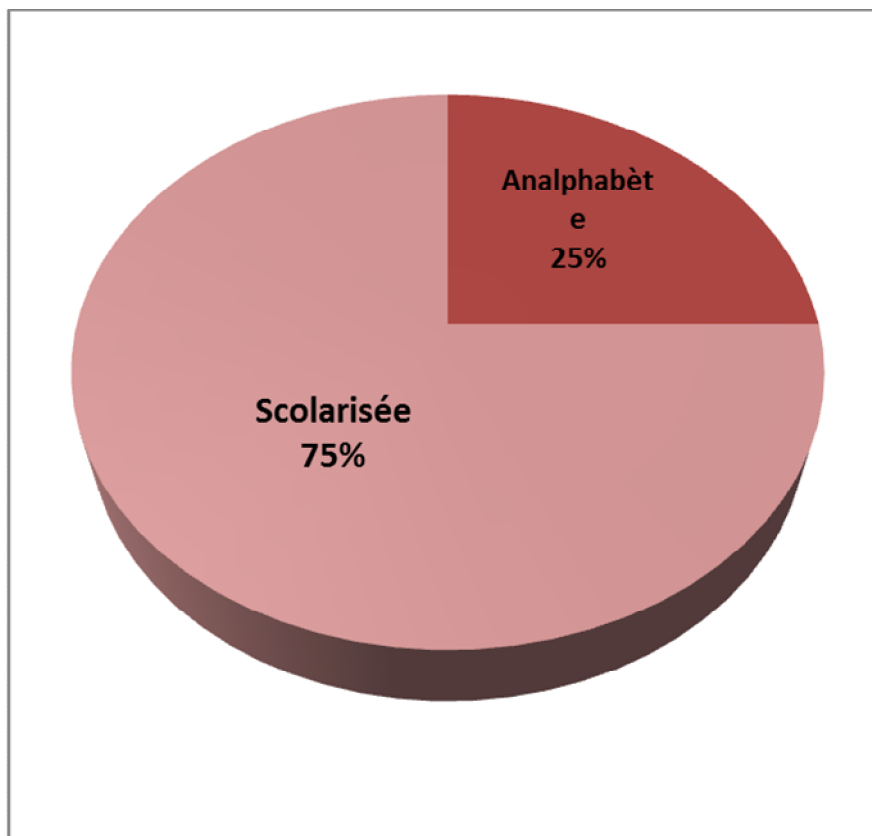


Figure 3 : Répartition des mères selon le niveau d'étude

e. Le niveau d'instruction des pères :

84% des pères étaient scolarisés et seulement 16% qui étaient analphabètes.

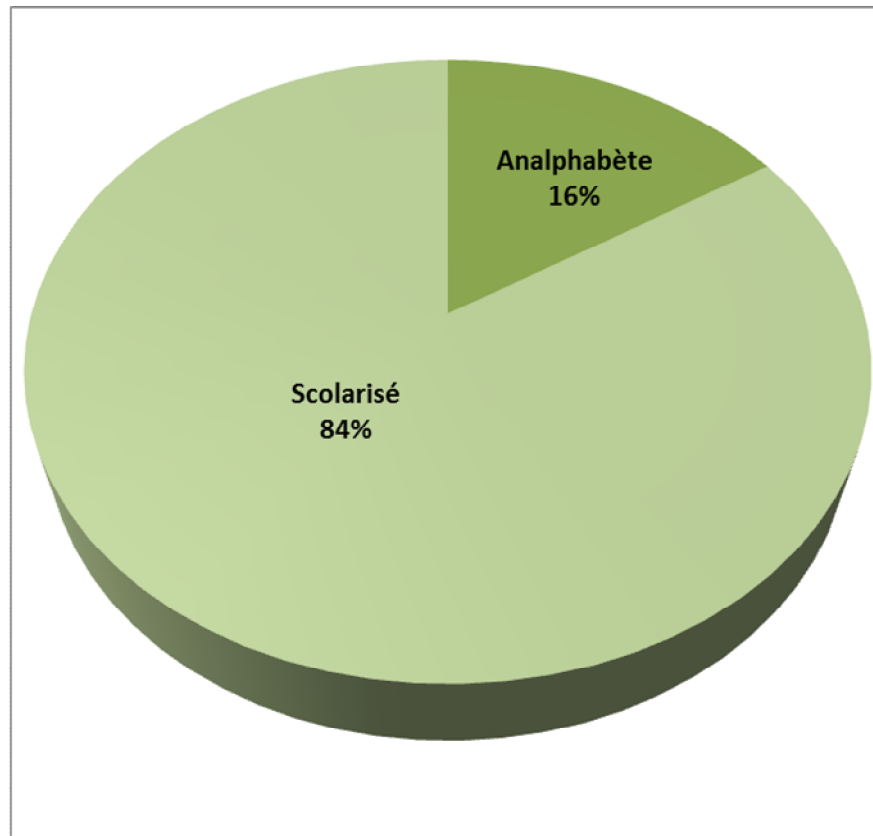


Figure 4 : Répartition des pères selon le niveau d'étude

f. La profession de la mère :

Toutes les femmes étaient mères au foyer (100%).

g. La profession du père :

La catégorie professionnelle la plus représentée était celle des salariés /agriculteurs.

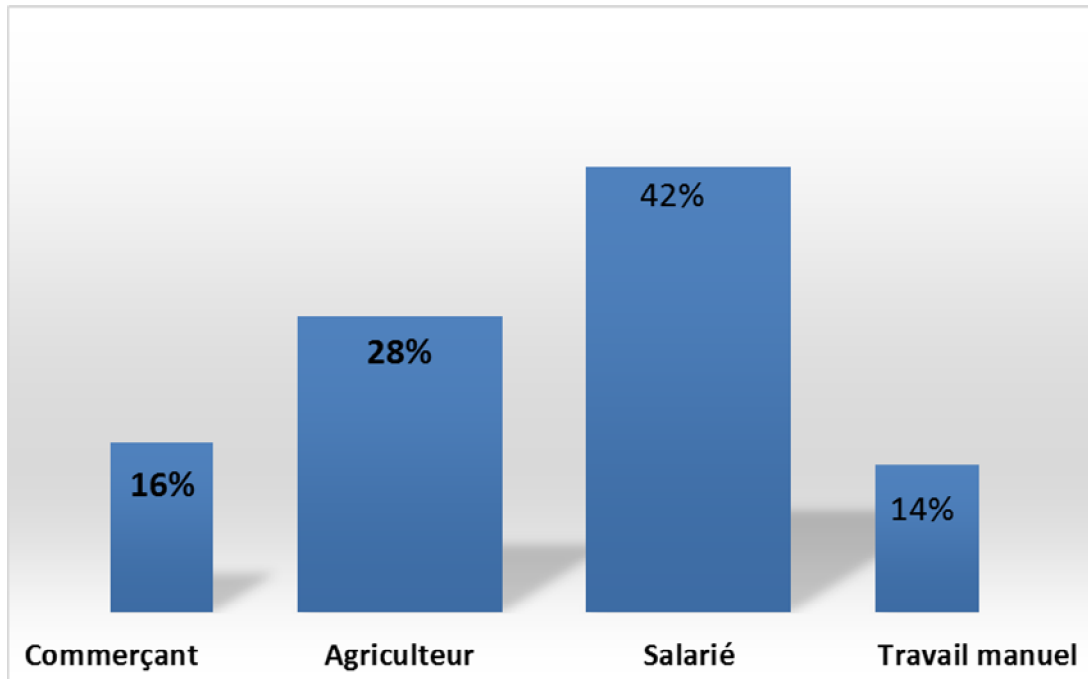


Figure 5 :-Répartition des pères selon l'activité professionnelle

h. Le niveau socio-économique :

Le revenu mensuel a été reparté en 3 catégories :

- Revenu bas ≤ 2600 DH.
- Revenu moyen entre 2600 et 7500 DH.
- Revenu élevé >7500 DH.

Dans notre étude :

- 36 femmes (36%) avaient un revenu bas.
- 64 femmes (64%) avaient un revenu moyen.

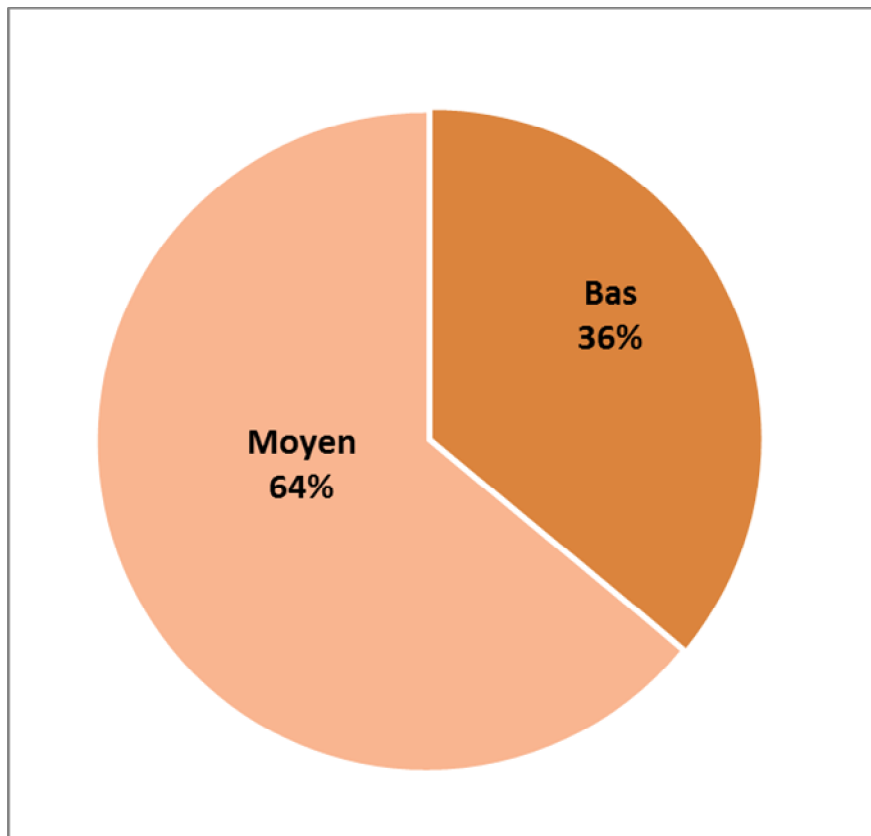


Figure 6 : Répartition selon le revenu mensuel

i. La parité :

24 femmes étaient primipares alors que la paucipartité a été retrouvée chez 35 mères, et la multiparité chez 41 parturientes.

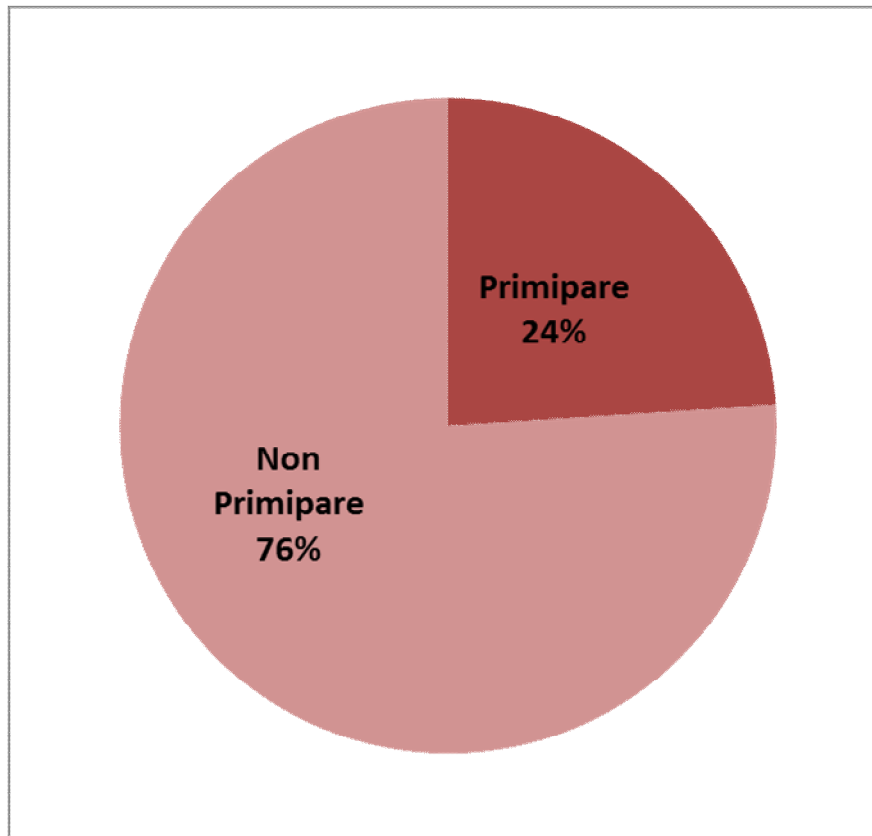


Figure 7 : Répartition des mères selon la parité

j. Le désir de la grossesse :

La répartition des femmes selon le désir de la grossesse est représentée dans le graphique 8.

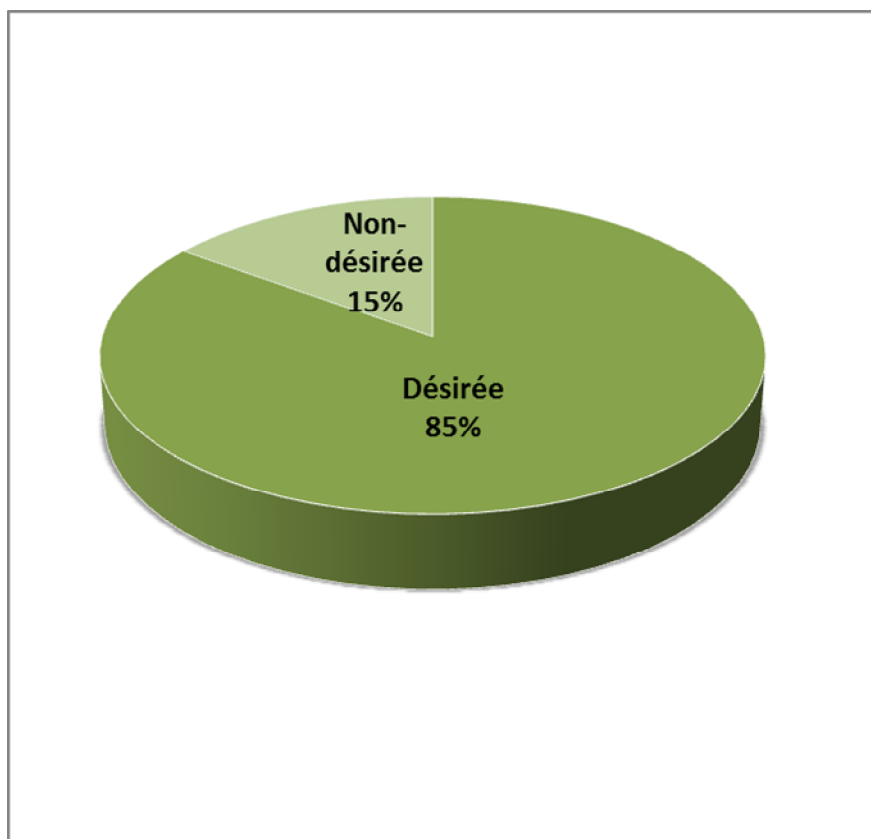


Figure 8 : Répartition des parturientes selon le désir de la grossesse

1.1.2. Le déroulement de la grossesse et consultations prénatales :

a. La prise médicamenteuse durant la grossesse :

Seulement 11% des patientes qui avaient déjà pris des médicaments durant la grossesse, à savoir les suppléments en micronutriments : vitamines et oligoéléments.

La prise de paracétamol a été aussi retrouvée.

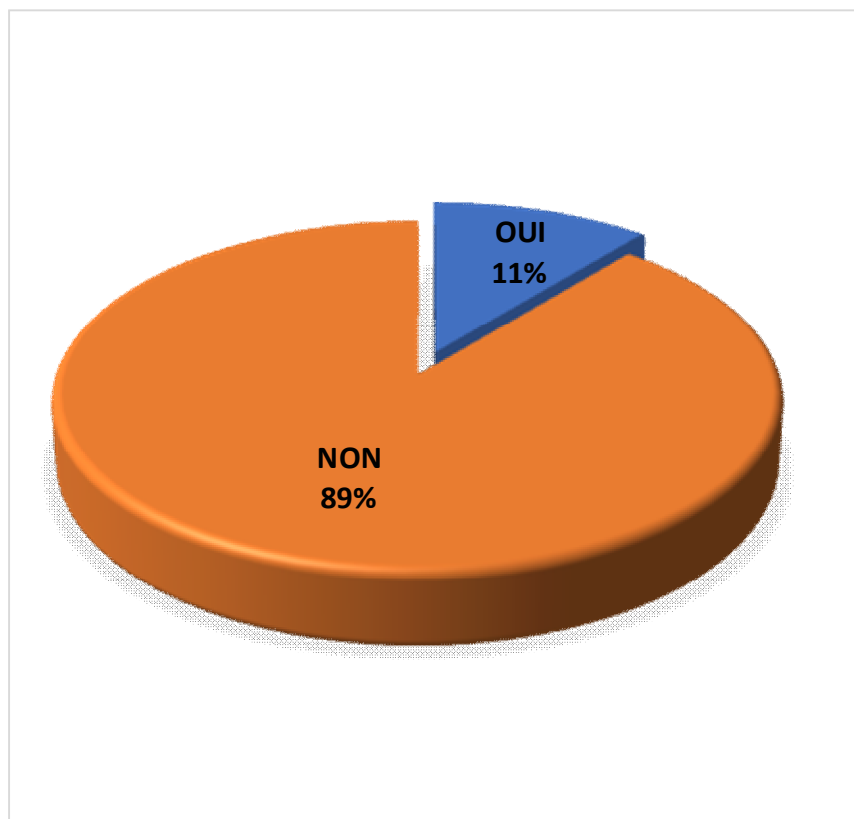


Figure 9 : Répartition selon prise médicamenteuse

b. Le nombre des consultations prénatales :

Toutes les femmes ont bénéficié au moins d'une consultation prénatale, 57 d'entre elles avaient bénéficié de 4 consultations.

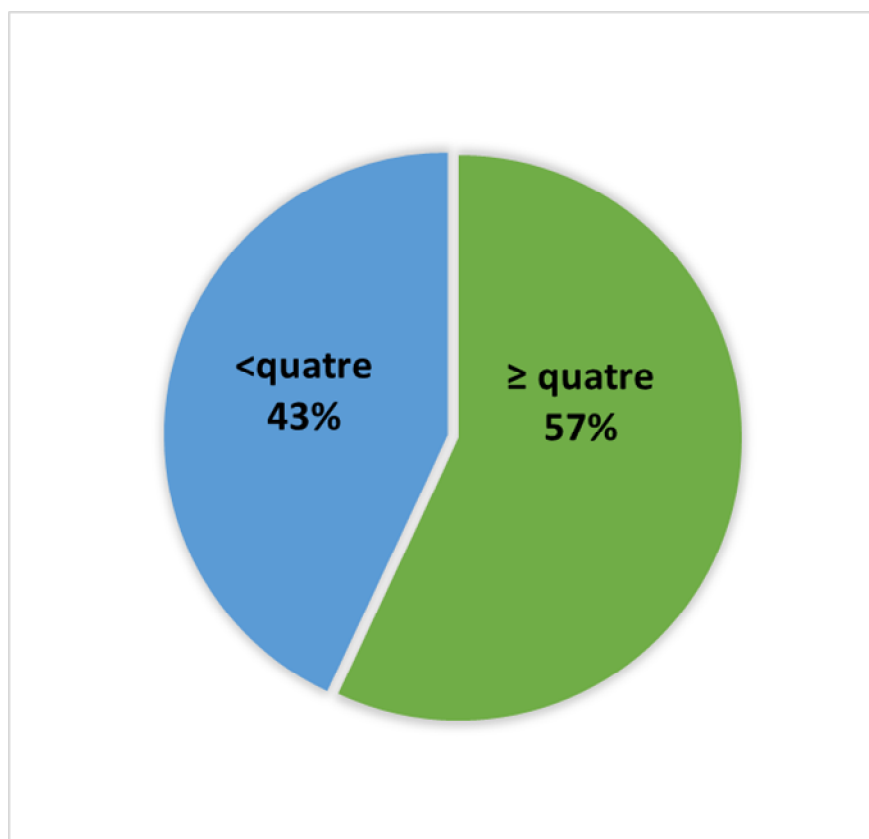


Figure 10 : Répartition des femmes selon le nombre des consultations prénatales

c. Lieu de consultation :

Le suivi de la grossesse s'est déroulé pour 49% des mères dans le secteur public et pour 51% dans le secteur privé.

d. Le professionnel de santé ayant assuré la consultation :

43% des parturientes avaient fait les consultations chez un médecin généraliste et 23% des femmes ont bénéficié d'un suivi par un gynécologue et 34% étaient suivies par un professionnel de santé paramédical.

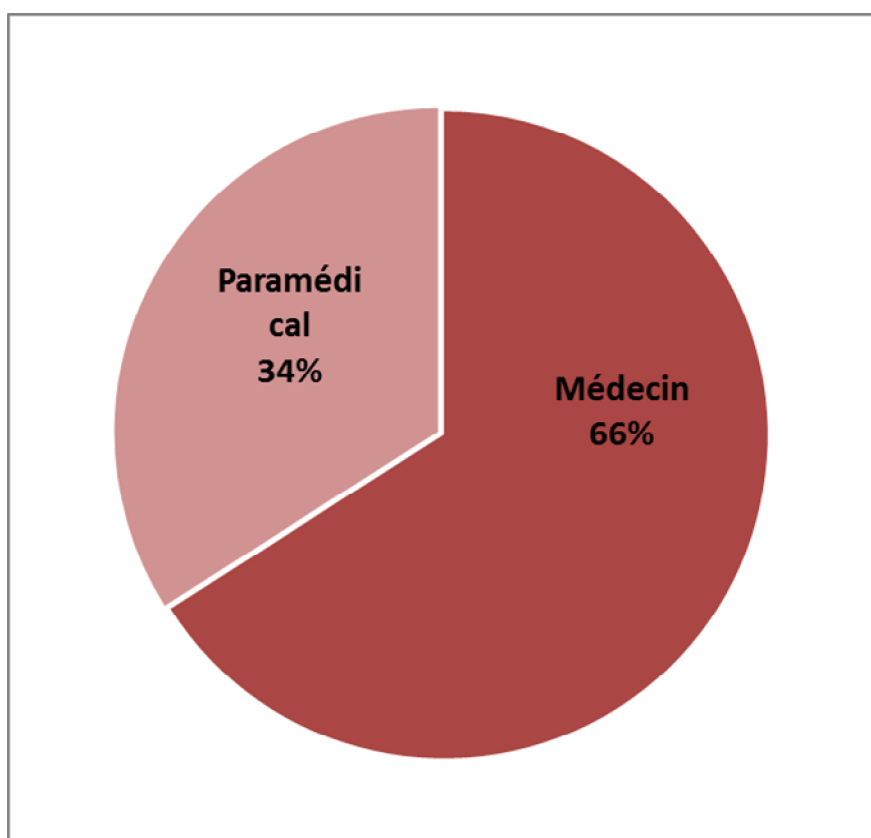


Figure 11 : Répartition des consultations selon le profil du professionnel de santé

e. Le conseil prénatal :

Seules 34 femmes ont bénéficié des conseils sur l'allaitement maternel lors du suivi de la grossesse.

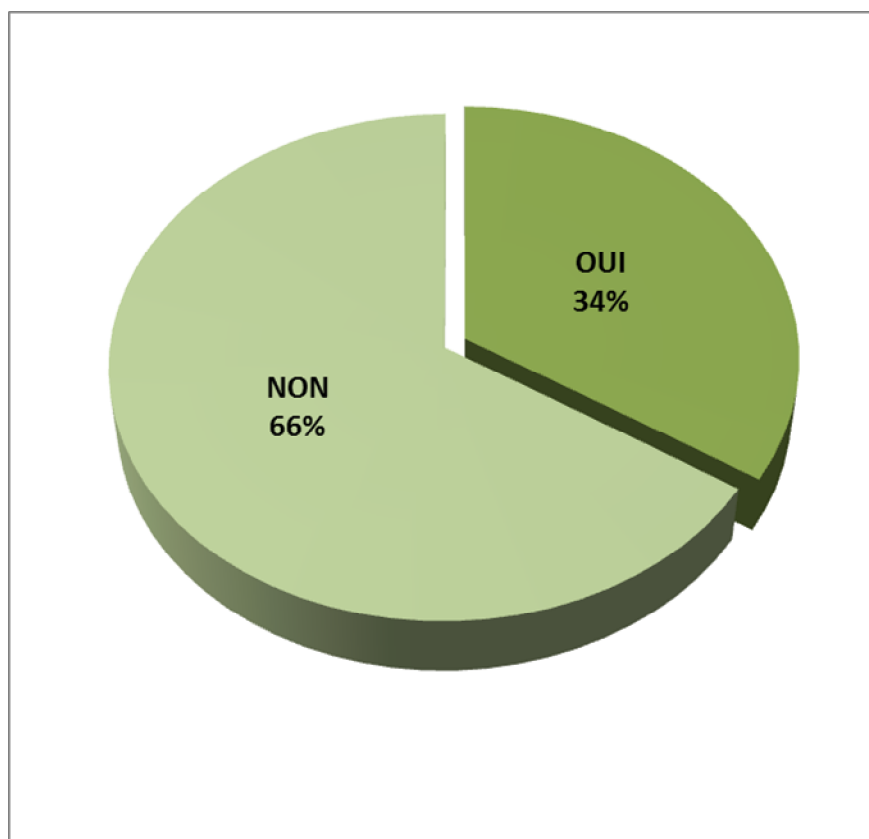


Figure 12 : Répartition des mères selon le conseil prénatal

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

a. L'horaire de l'accouchement :

Les accouchements ont eu lieu entre 6 H et 14 H dans 43% des cas, et entre 14H et 22H dans 37% des cas et entre 22H et 6H dans 20 %.

b. Le poids du nouveau-né :

Les nouveau-nés eutrophiques représentaient 67% de l'échantillon, les macrosomes représentaient 14% et les hypotrophes 19%.

La taille moyenne des nouveau-nés était : $49\text{cm} \approx 33 \pm 3$.

Le périmètre céphalique moyen était : $34\text{cm} \pm 2$.

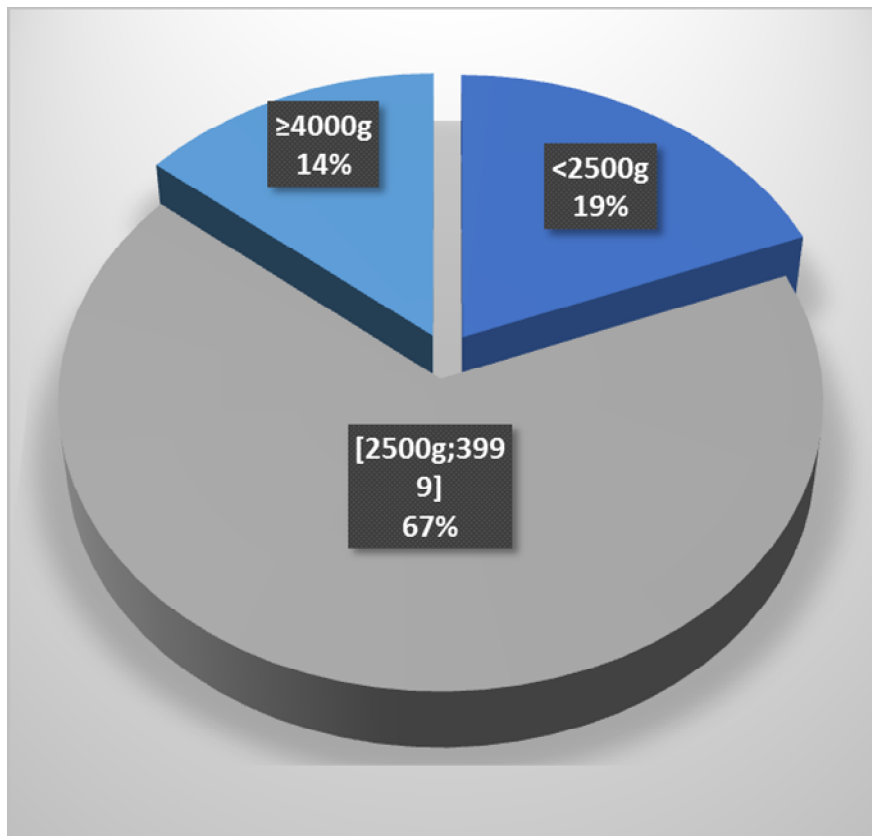


Figure 13 : Répartition selon le poids du nouveau-né

c. Le sexe du nouveau-né :

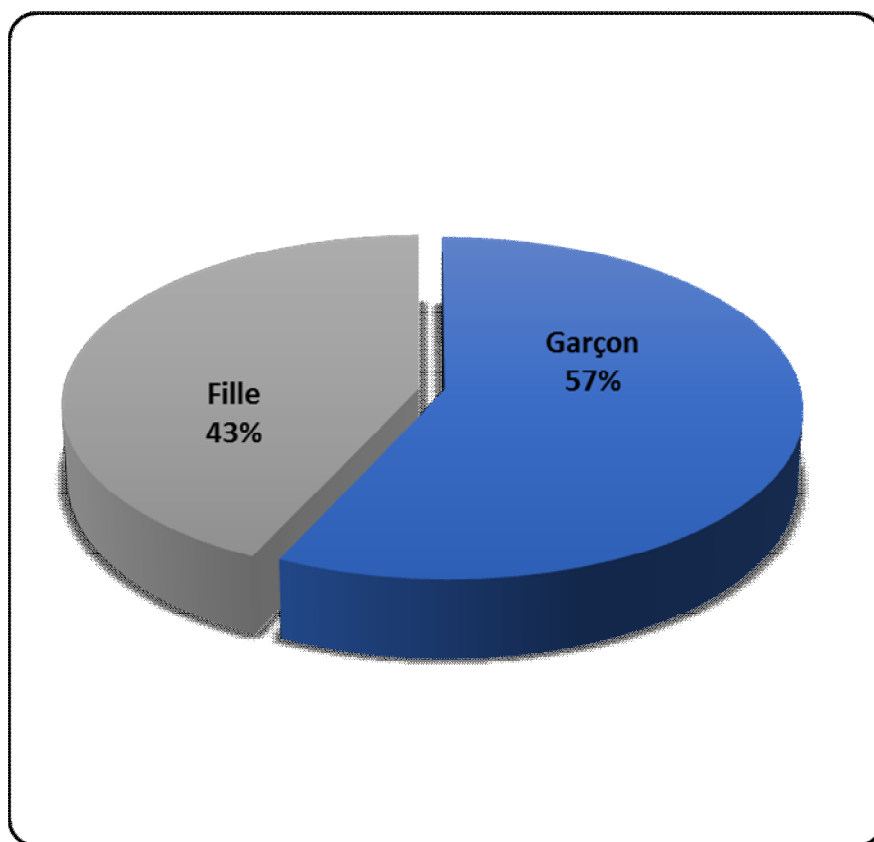


Figure 14 : Répartition selon le sexe du nouveau-né

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

a. La durée de l'allaitement maternel antérieur :

76% des mères paucipares ou multipares ont déclaré avoir vécu l'expérience d'un allaitement au sein. Parmi elles, 83% ont allaité au-delà de 6 mois.

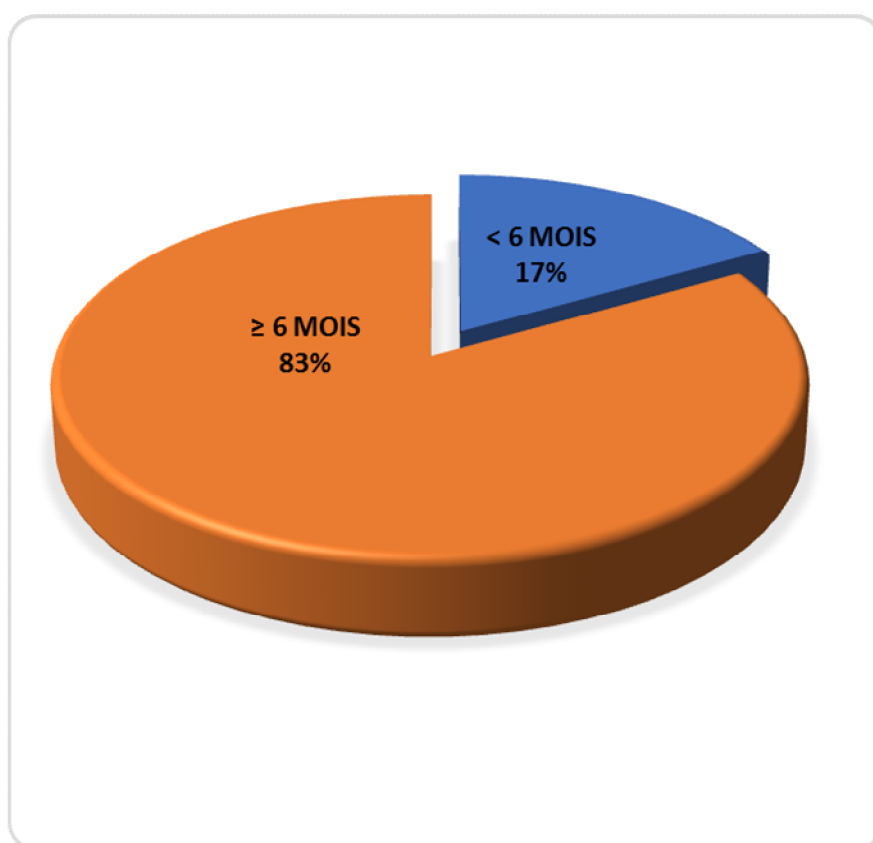


Figure 15 : Répartition selon la durée de l'allaitement maternel de la fratrie

b. La mise au sein précoce de la fratrie :

Les femmes qui ont réussi à donner le sein précocement à leurs bébés lors d'une expérience antérieure étaient 29 mères, et celles qui ont donné le sein après une heure étaient en nombre de 47 mamans.

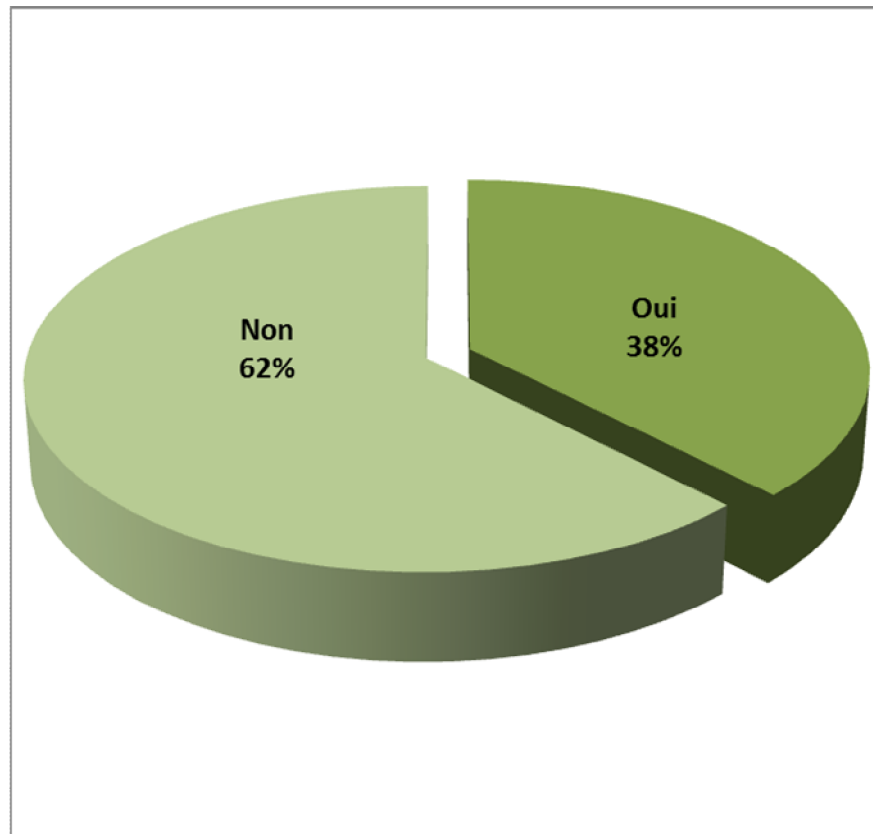


Figure 16 : -Répartition selon l'horaire de la mise au sein de la fratrie

c. La durée de l'allaitement maternel exclusif :

D'après les mères interrogées, 40% d'entre elles avaient poursuivi l'allaitement maternel exclusif durant les 6 premiers mois de vie.

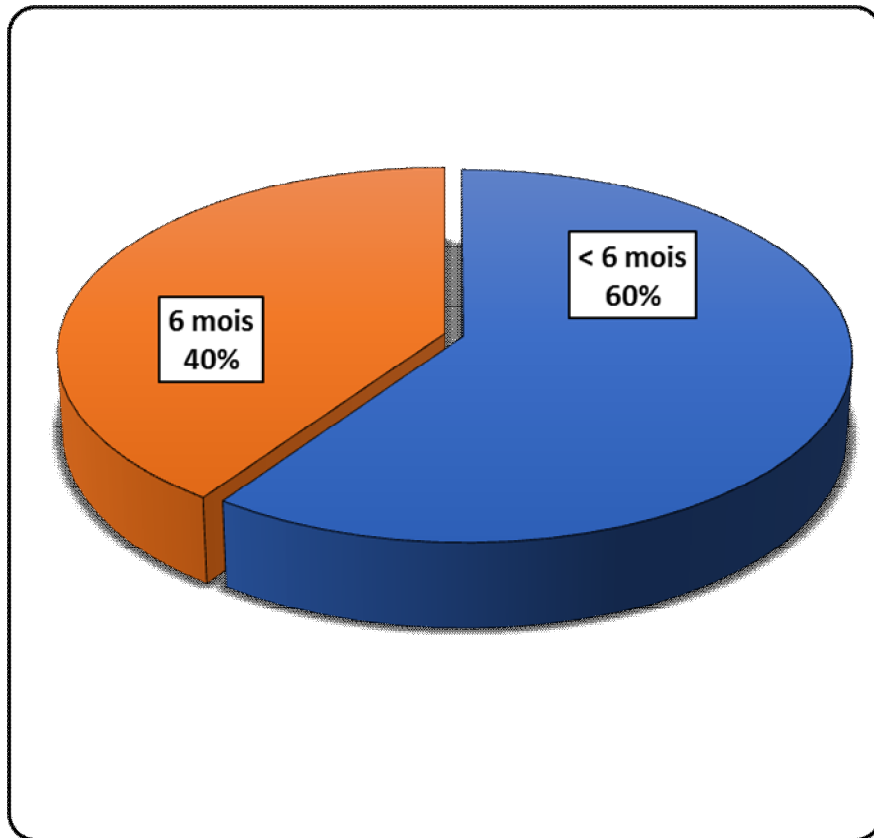


Figure 17 : Répartition selon la durée de l'allaitement maternel exclusif de la fratrie

d. L'allaitement de la mère elle-même :

Presque la majorité des mères (97%), déclaraient être allaitées au sein.

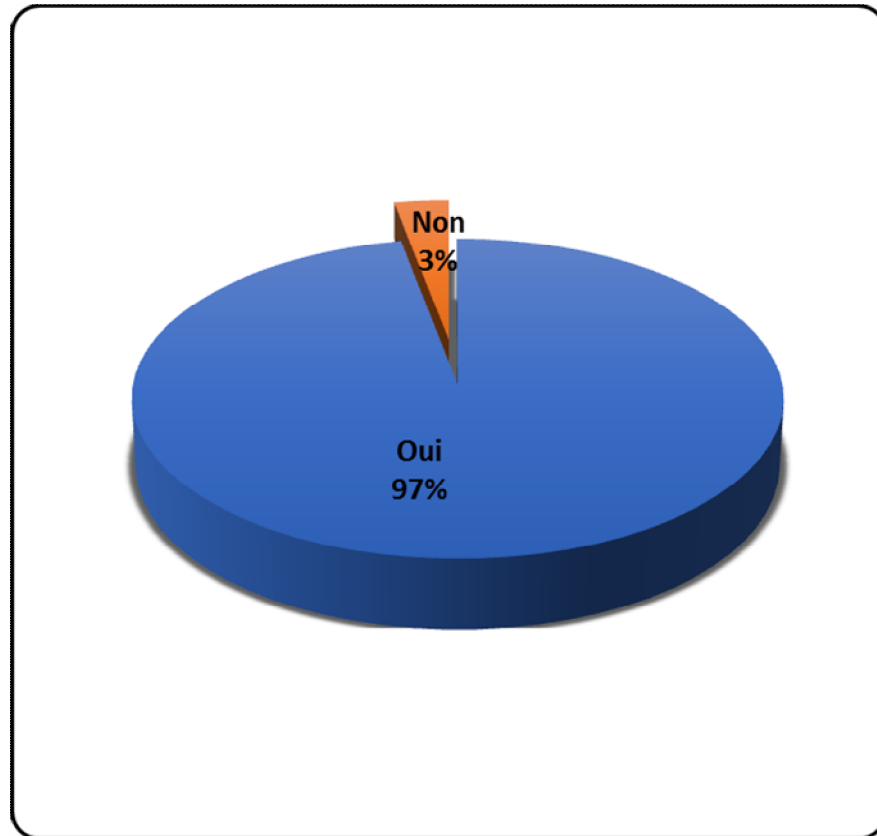


Figure 18 : Répartition selon l'allaitement maternel de la mère elle-même

e. Les causes d'arrêt de l'allaitement antérieur :

La moitié des mères (49%) n'avaient rencontré aucun problème et ont continué de donner le sein jusqu'à l'âge de 2 ans.

Quant aux autres (51%), ont expliqué l'arrêt de l'allaitement au sein par l'insuffisance lactée (40%), la fatigue maternelle (35%), le refus de prise du sein par le bébé (21%) et les crevasses (4%).

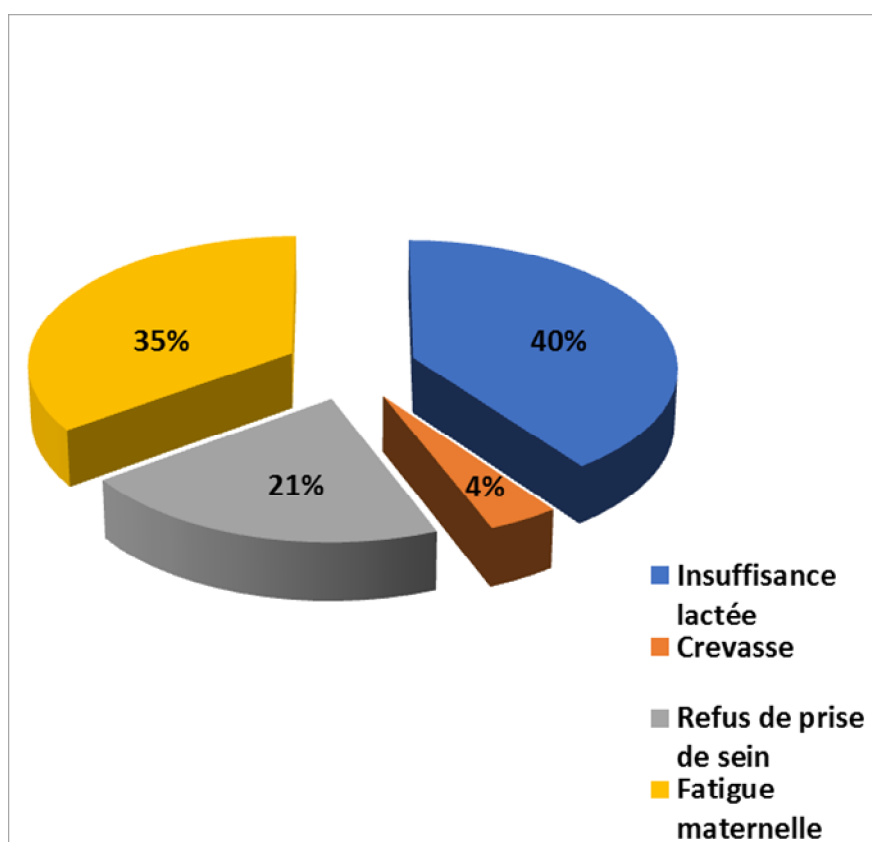


Figure 19 : Répartition des causes d'arrêt de l'allaitement maternel antérieur

1.1.5. Les connaissances des mères et leurs pratiques en matière de l'allaitement maternel :

a. Les bénéfices de l'allaitement maternel :

Il ressort de cette étude que toutes les femmes interrogées (100%) savaient que le lait maternel est l'aliment de choix pour le nouveau-né et qu'il est bénéfique pour la santé de l'enfant.

Les mères choisissaient l'allaitement au sein pour des raisons différentes : 97% d'entre elles déclaraient qu'elles préfèrent le lait naturel pour ces bénéfices sur la santé de l'enfant notamment il protège l'enfant contre les infections, assure un bon développement mental et diminue l'incidence des maladies allergiques.

Tandis que 68% des mères le préfèrent pour des raisons économiques car le lait artificiel est couteux. Et ainsi 29 % des parturientes pensaient que l'allaitement au sein favorise une relation intime et affectueuse entre la mère et son enfant. Seulement 13% des mères choisissaient d'allaiter au sein par motivation personnelle.

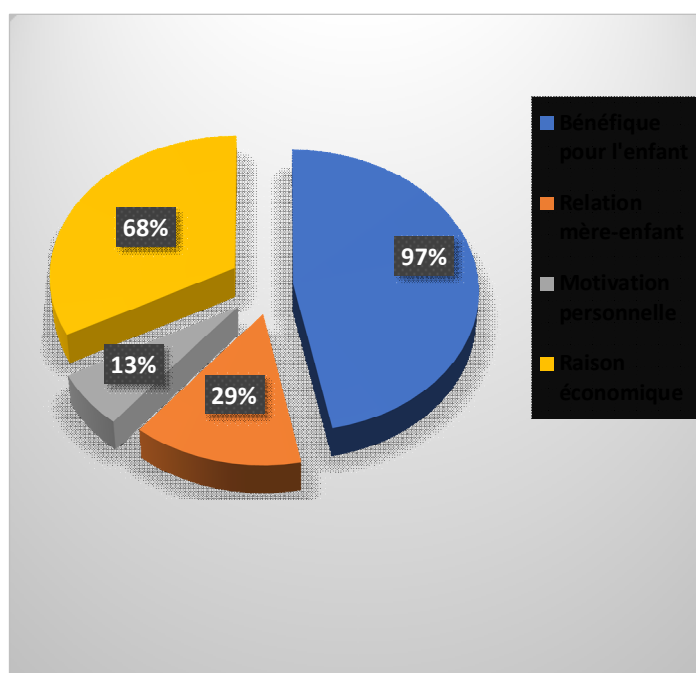


Figure 20 : Motivations du choix de l'allaitement maternel selon les parturientes

La majorité des femmes (96%), savaient que l'allaitement maternel est bénéfique pour la santé de la mère et parmi les avantages annoncées par les parturientes : il protège contre le cancer du sein, il favorise l'involution utérine et diminue le risque d'hémorragie en post-partum et permet comme moyen contraceptif de ménager les intervalles entre les grossesses.

b. Les bénéfices du colostrum :

75% des mères, savaient que le colostrum existe et 69% d'entre elles déclaraient qu'il est bénéfique pour la santé du bébé, il le protège notamment contre les infections.

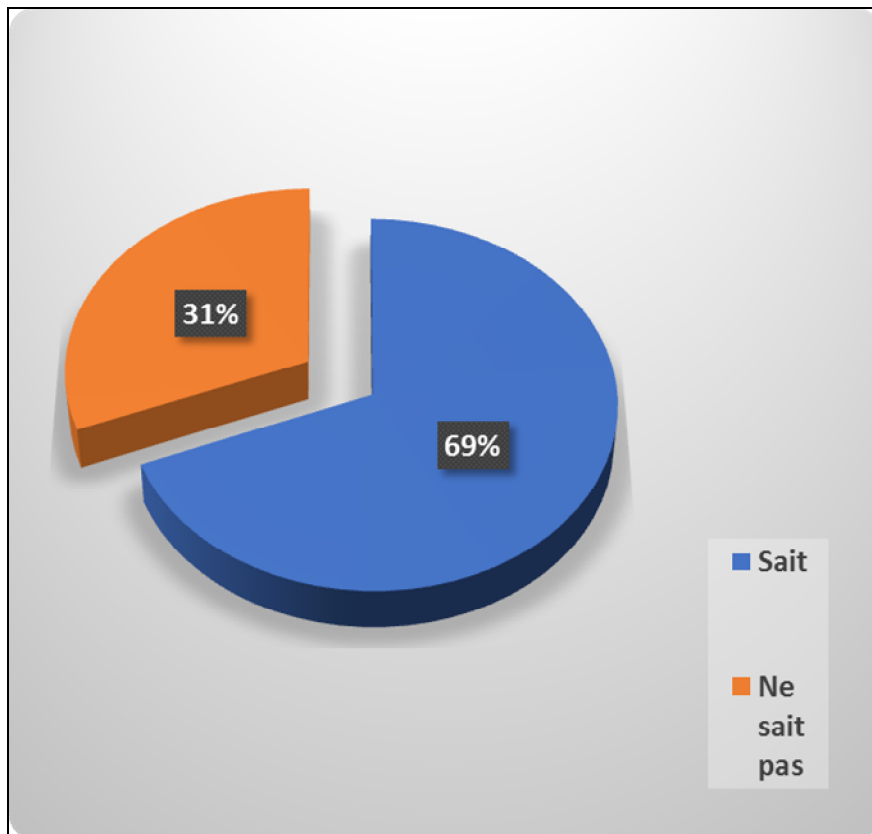


Figure 21 : Les connaissances des enquêtées concernant la valeur du colostrum

c. Le moment de choix du type d'alimentation :

Concernant le moment de choix du mode d'alimentation de leurs bébés, 74% des mamans avaient choisi le mode d'alimentation de leurs bébés en préconceptionnel, et 26% avaient pris la décision après la conception.

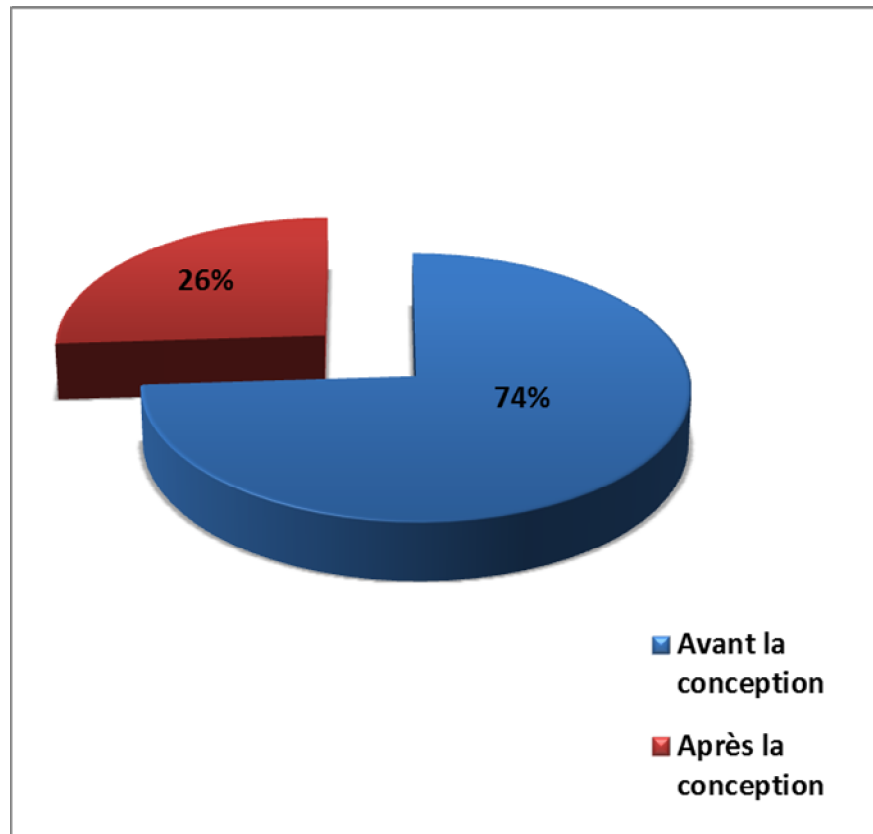


Figure 22 : Le moment de choix du mode d'alimentation

d. Le mode d'alimentation initialement choisi par mère :

Concernant le premier aliment donné au nouveau-né après sa naissance, 73% de bébés ont reçu le lait maternel, tandis que 20% ont reçu une tisane (verveine), 6% de l'eau sucrée et 1% du lait artificiel avant la première mise au sein.

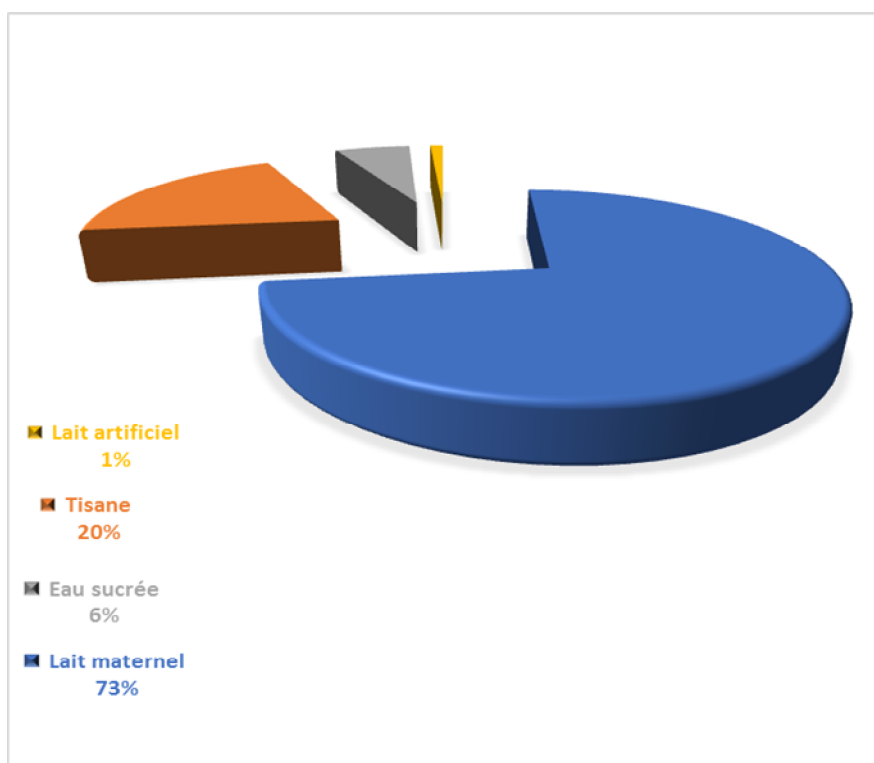


Figure 23 : Répartition des réponses des parturientes concernant l'alimentation du bébé avant la première mise au sein

e. L'importance de la mise au sein immédiate :

Quant à la mise au sein à la première heure après l'accouchement, 90% des parturientes étaient pour et présentaient une motivation à donner le sein immédiatement après l'accouchement sans pour autant connaître les raisons. Alors qu'en pratique seulement 25 femmes parmi les 100 avaient donné le sein dans la première heure.

f. L'hygiène des seins :

L'hygiène de sein était bien entretenue pour 99% des femmes.

g. Le nombre envisagé de tétées :

Concernant le nombre envisagé de tétées, toutes les mères savaient qu'il faut donner le sein à la demande et non pas selon des horaires fixes.

h. La durée envisagée de l'allaitement maternel :

Plus de $\frac{3}{4}$ des femmes (77%) comptaient allaiter au-delà de 12 mois, contre 23% moins de 1 an.

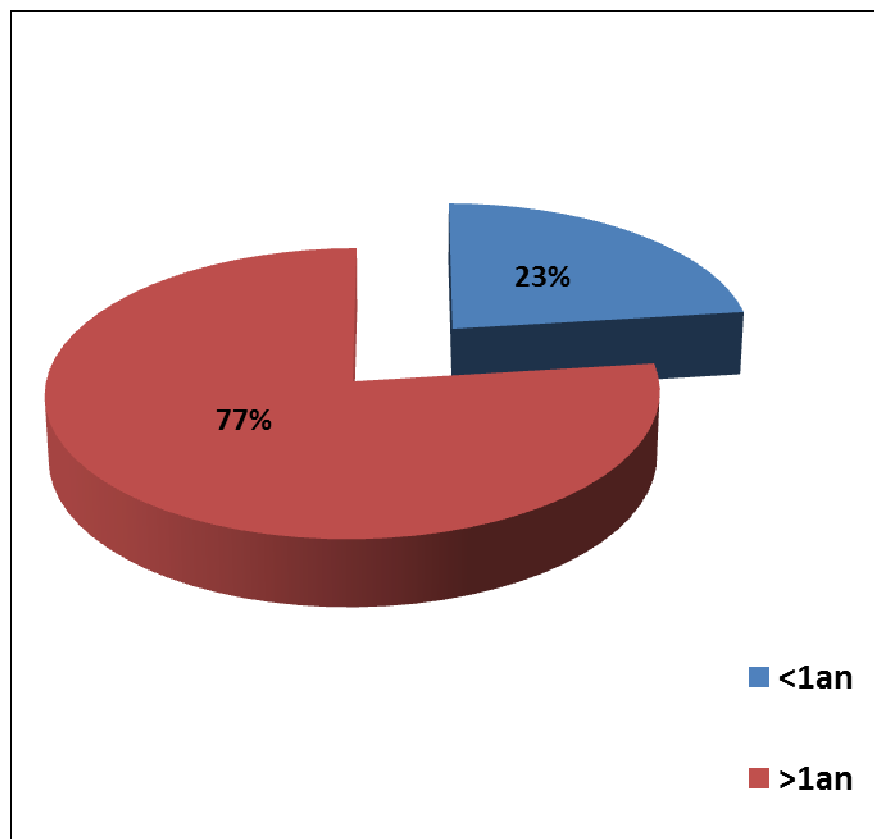


Figure 24 : La durée envisagée de l'allaitement maternel

i. L'âge de la diversification alimentaire :

La diversification alimentaire était envisagée avant le sixième mois par 15% des mères et à partir du sixième mois par 85% d'entre elles.

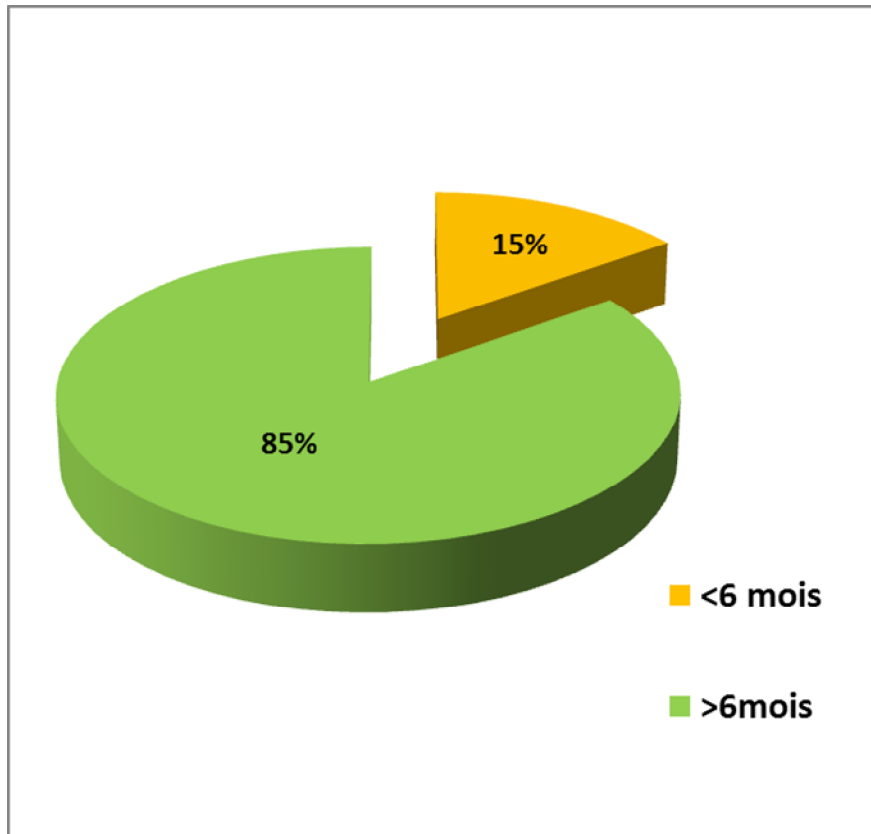


Figure 25 : L'âge de la diversification alimentaire

j. La modalité de conservation du lait maternel au réfrigérateur :

Seulement 7% savaient la modalité de conservation du lait maternel au réfrigérateur.

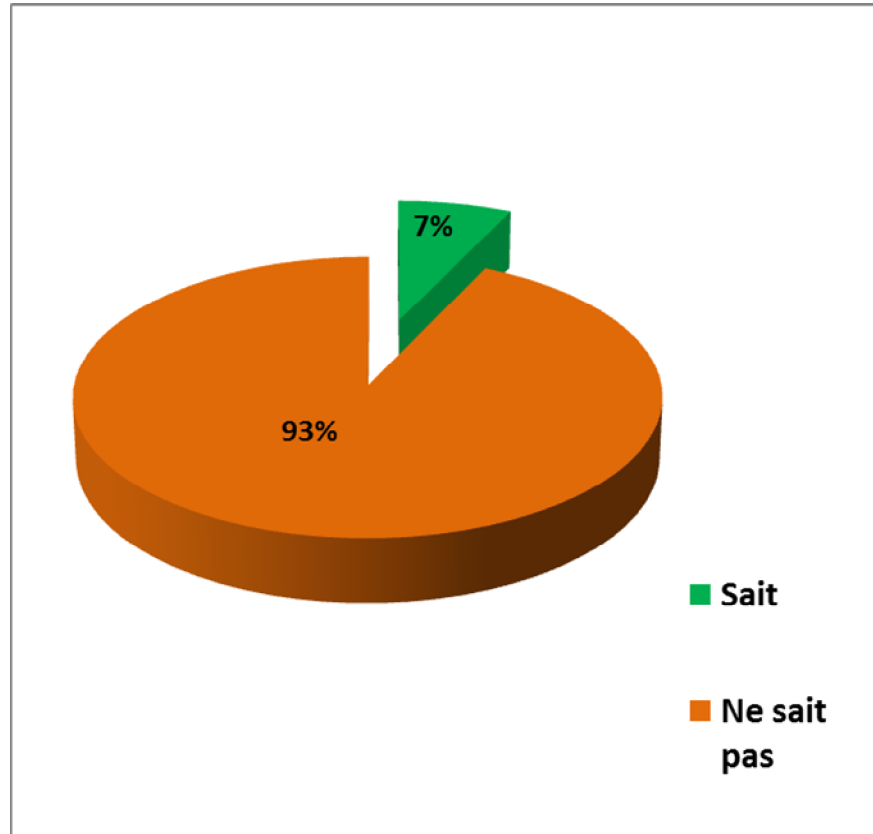


Figure 26 : La modalité de conservation du lait maternel

k. Les raisons de choix du lait artificiel :

Parmi les raisons avancées par le groupe de femmes qui désiraient ou qui avaient choisi le lait artificiel comme mode d'alimentation de leurs bébés, on trouve :

- Le lait artificiel assure une meilleure satiété et croissance du bébé (51%),

- Fatigue maternelle (30%),
- Absence de montée laiteuse (10%),
- Absence de bouts de seins ou chirurgie mammaire (7%) ,
- Expérience antérieure négative vis-à-vis de l'allaitement maternel (2%).

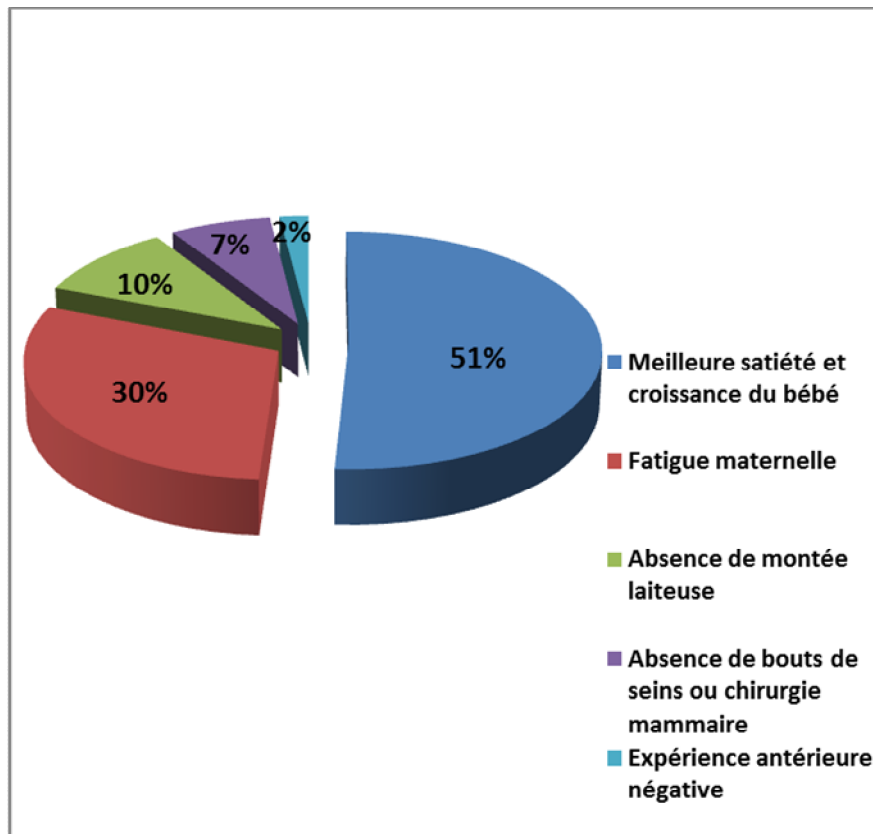


Figure 27 : Les raisons de choix du lait artificiel

1. Les raisons d'administration d'autres liquides non lactés :

En outre, les raisons d'administration d'autres liquides non lactés (une tisane ou l'eau sucrée) étaient selon les parturientes :

- Prévention des coliques pour 40% des parturientes,
- Pour bien dormir 29%,
- Bénéfique pour la santé du nouveau-né 27%,
- Et dans 4% de cas la tisane ou l'eau sucrée étaient recommandée par la sage-femme.

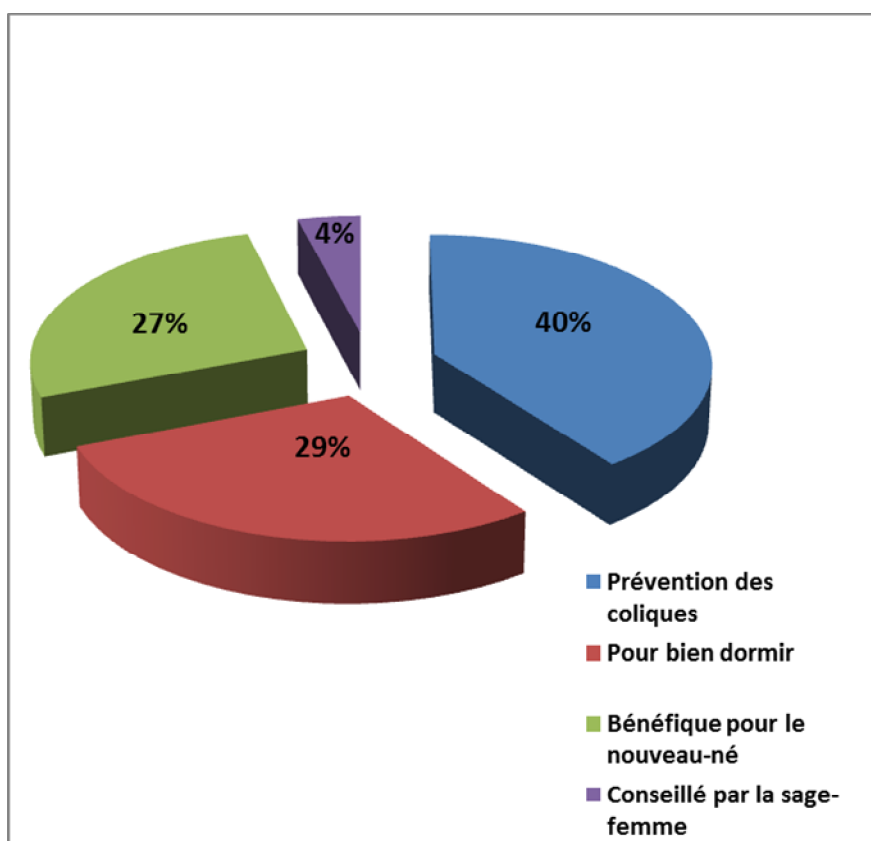


Figure 28 : Les raisons d'administration d'autres liquides non lactés

m. La source de l'information :

La source d'information au sujet de l'allaitement maternel était représentée essentiellement par l'entourage familial (mère, le conjoint, la belle-mère, sœur, voisine ...) dans 65% des cas, tandis que les professionnels de la santé n'y ont contribué que dans 33% des cas, et deux mères déclaraient avoir acquis par auto-information des connaissances sur l'allaitement.

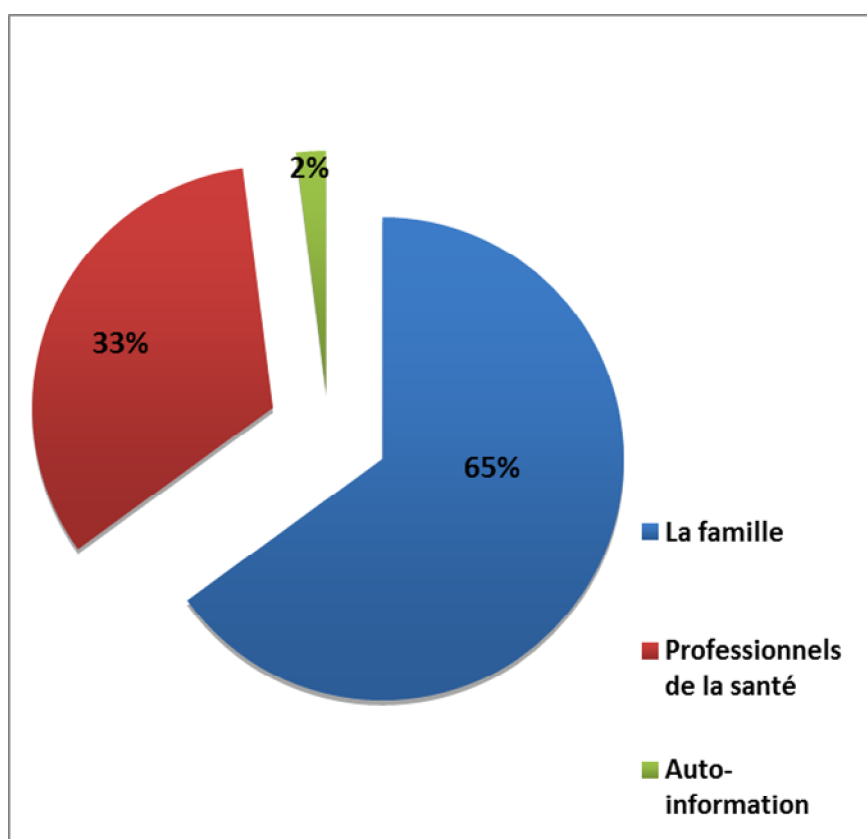


Figure 29 : La source de l'information des parturientes en matière de l'allaitement maternel

n. Les contre-indications de l'allaitement maternel :

❖ VIH :

75 femmes (75%) ont optées pour la suspension de l'allaitement maternel, par contre 25% ne savaient pas répondre sur la question.

❖ HÉPATITE VIRALE C OU B :

Presque la majorité 95% des parturientes ne savaient rien sur la question, tandis que 5% ont été contre la suspension de l'allaitement au sein.

❖ LA TUBERCULOSE :

Les mères qui ont optées pour la suspension de l'allaitement maternel ont représentées 30% femmes, par contre 70% n'ont pas su la réponse.

❖ LES MALADIES MATERNELLES CHRONIQUES :

Dix femmes (10%), ont choisi le sevrage systématique de l'allaitement maternel, contre 90% n'ont pas su répondre à la question.

❖ UTILISATION DE CERTAINS MÉDICAMENTS :

La majorité 71% des femmes ne savait rien sur la question, tandis que, 21% ont optées pour la suspension de l'allaitement maternel, par contre 8% ont été contre la suspension.

1.2. De la mise au sein en maternité:

1.2.1. *L'incidence de la mise au sein précoce:*

Dans notre échantillon de 100 couples mère-enfant, une mise au sein à la première heure a été observée chez 25 femmes (25%).

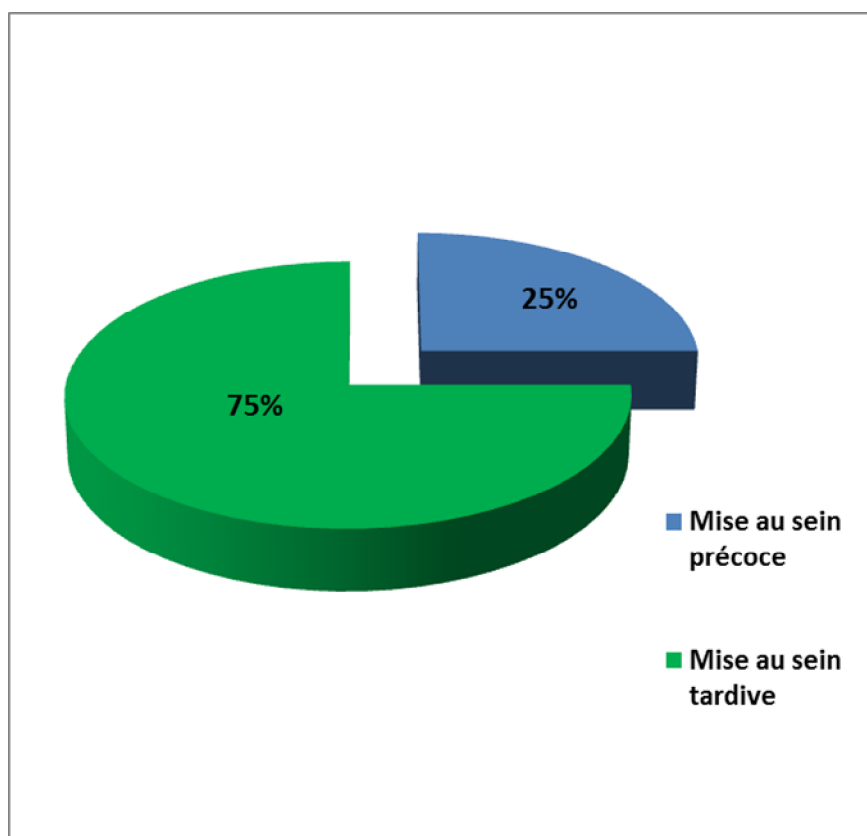


Figure 30 : Incidence de la mise au sein précoce

1.2.2. Description des parturientes selon l'horaire de la mise au sein:

Le tableau 1 rapporte l'horaire de la mise au sein selon la parité, l'horaire d'accouchement, le poids et le sexe du nouveau-né.

Tableau 1 : L'horaire de la mise au sein selon certaines caractéristiques obstétricales

Critère	Mise au sein précoce (Nbre/%)	Mise au sein tardive (Nbre/%)
Parité :		
Primipare	3 (12,5%)	21 (87,5%)
Non primipare	22(28,9%)	54 (71,1%)
Horaire d'accouchement		
[6h ; 14h [	10(23,3%)	33 (76,7%)
[14h ; 22h [	8 (21,6%)	29 (78,4%)
[22h ; 6h [	7 (35,0%)	13 (65,0%)
Poids du nouveau-né		
<2500g	0(0.0%)	19(100%)
[2500 ; 3999]	25(37 ,3%)	42(62,7%)
>=4000g	0(0.0%)	14(100%)
Sexe du nouveau-né		
Garçon	11 (19,3%)	46(80,7%)
Fille	14(32,6%)	29 (67,4%)

Le tableau 2 décrit l'horaire de la mise au sein avant 1 heure de vie, selon l'origine géographique, le niveau d'instruction des parents et le niveau socio-économique.

Tableau 2 : L'horaire de la mise au sein selon certaines caractéristiques socio-démographiques

Critère	Mise au sein précoce (Nbre/%)	Mise au sein tardive (Nbre/%)
Origine géographique		
Rural	11 (23,9%)	35 (76,1%)
Urbain	14 (25,9%)	40 (74,1%)
Niveau d'instruction de la mère		
Analphabète	9 (36,0%)	16(64,0%)
Scolarisée	16 (21,3%)	59 (78,7%)
Niveau d'instruction du père		
Analphabète	9 (56,2%)	7 (43,8%)
Scolarisé	16 (19,0%)	68(81,0%)
Niveau socio-économique		
Bas	6 (16,7%)	30(83,3%)
Moyen	19(30,2%)	44 (69,8%)

1.2.3. Les raisons de la mise au sein précoce :

Les raisons invoquées par les femmes qui ont donné le sein à leurs bébés dans la première heure suivant l'accouchement on retrouve :

- Bénéfique pour le nouveau-né :38% des cas.
- Conseillé par la famille : 32% des cas.
- Conseillé par un professionnel de la santé : 30% des cas.

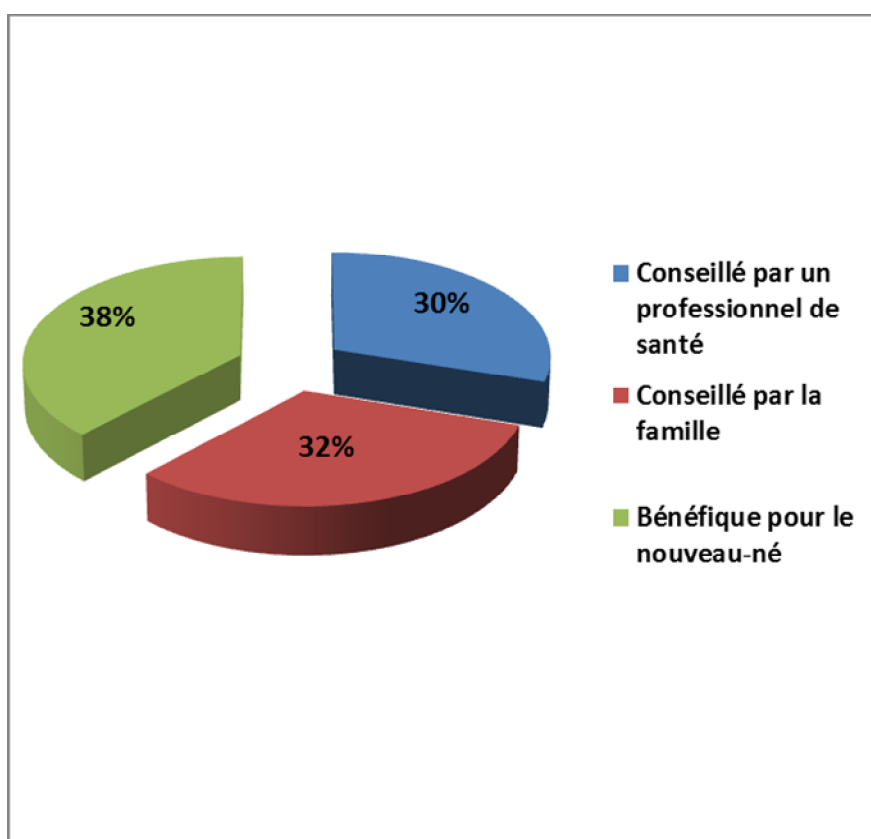


Figure 31 : Répartition des facteurs favorisant la mise au sein précoce évoqués par les mères

1.2.4. Les causes du retard de la mise au sein précoce :

Les causes du retard de mise au sein précoce évoquées par les mères on retrouve :

- Retard de remise du bébé à sa mère : 34% des cas.
- Fatigue maternelle : 26% des cas.
- Refus de prise de sein par le bébé : 23% des cas.
- Absence du lait selon la mère : 17% des cas.

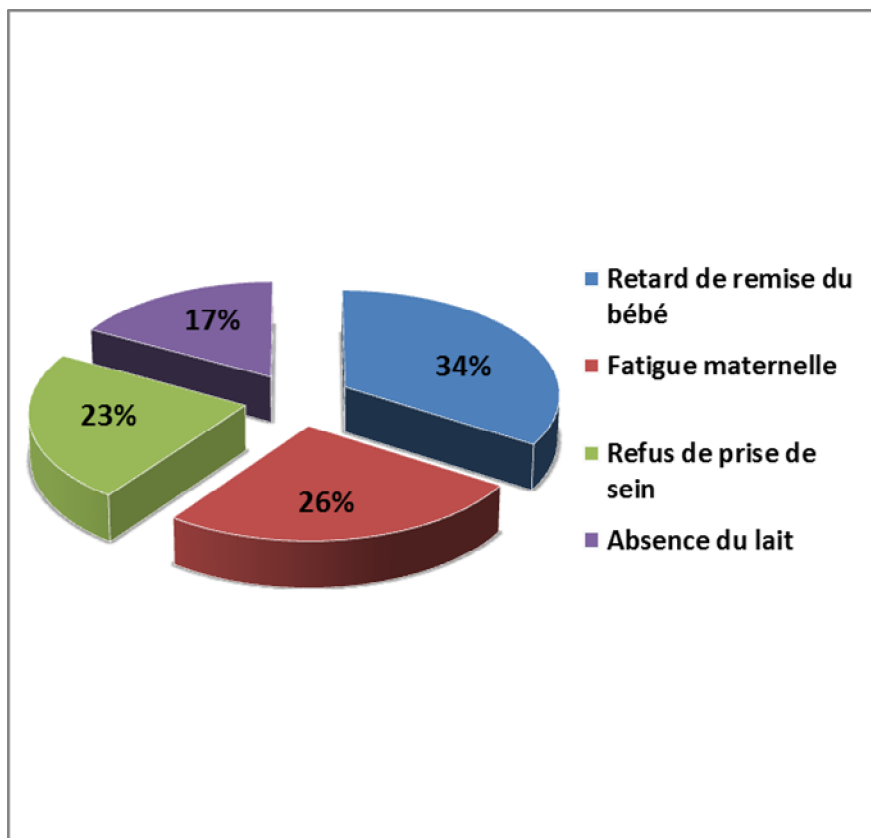


Figure 32 : Les causes du retard de la mise au sein avancées par les femmes

2. Les données analytiques par rapport à la mise au sein précoce :

2.1. Analyse de l'impact de caractéristiques sociodémographiques et obstétricales sur la mise au sein précoce :

2.1.1. Les caractéristiques sociodémographiques :

a. L'âge des mères:

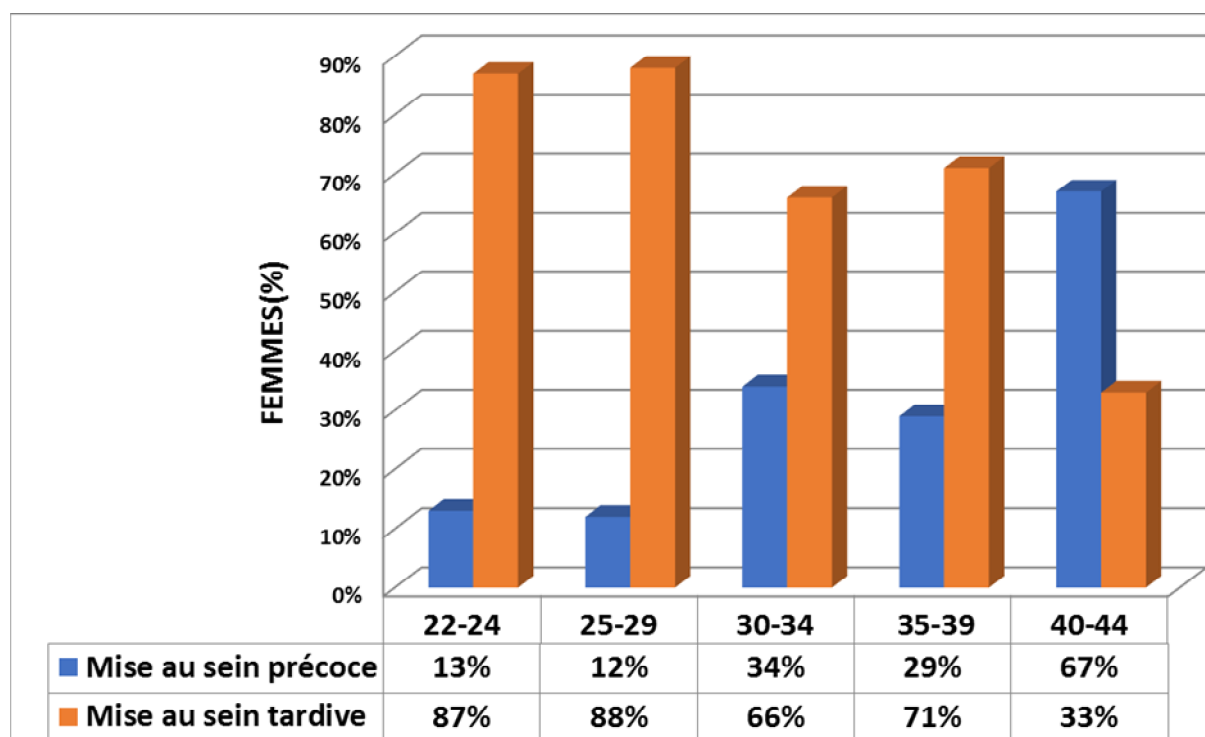


Figure 33: Influence de l'âge des mères sur la mise au sein précoce

Dans notre étude, le taux de la mise au sein précoce est associé de façon significative à l'âge maternel ($p=0.02$), les femmes âgées de 30ans et plus, ont plus tendance à allaiter à la première heure suivant l'accouchement que les femmes plus jeunes.

b. L'origine géographique :

Tableau 3 : Influence de l'origine géographique sur la mise au sein précoce

Critère	Mise au sein précoce	Mise au sein tardive	p
Rural	11(23,9%)	35(76,1%)	0,5
Urbain	14(25,9%)	40(74,1%)	

Il n'existe pas de relation significative entre l'origine des femmes et la mise au sein précoce ($p=0,5$).

c. Le niveau d'instruction de la mère :

Tableau 4 : Influence du niveau d'instruction de la mère sur la mise au sein précoce

Critère	Mise au sein précoce	Mise au sein tardive	p
Analphabète	9(36,0%)	16(64,0%)	0,1
Scolarisée	16(21,3%)	59(78,7%)	

Le démarrage de l'allaitement maternel variait en fonction du niveau d'instruction de la mère sans être significatif ($p=0.1$), les femmes analphabètes ont plus tendance à allaiter que les femmes scolarisées.

d. Le niveau d'instruction du père :

Tableau 5 : Influence du niveau d'instruction du père sur la mise au sein précoce

Critère	Mise au sein précoce	Mise au sein tardive	p
Analphabète	9(56,3%)	7(43,8%)	0,02
Scolarisé	16(19,0%)	68(81,0%)	

Il existe une relation significative entre le niveau d'étude du père et la mise au sein précoce ($p=0,02$), puisque Les femmes dont le mari analphabète allaitent plus précocement que celles dont le mari scolarisé.

e. Le niveau socio-économique :

Tableau 6 : Influence du niveau socio-économique sur la mise au sein précoce

<u>Critère</u>	<u>Mise au sein précoce</u>	<u>Mise au sein tardive</u>	<u>p</u>
<u>Bas</u>	6 (16,7%)	30(83,3%)	0,1
<u>Moyen</u>	19(30,2%)	44 (69,8%)	

D'après nos résultats, il n'existe pas de relation significative entre le démarrage de l'allaitement maternel et le niveau socio-économique ($p=0.1$), pourtant les mères de niveau socio-économique moyen ont plus tendance à opter pour la mise au sein précoce.

f. La profession du père :

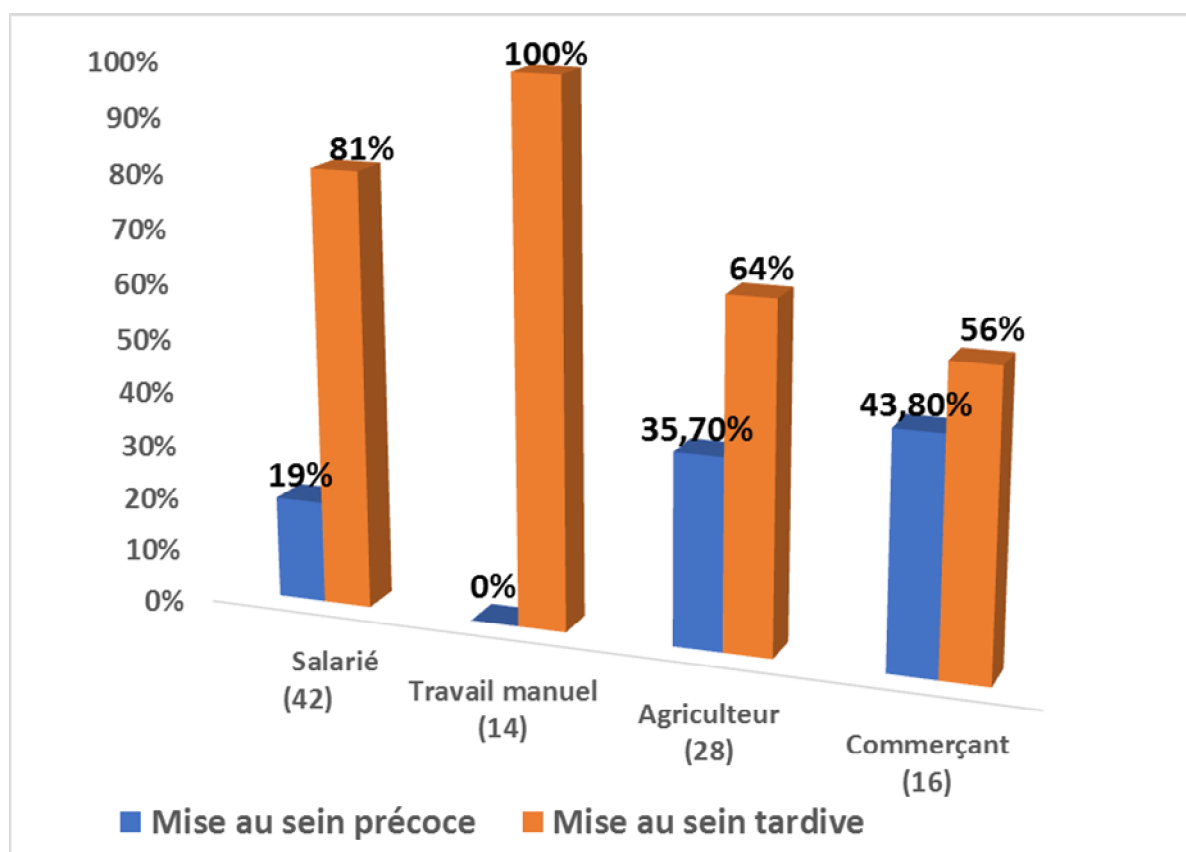


Figure 34 : Influence de la profession du père sur la mise au sein précoce

Dans notre étude, il existe une association significative entre le statut professionnel du père et la mise au sein précoce ($p=0.02$), les femmes dont le mari commerçant ou agriculteur ont plus tendance à allaiter dans la première heure suivant l'accouchement.

2.1.2. Les caractéristiques obstétricales :

a. La parité :

Tableau 7 : Influence de la parité sur le démarrage de l'allaitement maternel

Critère	Mise au sein précoce	Mise au sein tardive	p
Primipare	3 (12,5%)	21 (87,5%)	0.08
Non primipare	22(28,9%)	54 (71,1%)	

Les primipares allaitent moins précocement que les multipares.

b. La trophicité :

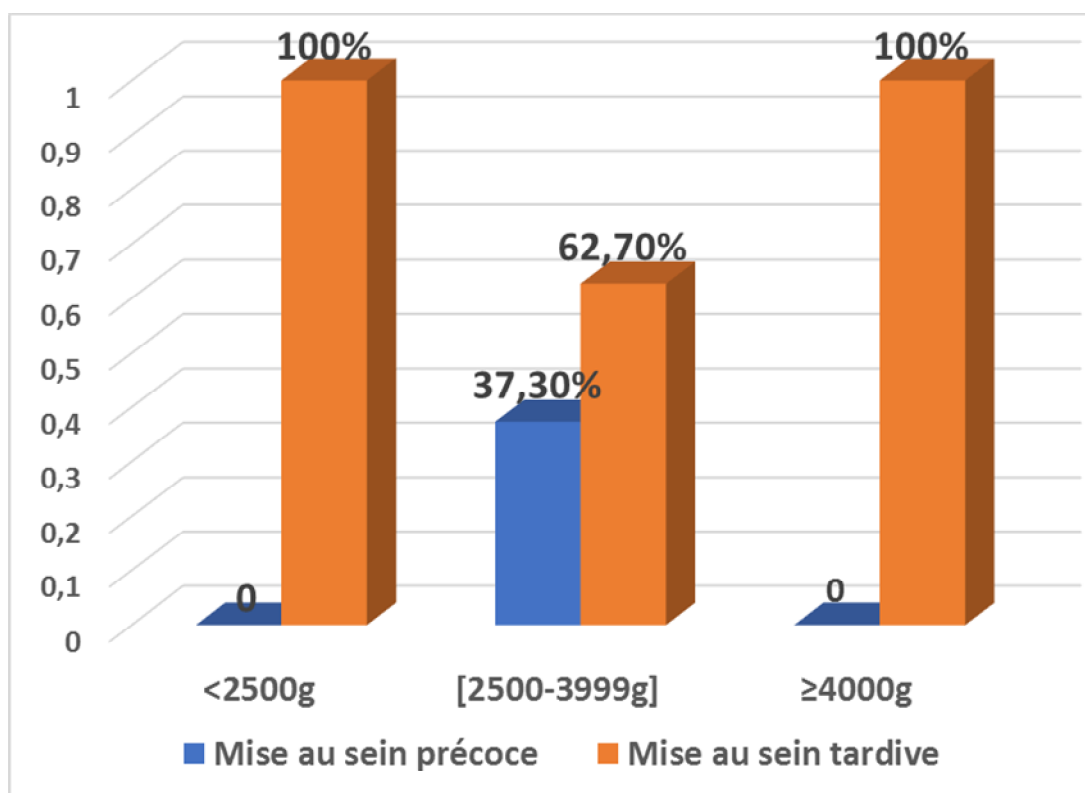


Figure 35 : Répartition de la mise au sein selon le poids du nouveau-né

Le poids du nouveau-né est lié de façon **très significative** au choix du mode d'allaitement (**p=0.000**) : les bébés dont le poids est entre 2500g et 3999g ont plus tendance à être allaités que les bébés macrosomes ou hypotrophes.

c. Le sexe du nouveau-né:

Tableau 8 : Influence du sexe de l'enfant sur démarrage de l'allaitement maternel

Critère	Mise au sein précoce	Mise au sein tardive	p
Garçon	11 (19,3%)	46(80,7%)	0.1
Fille	14(32,6%)	29 (67,4%)	

D'après nos résultats, il n'existe pas de relation significative entre le sexe du nouveau-né et le démarrage de l'allaitement maternel (p=0,1).

d. Le conseil prénatal sur l'allaitement maternel:

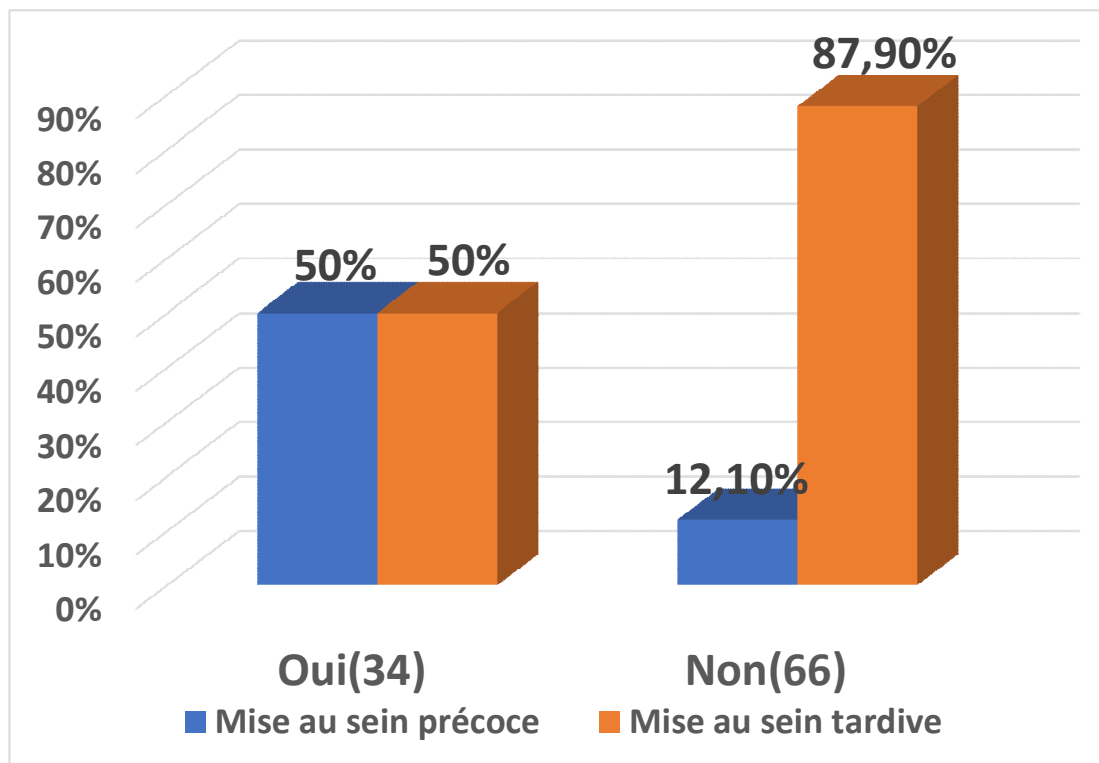


Figure 36 : Influence du conseil prénatal sur la mise au sein à la première heure

Le conseil prénatal est associé de façon **très significative** à la mise au sein précoce (**p=0,000**).

e. Le moment de choix du type d'alimentation:

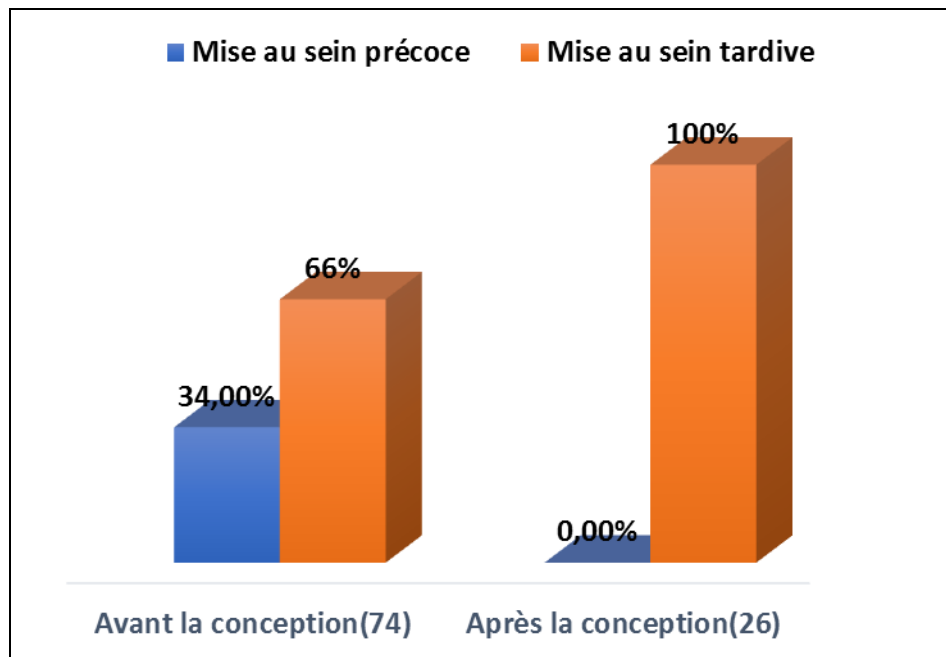


Figure 37 : Répartition de la mise au sein selon le moment de choix du mode d'alimentation

Il existe une association **très significative** entre le moment du choix du mode d'alimentation en préconceptionnel et la mise au sein précoce (**p=0.000**).

f. Le suivi médical durant la grossesse :

❖ Le nombre de consultations prénatales :

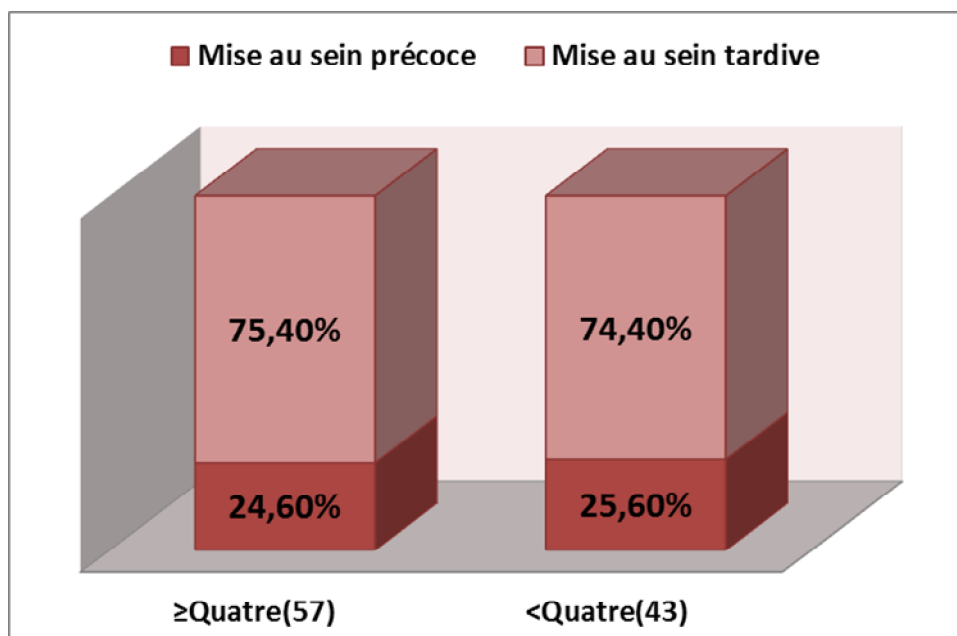


Figure 38 : Répartition de la mise au sein selon le nombre de consultations prénatales

Il n'existe pas de relation significative entre le nombre de consultation prénatales et la mise au sein précoce ($p=0,5$).

❖ **Le lieu de consultation :**

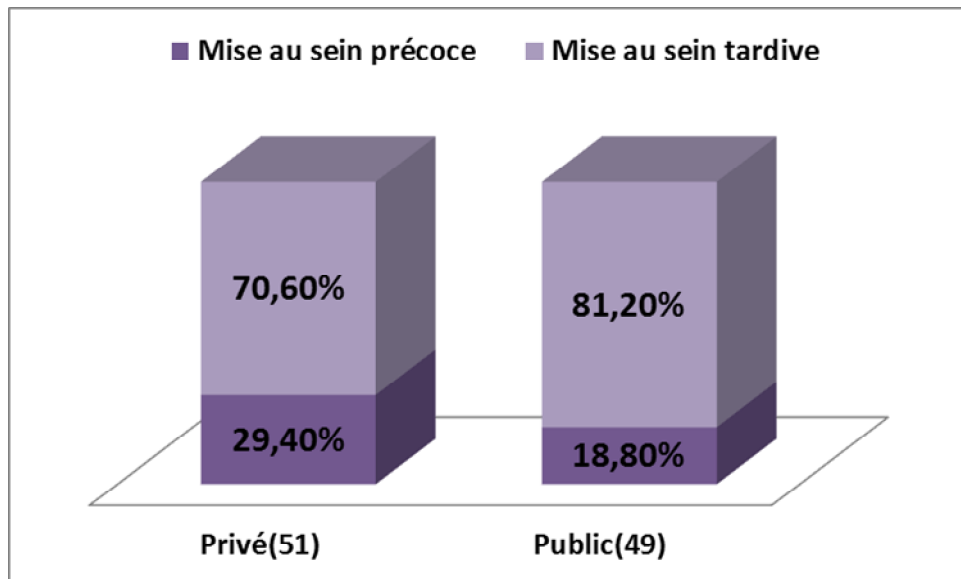


Figure 39 : Répartition de la mise au sein selon le lieu de consultation

Il n'existe pas d'association significative ($p=0,1$).

❖ Par qui la consultation a été faite :

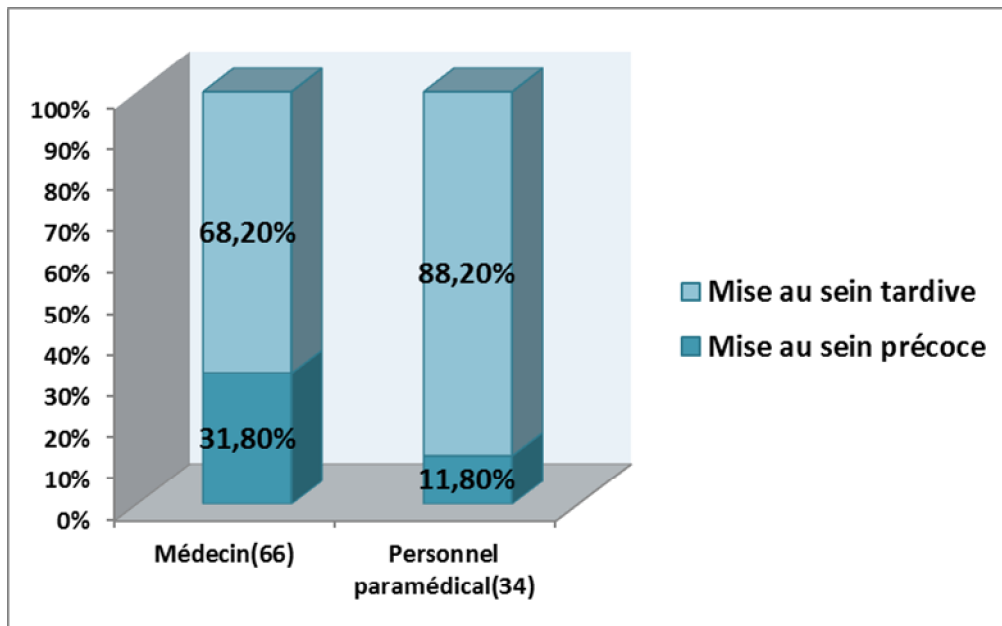


Figure 40 : Répartition de la mise au sein selon le profil du professionnel de santé

Il existe une relation **significative** ($p=0,02$), puisque les mères qui avaient bénéficié des consultations prénatales par un médecin 31,8% parmi elles, ont réussi d'allaiter leurs bébés avant la première heure.

2.2. Analyse de l'impact de l'allaitement maternel antérieur :

2.2.1. La durée de l'allaitement maternel antérieur :

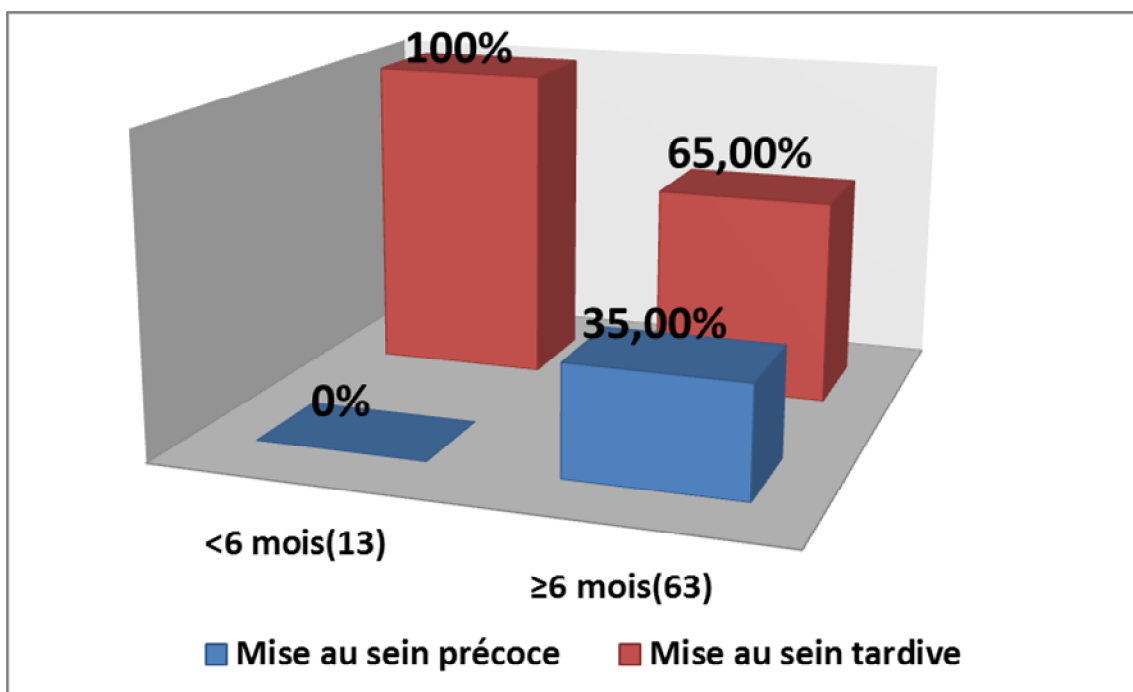


Figure 41 : Répartition de la mise au sein selon la durée de l'allaitement maternel antérieur

L'expérience d'allaitement antérieur est associée de façon **très significative** à la mise au sein avant une heure suivant l'accouchement (**p=0.01**) : une femme qui a déjà allaité 6 mois ou plus aura tendance à opter de nouveau pour l'allaitement maternel.

2.2.2. La mise au sein précoce de la fratrie:

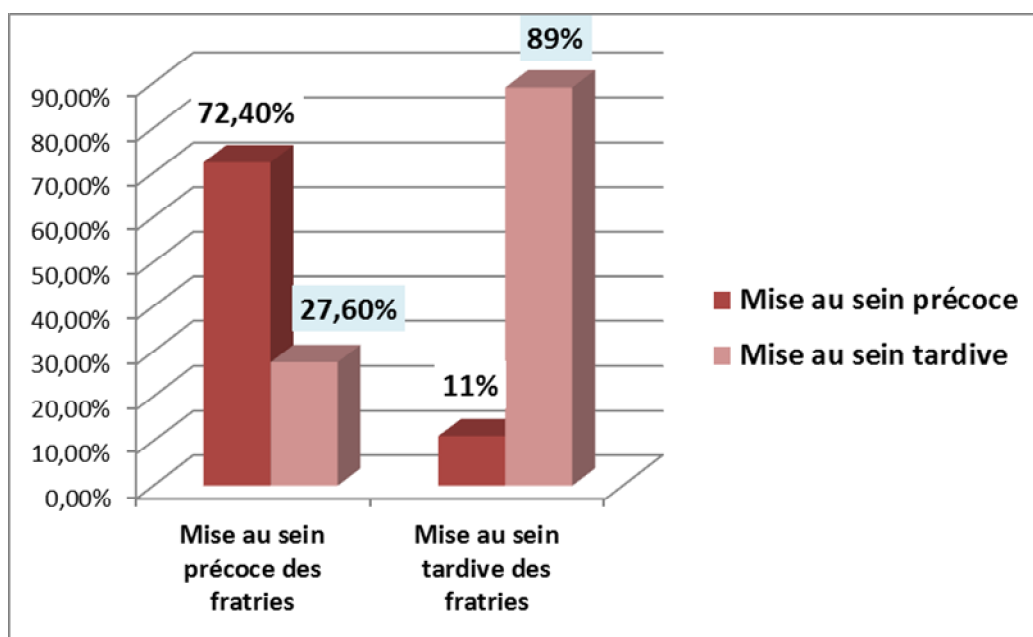


Figure 42 : Répartition de la mise au sein selon la mise au sein de la fratrie

Selon les parturientes, il s'avère que presque $\frac{3}{4}$ (72,4%) des femmes qui ont donné, lors de l'expérience antérieure, le sein à leurs bébés précocement, elles ont refait la même chose chez le bébé actuel.

On peut conclure alors, qu'il existe une association **très significative** ($p=0.000$) entre la mise au sein de la fratrie et la mise au sein actuelle.

2.2.3. L'allaitement maternel de la mère elle-même :

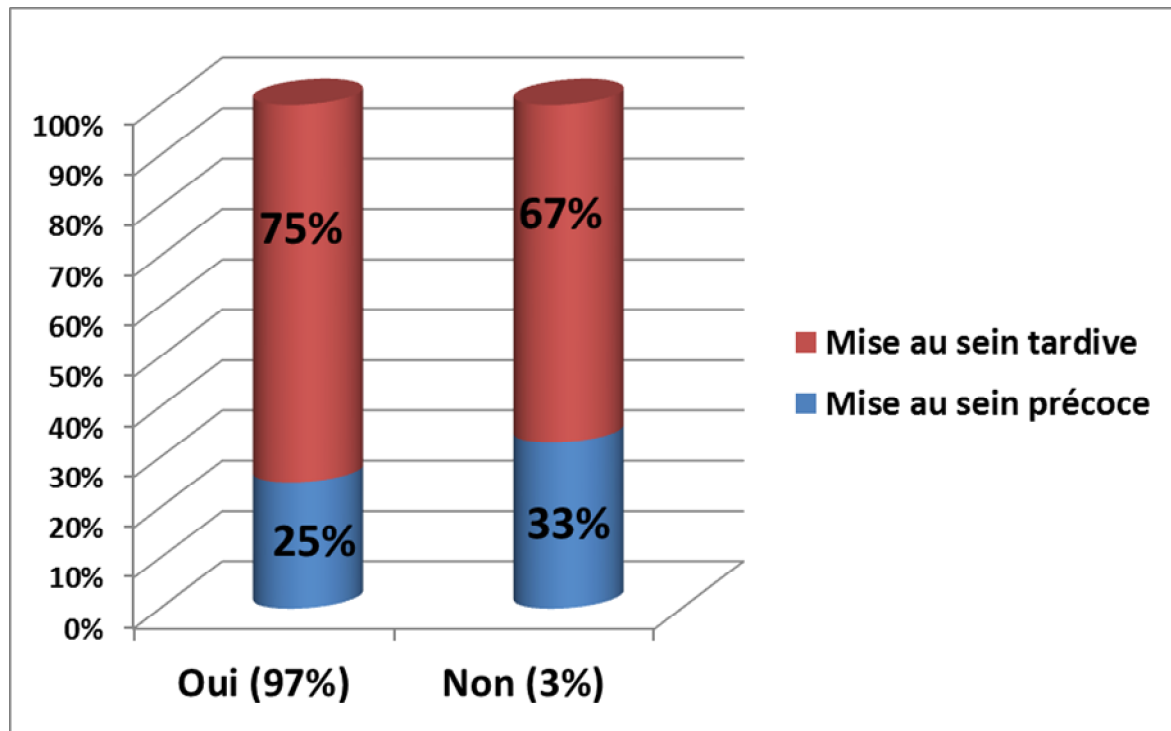


Figure 43 : Répartition de la mise au sein selon l'allaitement maternel de la mère elle-même

D'après notre étude, le fait d'avoir été allaité ou non par sa mère n'est pas associé à la mise au sein précoce ($p=0.5$)

2.3 Analyse de l'impact de la source d'information sur la mise au sein précoce:

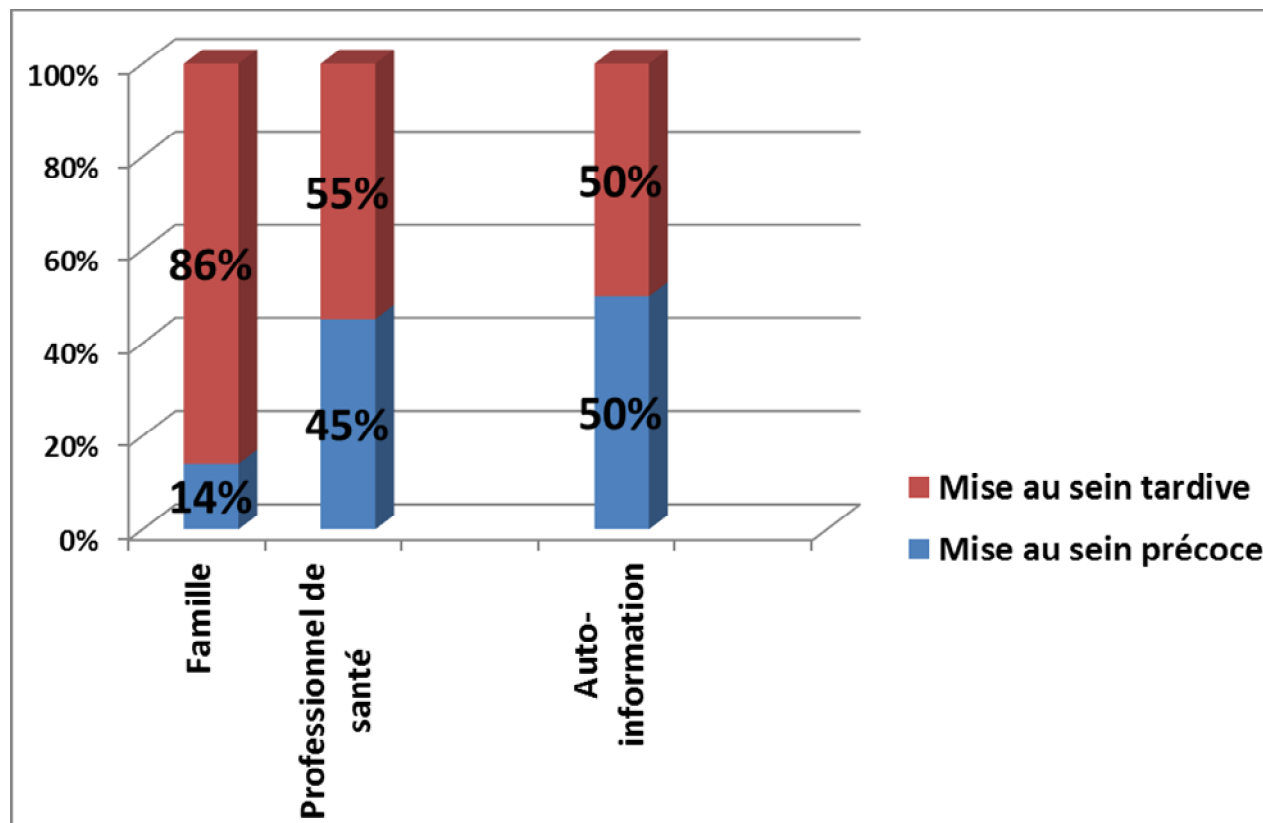


Figure 44 : L'influence de la source de l'information sur la mise au sein précoce

Il existe une **relation significative** ($p=0,02$) entre la source de l'information et la mise au sein précoce, puisque les parturientes qui ont été informées sur l'allaitement maternel par un professionnel de santé ou celles par auto-information, avaient plus de chance de donner le sein à leurs bébés avant la première heure suivant l'accouchement.

B. Enquête auprès des professionnels de santé :

1. Les caractéristiques sociodémographiques et génésiques :

a. Répartition selon le lieu d'exercice :

Durant la période de l'étude, 50 professionnels de la santé, s'occupant des couples mère-enfant, étaient inclus dans l'évaluation.

Et l'enquête, a été menée dans deux établissements, vu le nombre très limité des professionnels de santé dans la maternité de Larache, nous avons aussi inclut ceux de la maternité de Ksar Elkebir.

Leur répartition est représentée dans le tableau suivant :

Tableau 9 : Effectifs de l'échantillon des professionnels de la santé

Maternités	Effectif
Larache	30
Ksar Elkebir	20

b. L'âge :

L'âge moyen était de 34 ± 8 ans (écart type=7.88) avec des extrêmes allant de 22 à 60 ans.

c. Le sexe :

Parmi eux 14% étaient de sexe masculin et 86% de sexe féminin.

d. La situation matrimoniale :

Les professionnels de la santé mariés représentaient 71% alors que les célibataires représentaient 29%.

e. Le statut professionnel :

L'échantillon a comporté des personnels soignants de différents statuts professionnels : Des gynécologues, des médecins généralistes, des infirmiers(e), des sages-femmes, des pédiatres et des étudiants(e) en médecine faisant fonction interne.

Leurs proportions sont représentées dans le graphique ci-dessous (Figure 50).

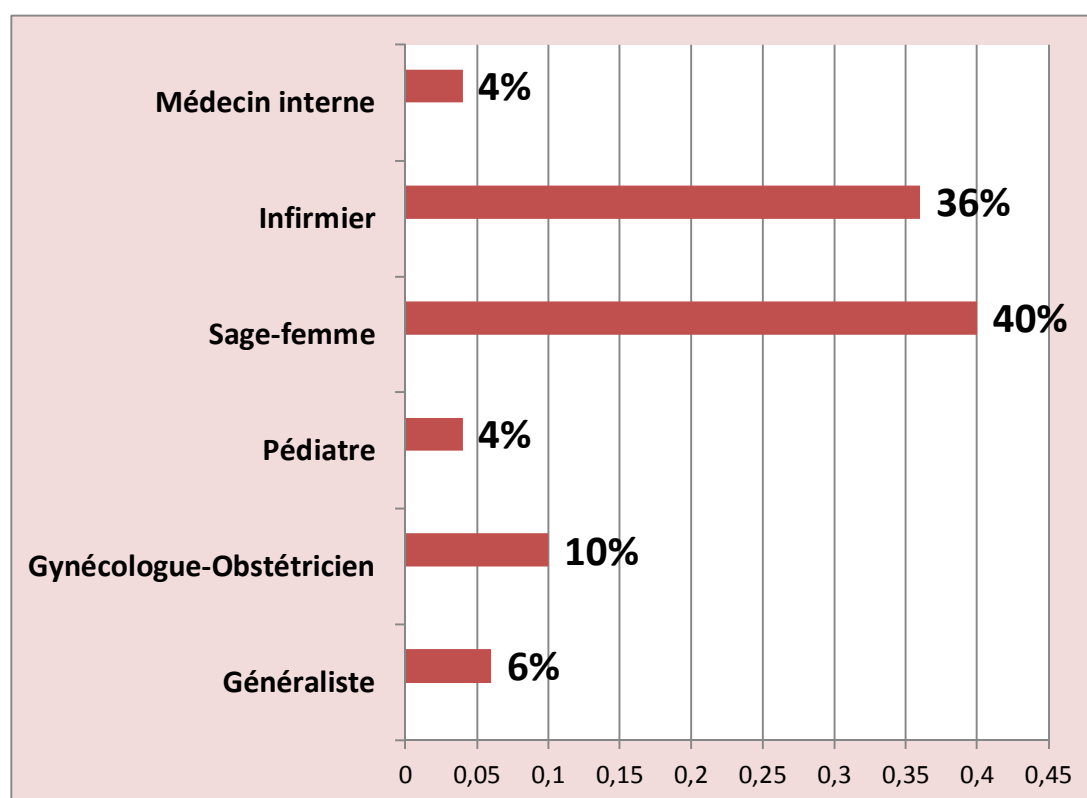


Figure 45 : Répartition des professionnels de la santé par profil

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

a. La mise au sein précoce :

Plus de la moitié (57%) des professionnels de la santé ont confirmés que leur dernier enfant a été allaité dans l'heure qui a suivi la naissance, contre 43% que leurs bébés n'ont pas été allaités précocement.

b. La durée de l'allaitement maternel :

Le taux des professionnels de la santé qui n'ont jamais offert à leur dernier enfant la chance de l'allaitement au sein au profit du lait artificiel était 30%.

En plus, seule 25 % qui ont donné du lait maternel exclusif jusqu'à 6 mois. Et 45% ont arrêté précocement l'allaitement maternel avant l'âge de 6 mois de leur enfant.

3. Évaluation des connaissances et pratiques des professionnels de la santé en matière de l'allaitement maternel :

3.1. Données concernant les connaissances des professionnels de la santé :

3.1.1. Les bénéfices de l'allaitement maternel :

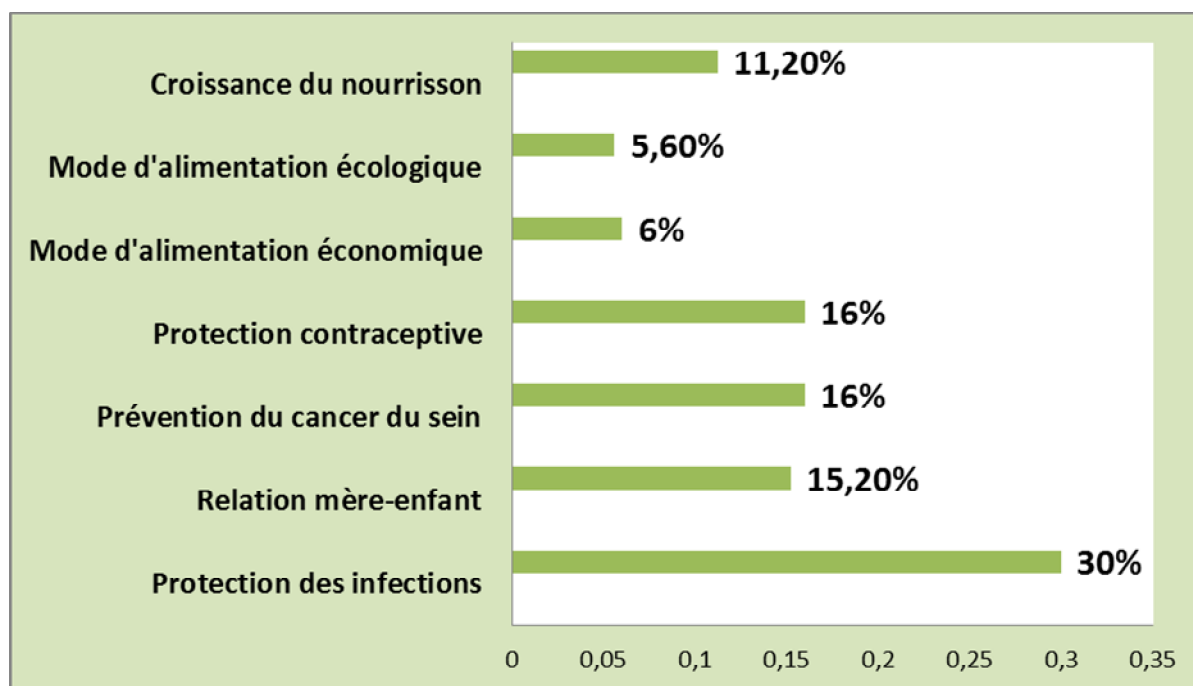


Figure 46 : Répartition des avantages de l'allaitement maternel selon les réponses des professionnels de la santé

3.1.2. Les contre-indications de l'allaitement maternel :

Seulement 67,5% qui ont répondu à la question, tandis que 32,5% n'ont pas su la réponse.

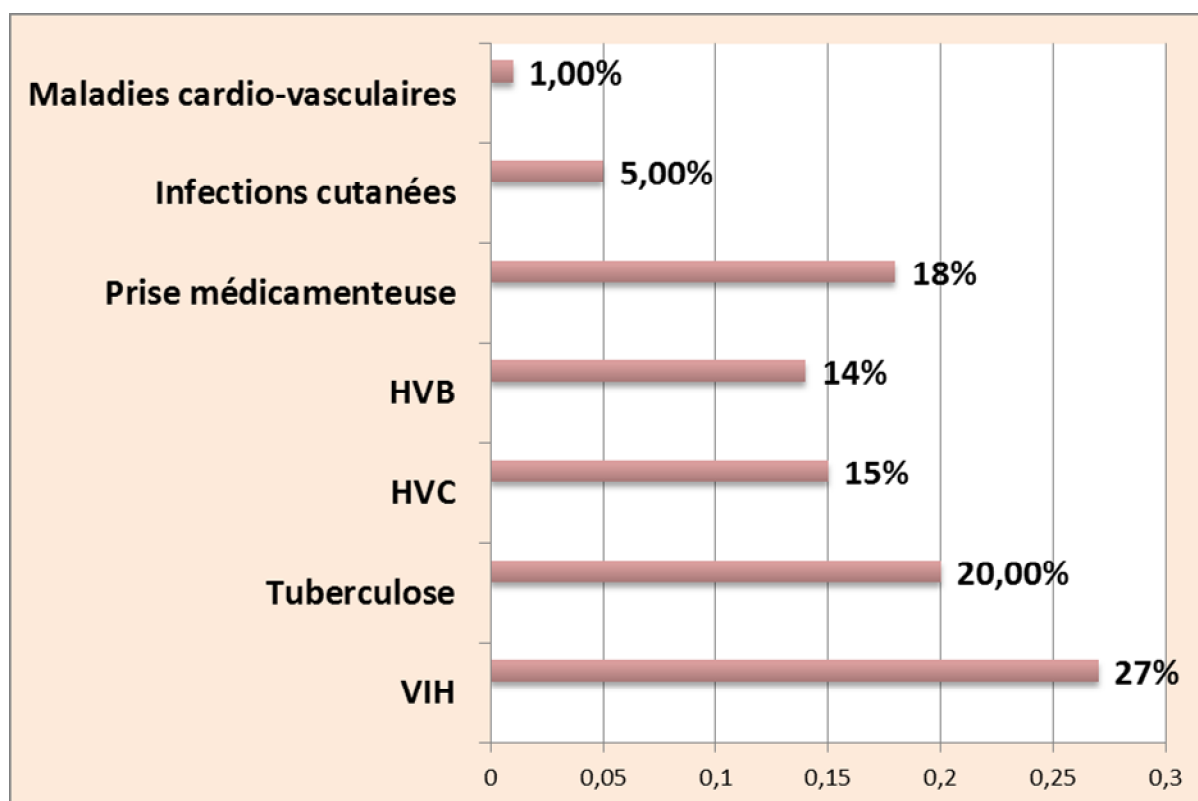


Figure 47 : Répartitions des contre-indications invoquées par les professionnels de la santé

3.1.3. Les conseils à transmettre à la mère pour la réussite de l'allaitement maternel :

25 % des professionnels de la santé n'ont pas su répondre à la question.

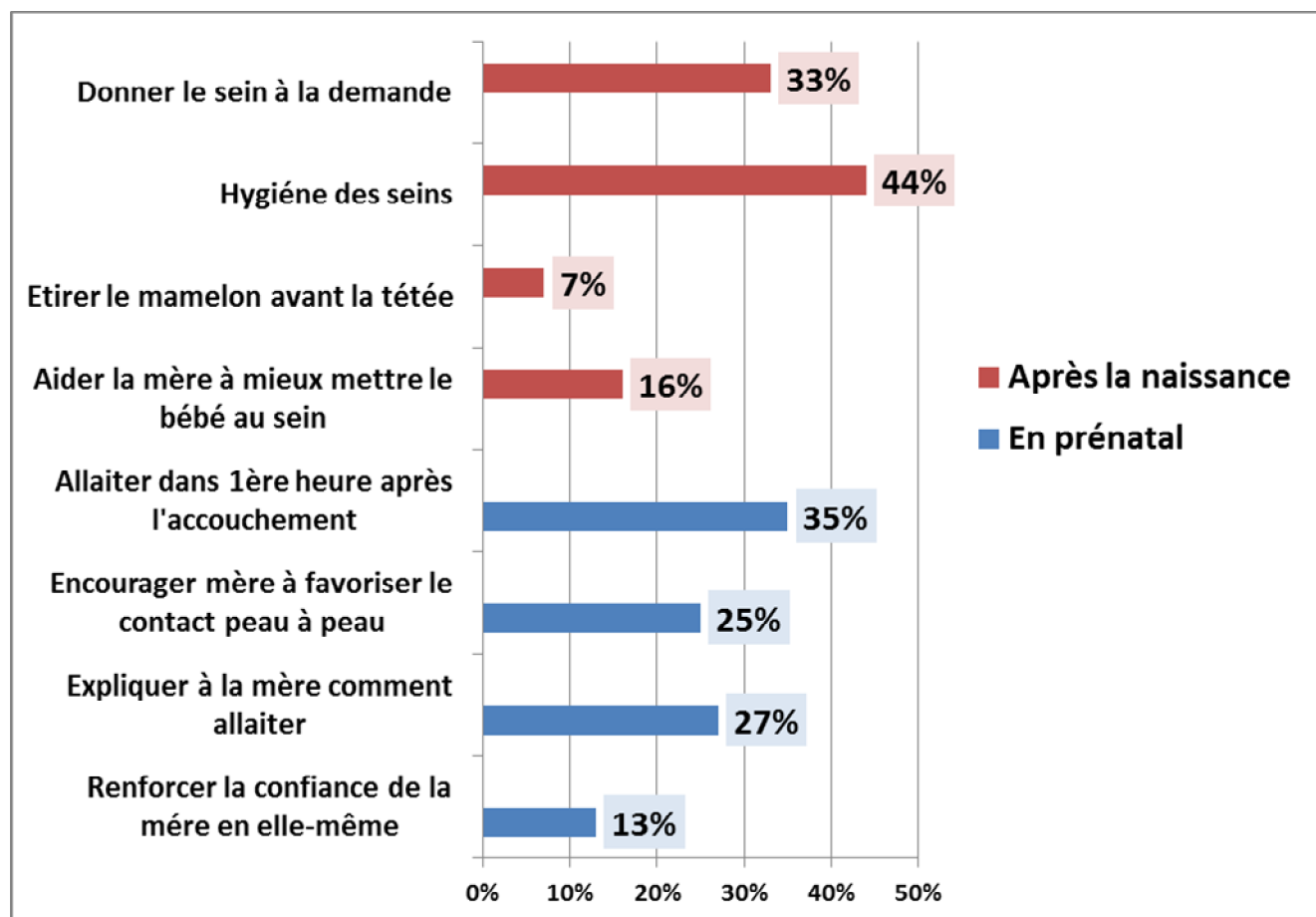


Figure 48 : Répartition des réponses des professionnels de la santé concernant les conseils à transmettre à la mère

3.1.4. Les recommandations pour réussir l'allaitement maternel citées par les professionnels de santé :

40% ne savaient rien sur la question, pour ceux qui ont répondu leurs réponses sont représentées dans la graphique (54) ci-dessous.

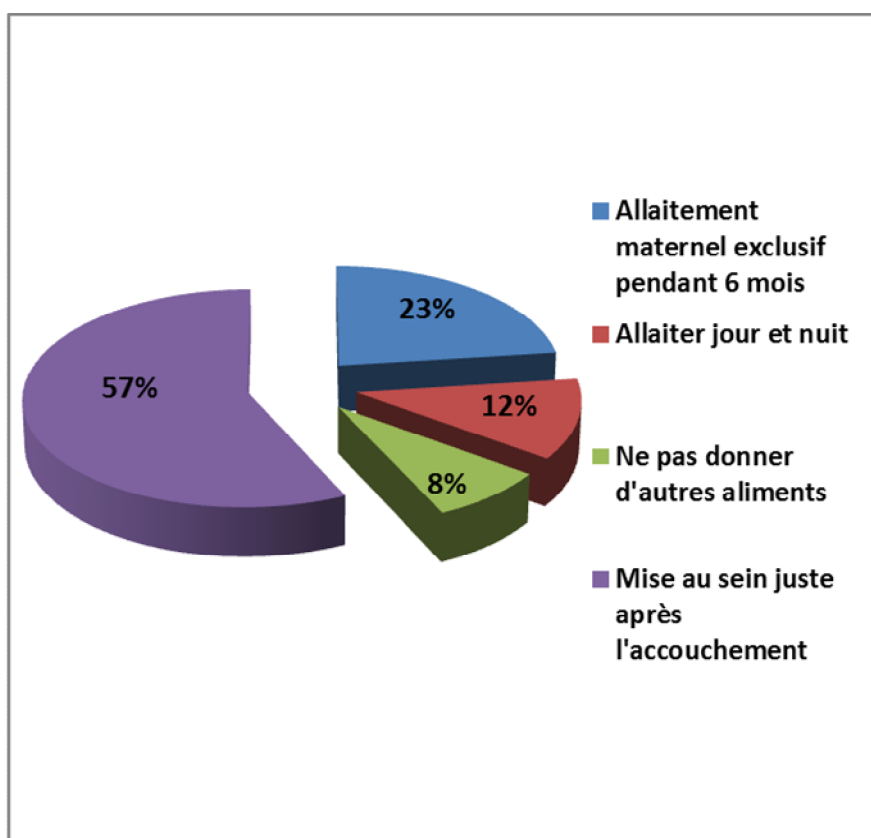


Figure 49 : Répartition des recommandations de l'allaitement maternel selon les réponses des professionnels de santé

3.1.5. Les causes d'une mauvaise prise de sein et ses conséquences :

Presque la majorité (93%) savait répondre à la question.

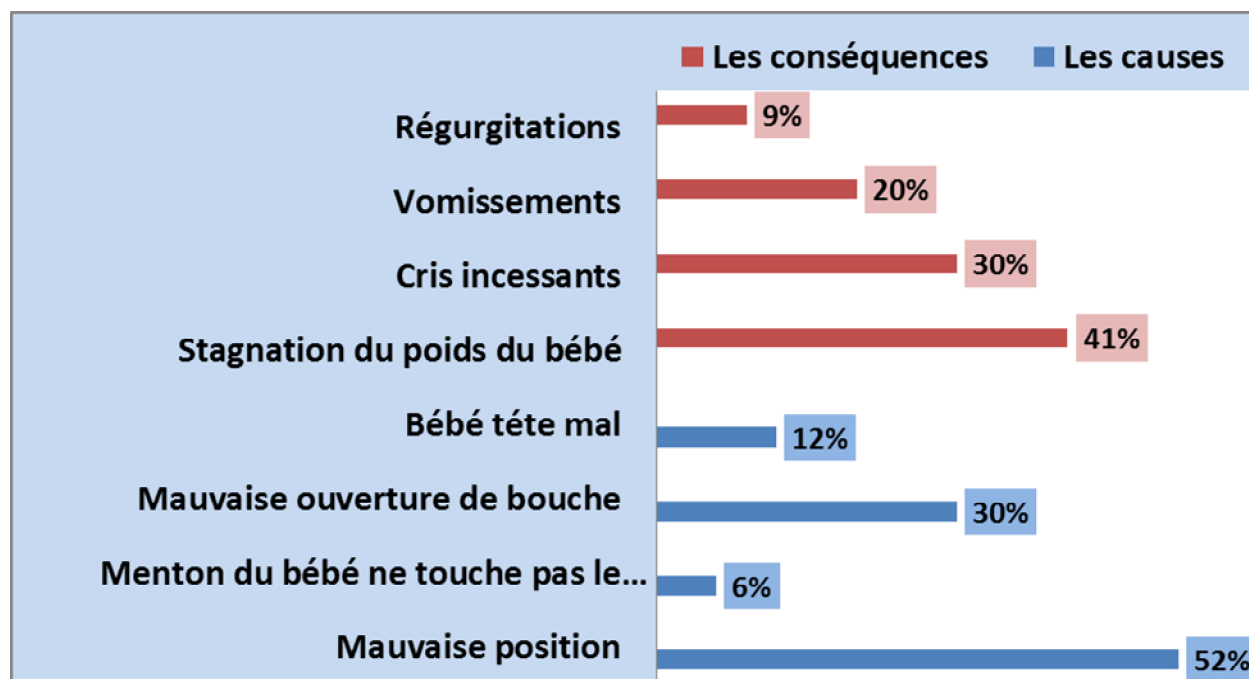


Figure 50 : Répartition des causes et des conséquences de la mauvaise prise du sein avancées par les professionnels de santé

3.1.6. Les modalités d'évaluation d'une tétée :

Les professionnels de la santé qui ont su répondre représentaient 70% des cas.

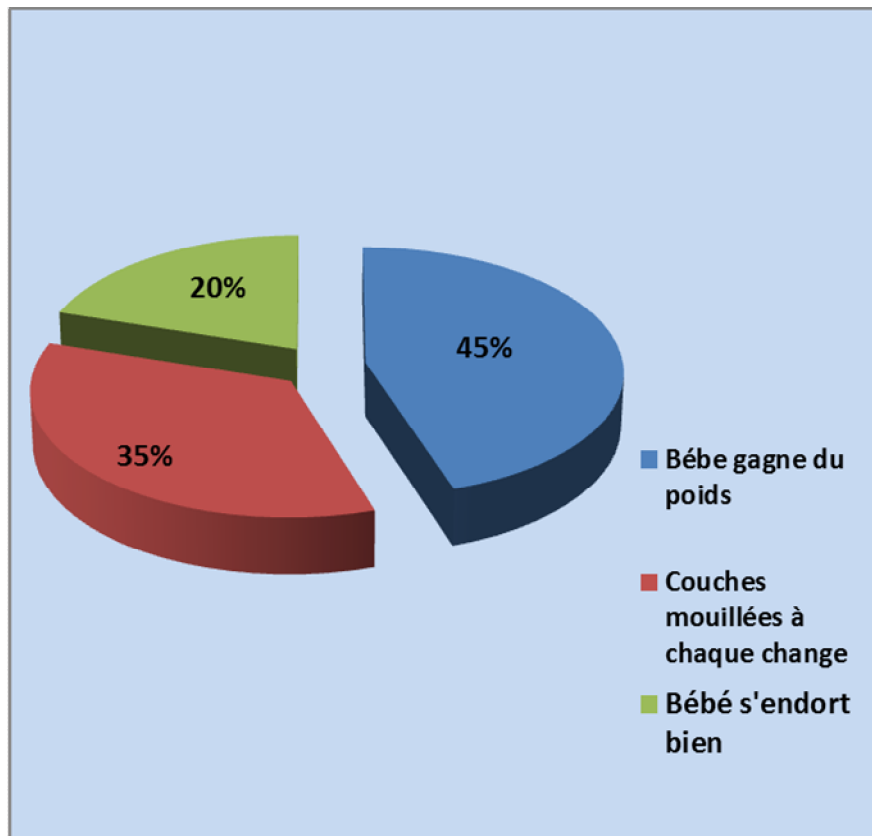


Figure 51 : Répartition des modalités d'évaluation d'une tétée selon les réponses des professionnels de santé

3.1.7. Les problèmes liés à l'allaitement maternel et leur prise en charge :

La moitié des professionnels de santé interrogés n'ont pas répondu sur les modalités de prise en charge de certaines difficultés liées à l'allaitement maternel.

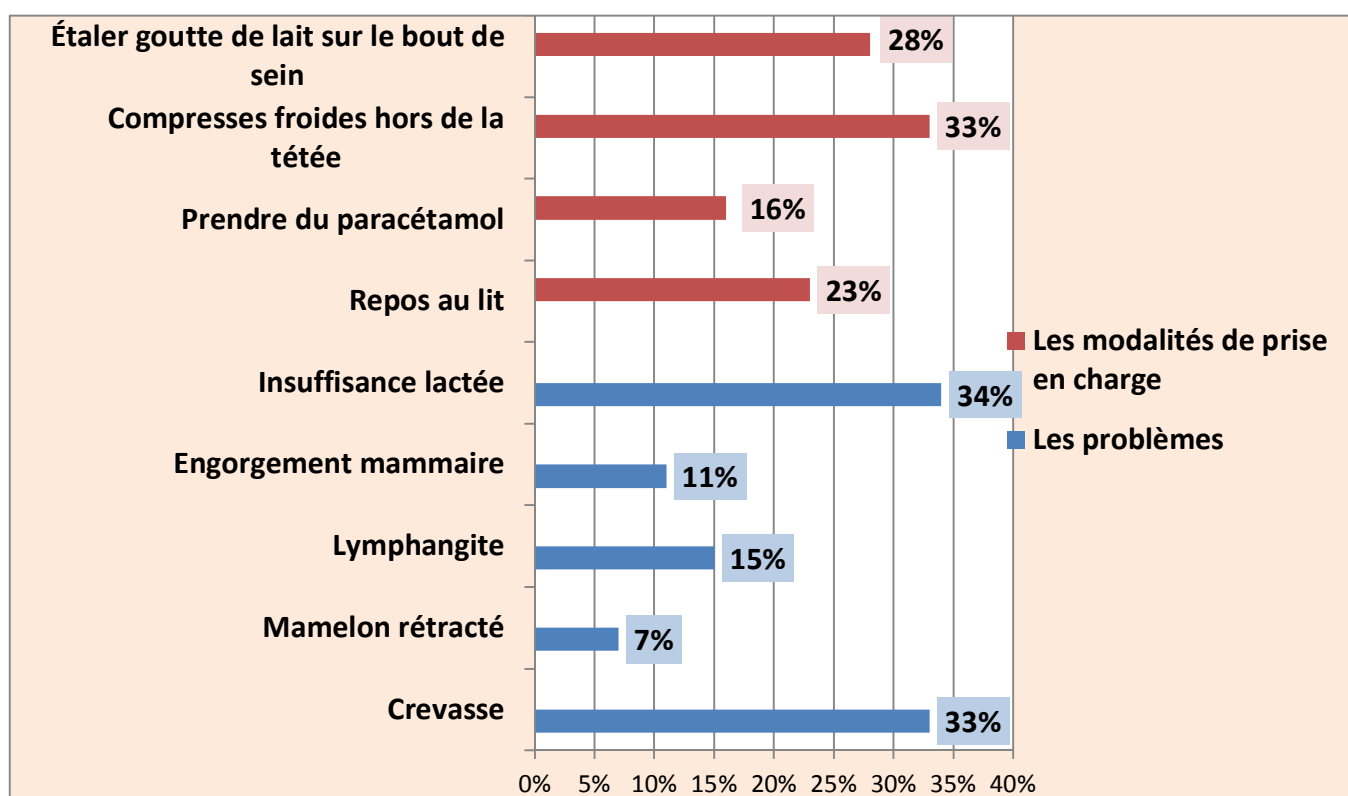


Figure 52 : Répartition des réponses des professionnels de la santé concernant les problèmes liés à l'allaitement maternel et comment les remédier

3.1.8. Comment apporter un soutien à la mère ?

Uniquement 40% de professionnels de santé qui ont su répondre à la question, voici leurs réponses :

- Renforcer sa confiance en soi : 27% des cas.
- Développer ses compétences : 27 % des cas.
- Expliquer à la mère les avantages de l'allaitement maternel : 46% des cas.

3.2. Données relatives aux pratiques des professionnels de la santé :

Le tableau 10 décrit les connaissances d'ordre pratique des professionnels de la santé des 2 maternités en indiquant les pourcentages de réponse pour chaque question.

Ces questions visaient les différentes actions de promotion de l'allaitement maternel.

Tableau 10 : L'évaluation des connaissances d'ordre pratique des professionnels de la santé

Critère	Oui	Non	Ne sait pas
Existe-t-il dans votre établissement des recommandations pour la réussite de :			
-L'allaitement maternel exclusif	0%	57,5%	42,5%
-L'allaitement maternel partiel	0%	57,5%	42,5%
-La promotion de l'allaitement maternel	0%	57,5%	42,5%
Existe-t-il dans votre établissement :			
-Espace de promotion de l'AM en prénatal	0%	52,5%	47,5%
-Espace de promotion de l'AM après la naissance	0%	52,5%	47,5%
-P.S dédiés à la promotion de l'AM	0%	52,5%	47,5%
De quelle manière les patientes sont informées sur l'AM ?			
* Lors de la préparation à l'accouchement	60%	0%	40%
* Après l'accouchement	60%	0%	40%
* Par des brochures d'information	60%	0%	40%
Les actions dédiées aux P.S pour la promotion de l'AM sont sous forme de :			
▪ Protocoles	0%	70%	42,5%
▪ Formation	47,5%	0%	52,5%
Appliquer-vous les recommandations nationales relatives à la réussite de l'AM ?	45%	0%	55%

Les pratiques des professionnels de la santé concernant la mise au sein précoce ont été évaluées à l'aide d'un questionnaire.

Le tableau 11 décrit les attitudes pratiques des professionnels de la santé en matière de la mise au sein précoce.

Tableau 11 : L'évaluation des pratiques des professionnels de la santé

Critère	Pourcentage(%)
Encourager les mères à la mise au sein précoce :	
Oui	52%
Non	48%
Les pratiques recommandées pour encourager la mise au sein précoce :	
Remettre le bébé à sa mère dans la première heure après l'accouchement.	41%
L'initiation de l'allaitement maternel juste après l'accouchement.	33%
Informar la mère sur les techniques de l'allaitement au sein.	8%
Informar la mère sur les avantages du colostrum.	7%
Eviter l'utilisation de tisane ou de tétines artificiels	11%

Tableau 12 : Récapitulatif des incidences de la mise au sein précoce et tardive, de l'allaitement maternel exclusif en maternité

Incidence de la mise au sein précoce	Incidence de la mise au sein tardive	Incidence de l'allaitement maternel exclusif en maternité
25%	75%	73%

Tableau 13 : Récapitulatif des facteurs favorisant la mise au sein précoce en maternité

Critère	Mise au sein précoce<1H	Mise au sein tardive>1H	p
Âge :			
[22-24]	2(13%)	13(87%)	0.02
[25-29]	4(12%)	29(88%)	
[30-34]	10(34%)	19(66%)	
[35-39]	5(29%)	12(71%)	
[40-44]	4(67%)	2(33%)	
Niveau d'instruction du père :			
Analphabètes	9 (56,3%)	7 (43,8%)	0.02
Scolarisés	16 (19,0%)	68(81,0%)	
Profession du père :			
Salarié	8(19%)	34(81%)	0,01
Travail manuel	0%	14(100%)	
Agriculteur	10(35,7%)	18(64,3%)	
Commerçant	7(43,8%)	9(56,3%)	
Profil du professionnel de santé :			
Médecin	21(31,8%)	45(68,2%)	0,02
Personnel paramédical	4(11,8%)	30(88,2%)	
Conseil prénatal sur l'allaitement maternel :			
Oui	17 (50,0%)	17 (50,0%)	0.000
Non	8 (12,1%)	58(87,9%)	
Poids du nouveau-né :			
<2500g	0	19(100%)	0.000
[2500-3999g]	25(37,3%)	42(62,7%)	
>=4000g	0	14(100%)	
Moment du choix du mode d'alimentation :			
Avant la conception	25(33,8%)	49(66,2%)	0.000
Après la conception	0%	26(100%)	
Durée de l'allaitement maternel antérieur :			
<6mois	0%	13(100%)	0,01
≥6mois	22(35%)	41(65%)	
Mise au sein de la fratrie :			
Précoce	21(72,4%)	8(27,6%)	0,000
Tardive	1(2,1%)	47(97,9%)	
La source de l'information :			
Famille	9(13,84%)	56(86,15%)	0,02
Professionnel de santé	15(45,45%)	18(54,54%)	
Auto-information	1(50%)	1(50%)	

Tableau 14 : Récapitulatif des facteurs socio-démographiques associés à la mise au sein en maternité

Critère	Mise au sein précoce<1H	Mise au sein tardive>1H	p
Âge :			
[22-24]	2(13%)	13(87%)	0.02
[25-29]	4(12%)	29(88%)	
[30-34]	10(34%)	19(66%)	
[35-39]	5(29%)	12(71%)	
[40-44]	4(67%)	2(33%)	
Origine géographique :			
Rural	11(23,9)	35 (76,1%)	0,501
Urbain	14 (25,9%)	40 (74,1%)	
Situation matrimoniale :			
Mariée	25(25%)	75(75%)	
Célibataire	0%	0%	
Niveau d’instruction de la mère :			
Analphabètes	9 (36,0%)	16(64,0%)	0,116
Scolarisées	16 (21,3%)	59 (78,7%)	
Niveau d’instruction du père :			
Analphabètes	9 (56,3%)	7 (43,8%)	0.02
Scolarisés	16 (19,0%)	68(81,0%)	
Profession du père :			
Salarié	8(19%)	34(81%)	0,01
Travail manuel	0%	14(100%)	
Agriculteur	10(35,7%)	18(64,3%)	
Commerçant	7(43,8%)	9(56,3%)	
Niveau socio-économique :			
Bas	6 (16,7%)	30(83,3%)	0,105
Moyen	19(30,2%)	44 (69,8%)	

Tableau 15 : Récapitulatif des caractéristiques de la grossesse, de l'accouchement et du nouveau-né associés à la mise au sein en maternité

Critère	Mise au sein précoce<1H	Mise au sein tardive>1H	p
Parité :			
Primipare	3 (12,5%)	21 (87,5%)	0.08
Non primipare	22(28,9%)	54 (71,1%)	
Le désir de la grossesse :			
Désirée	21(24,7%)	64(75,3%)	0.549
Non désirée	4(26,7%)	11 (73,3%)	
Nombre de consultations prénatales :			
≥Quatre	14 (24,6%)	43 (75,4 %)	0,544
<Quatre	11 (25,6%)	32 (74,4%)	
Lieu de consultation :			
Secteur privé	15(29,4%)	36 (70,6%)	0,158
Secteur public	9 (18,8%)	39 (81,3%)	
Profil du professionnel de santé :			
Médecin	21(31,8%)	45(68,2%)	0,02
Personnel paramédical	4(11,8%)	30(88,2%)	
Conseil prénatal sur l'allaitement maternel :			
Oui	17 (50,0%)	17 (50,0%)	0.000
Non	8 (12,1%)	58(87,9%)	
Horaire de l'accouchement :			
[6h ; 14h [	10(23,3%)	33 (76,7%)	0,524
[14h ; 22h [	8 (21,6%)	29 (78,4%)	
[22h ; 6h [	7 (35,0%)	13 (65,0%)	
Sexe du nouveau-né :			
Garçon	11 (19,3%)	46(80,7%)	0.100
Fille	14(32,6%)	29 (67,4%)	
Poids du nouveau-né :			
<2500g	0	19(100%)	0,000
[2500-3999g]	25(37,3%)	42(62,7%)	
>=4000g	0	14(100%)	



Le meilleur lait pour le nourrisson est celui de sa mère [15].

L'allaitement maternel n'est pas seulement un processus biologique, mais aussi un comportement déterminé par la culture. De tout temps, tous les nouveau-nés tirent l'essentiel de leur alimentation du lait maternel. Ainsi, le Coran a fait de l'allaitement maternel un droit de l'enfant et une obligation de la mère, et a sacralisé le lien lacté au point de considérer comme frères et sœurs des enfants ayant tété de la même femme.

Au cours des dernières décennies, les progrès dans la fabrication et la commercialisation des laits industriels ont transformé la situation, et l'allaitement maternel fut négligé et dévalorisé par une grande partie de la population.

En effet, les connaissances, attitudes et pratiques en matière de l'allaitement maternel ne sont pas uniquement «Une affaire de femme», mais font intervenir aussi bien la société civile que les professionnels de santé et la structure hospitalière. Tout ceci a rendu l'allaitement maternel un véritable sujet de santé publique.

Ainsi pour faire face à son déclin progressif, les responsables en matière de santé maternelle et infantile ont été amenés à :

- Entreprendre des recherches pour approfondir la problématique de l'allaitement maternel et identifier les facteurs qui affectent sa prévalence et sa durée.
- Envisager le développement d'actions pour la promotion, l'encouragement, le soutien de sa pratique.

1. Incidence de l'allaitement maternel exclusif :

1.1. Dans les pays développés :

Devant les arguments scientifiques en faveur de la supériorité du lait de la femme par rapport à tout substitut artificiel et les répercussions favorables au niveau : physique, social, économique et écologique auprès des individus des familles et toute la société, on a assisté ces dernières années à un regain d'intérêt de l'allaitement maternel dans les pays développés.

Depuis 1987, l'allaitement maternel est devenu une évidence Norvégienne grâce à des mesures gouvernementales favorables par exemple via la prolongation du congé de maternité, qui dure aujourd'hui de 42 à 52 semaines et grâce au respect des 10 recommandations de l'OMS sur l'allaitement maternel [16]. En 2001 les taux de l'allaitement maternel en Norvège ont atteint 89% à la naissance et 68% à six mois [16]. En 2011 le taux d'allaitement à la naissance a atteint 98% et 74% à six mois.

Les autres pays d'Europe du nord ont également fait de gros efforts pour promouvoir l'allaitement avec plus de 90% des nourrissons allaités à la naissance en Suède, en Suisse et au Danemark, 85% en Allemagne environ 75% au Luxembourg et en Italie [16].

En Amérique, l'enquête réalisée en 2012 a montré une hausse des taux d'allaitement maternel par rapport à l'année 2003. Par exemple, au Canada et aux Etats-Unis, les taux d'allaitement maternel ont passé respectivement de 83% et 70% en 2003, à 89% et 77% en 2012 [17].

Ces pays ont adopté des politiques très favorables à l'allaitement maternel, à savoir [18] :

➤ Une recommandation nationale concernant les quatre critères suivants :

- Allaitement maternel exclusif pendant 6 mois.
- Poursuite de l'allaitement pendant 2 ans ou plus selon le souhait de la mère.
- Prise en charge des mères pour le démarrage de l'allaitement juste après la naissance.
- Mise en œuvre des dix recommandations de L'OMS (annexe 2).

➤ Une formation initiale et continue des professionnels de santé, notamment les médecins.

1.2. Dans les pays en voie de développement :

Le déclin de l'allaitement maternel dans les pays du tiers monde est un véritable drame, cause de malnutrition infantile, de mortalité et morbidité par infection.

Selon le rapport édité par l'UNICEF en 1998, le tableau ci-dessous élucide le taux des enfants allaités exclusivement au sein entre 0 et 3 mois dans les pays en voie de développement [13,19] :

Tableau 16 : Taux de l'allaitement maternel exclusif entre 0 et 3 mois dans les pays en voie de développement

Nigeria	2%
Angola et Haïti	3%
Comoros	5%
Cameron, Paraguay	7%
Sénégal	9%
Nicaragua	11%
Burkina Fasso	12%
Zombie	13%
Zimbaboué	16%
Kenya	17%
Ghana	19%
Rwanda	20%

Au Maroc, selon l'enquête nationale sur la population et la santé (ENPS II) en 1992, près de 96% des enfants bénéficiaient de l'allaitement maternel [20].

Actuellement cette pratique est en baisse dans notre pays. En effet, l'allaitement maternel exclusif pendant les quatre premiers mois vie d'un enfant connaît un déclin inquiétant passant de 62% en 1992 à 37 % en 1995 [21].

Ceci est expliqué par l'introduction de biberon dès le premier mois: dès le premier mois, 18% des enfants recevaient le biberon en 1992 contre 32%. En 1995 [20,21].

Selon l'enquête nationale réalisée par le ministère de la santé entre 2006 et 2007 :

- la mise au sein précoce n'a été pratiquée que par 52% des mères.
- Et seulement 15% des femmes allaitaient exclusivement leurs enfants au sein durant les 6 premiers mois de vie contre 20% en 1995.

Par ailleurs, cette pratique a été plus répandue parmi les enfants du milieu rural (18%) que parmi ceux du milieu urbain (12%) [20, 21, 22].

Cette baisse alarmante et préoccupante de l'allaitement maternel s'expliquait par plusieurs raisons, notamment les modifications de la structure familiale qui ont eu pour conséquence le manque de soutien psychologique de l'entourage, les préoccupations d'ordre esthétique, le développement de l'industrie agro-alimentaire ainsi que l'insuffisance de la formation dispensée aux professionnels de la santé [22,23].

Par ailleurs, l'activité professionnelle des femmes, l'insuffisance de lait, ainsi que la survenue d'une maladie ou d'une nouvelle grossesse, ont constitué des causes non négligeables d'arrêt de l'allaitement maternel [24, 25,26].

Pour cela, le Maroc a célébré, à l'instar de la communauté internationale, la semaine nationale de promotion de l'allaitement maternel du 22 au 28 juin 2009.

Depuis, chaque année, on profite de cet événement pour sensibiliser la population et les professionnels de santé sur les bienfaits de l'allaitement maternel.

Dans ce sens, en conformément au plan d'action 2008-2012, le département de la santé a retenu l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel comme une stratégie prioritaire.

Cette stratégie a fixé deux objectifs majeurs : encourager les femmes à mettre au sein précocement leurs enfants dans la demi-heure qui suit l'accouchement et les allaiter durant les six premiers mois avant d'ajouter d'autres aliments à leur régime alimentaire.

Afin d'atteindre ces deux objectifs, le département de la santé a prévu de renforcer les compétences des professionnels de santé en matière d'alimentation des enfants et de promouvoir l'allaitement maternel par la redynamisation de l'initiative hôpitaux amis de bébés et par l'hospitalisation du couple mère-enfant dans les maternités et les services de pédiatrie [27].

Il a prévu également d'amener les professionnels de santé à soutenir efficacement les femmes enceintes et allaitantes dans la gestion de la lactation et d'impliquer la société civile et les médias dans l'accompagnement des mères allaitantes.

Par ailleurs, la stratégie n'a pas négligée également les facteurs qui interviennent dans la décision de l'arrêt de l'allaitement, notamment l'ignorance et les traditions [27].

En 2011, le ministère de la santé a effectué une enquête auprès de la population marocaine à propos de l'allaitement maternel [28].

Elle a révélé que l'allaitement maternel est devenu plus courant par rapport aux années précédentes (Tableau 17).

En effet, 96,6% des enfants de moins de 5ans ont été allaités au sein, et ceci, quel que soit leur sexe et leur niveau socio-économique.

Cependant, la proportion des nourrissons de moins de 6 mois allaités exclusivement au sein n'a pas dépassé 27,8% avec une petite différence entre les deux milieux (24,4% en milieu urbain et 30,5% en milieu rural).

Par ailleurs la mise au sein précoce n'a été pratique que chez 30% des nourrissons. La durée moyenne de l'allaitement maternel a été de 17,6 mois.

Tableau 17 : Evolution de l'allaitement maternel Entre 2007 et 2011

Année	2007	2011
Mise en sein précoce (%)	22	30,3
Allaitement maternel exclusif pendant les premiers 6 mois (%)	15	27
Durée moyenne (mois)	15	17,6

2. L'allaitement maternel en maternité :

2.1. L'intérêt du contact précoce mère-enfant :

Immédiatement après la naissance, le nouveau-né en bon état général devra être mis sur l'abdomen ou la poitrine de sa mère, ce contact peau à peau entre la mère et son enfant renforce leur relation et facilite ainsi l'allaitement maternel de telle sorte que si on laisse le nouveau-né seul sur la poitrine de sa mère, il trouvera et prendra le sein de façon spontanée [29,30,31].



Plusieurs études ont montré que ce contact précoce aura un effet positif sur la durée et le succès de l'allaitement maternel [29,30].

2.2. L'importance de la mise au sein précoce :

Durant la première heure de vie, la première tétée est d'une grande importance car de son déroulement va dépendre la bonne poursuite de l'allaitement maternel.

Le nouveau-né devra être mis au sein juste après la naissance, si son état et celui de la mère le permettent [32,33].

La première heure suivant l'accrochement reste le meilleur moment pour la mise au sein, période où le nouveau-né est encore éveillé, avec le réflexe de succion présent, l'attention et la mémorisation du nouveau-né sont intenses, et ses réflexes de fouissement et de succion sont à leur maximum [34, 35, 36, 37].

Il est donc capable de téter efficacement [32, 38, 39], cela lui permettra également de bénéficier du colostrum, supprimera une période de jeune dangereuse et facilitera la montrée laiteuse [33,40].

Des résultats positifs ont été associés à la mise au sein immédiate et les tétées fréquentes durant les premiers jours. Cela engendre l'augmentation de la production du lait, l'excrétion du méconium et la diminution du taux de bilirubinémie néonatale et la prise du poids de l'enfant durant les deux premières semaines [32].

En plus, il a été démontré que les mères qui allaitent précocement, allaitent plus longtemps que celles qui retardent la première tétée [32].

Donc, en vue de promouvoir l'allaitement maternel exclusif, tous les professionnels de santé de la maternité doivent veiller à la généralisation de la mise au sein précoce en salle de naissance. Ce qui permettra de gagner ce moment favorable au démarrage de l'allaitement maternel.

Dans le cas contraire, si l'expérience de la première tétée est tardive et cernée de difficultés, le nouveau-né cherchera à éviter ces mises au sein désagréables. Ce qui entraînera une insuffisance lactée, une mauvaise prise pondérale, stagnation pondérale, voire une perte de poids excessive chez le nouveau-né avec à court-terme un risque de déshydrations plus au moins sévère, ou à plus long terme un risque de malnutrition [41]. Outre ces complications, plusieurs études ont mis en évidence l'association entre les difficultés de la mise en place de l'allaitement au sein et la survenue d'un sevrage précoce non désiré au profit d'un allaitement au lait artificiel [42,43].

Il Semblerait que l'expérience initiale d'allaitement influence fortement sa durée [44]. Toutefois il y a lieu de ne pas généraliser car certaines femmes qui ont réussi à surmonter les difficultés, peuvent entretenir l'allaitement maternel exclusif par la suite. Elles éprouvent après un sentiment de satisfaction du fait de leur auto-efficacité.

Les données internationales, soulignent l'importance de la mise au sein précoce.

En effet, à la trente-quatrième session du comité permanent sur la nutrition en 2007[45], le groupe de travail sur l'allaitement maternel a démontré que la mortalité néonatale peut être réduite de 31% si 99% des nouveau-nés sont allaités à la première heure après la naissance : « **le nombre de vie qui pourrait être sauvé est estimé de plus d'un million** ».

2.3. L'incidence de la mise au sein précoce :

Dans notre échantillon, si 90% des parturientes étaient motivées pour allaiter leur bébé dès la naissance, seules 25 % d'entre elles ont pu réaliser la mise au sein durant la 1ère heure de vie.

Au niveau national, selon l'enquête effectuée à la maternité du centre hospitalier d'Agadir [46], 44% des mères ont été pour une mise au sein immédiate.

Une enquête nationale a été faite «investigation par focus groupe »[47], que les variations de la mise au sein sont dues, en partie, à la composante géographique : La quasi-totalité des mères « allaitantes exclusives résidentes en milieu urbain» à khemissat affirment n'avoir mis leur bébés au sein que trois jours après leur naissance ,à l'apposé, le groupe des mères «non allaitantes

résidentes en milieu urbain» à Marrakech fournit à l'unanimité des réponses qui situent la mise au sein des nouveau-nés dans l'intervalle des 24 premières heures de l'accouchement.

Il y a donc un défaut d'information à combler auprès des mères concernant le moment opportun du démarrage de l'allaitement maternel.

Cependant, dans une étude réalisée dans l'Institut de Pédiatrie Sociale(IPS) : Pikine Guédiawaye (milieu suburbain) et Khombole (milieu rural) au Sénégal [48], a mis en évidence que la proportion des mères qui allaitent dans l'heure qui suivait la naissance était 50% plus importante que celle rapportée par l'EDS (Enquête Démographique de la Santé) de 2004(23 %). Cette étude rapporte que le taux de mise au sein précoce est de 28% en Arabie saoudite [49].

Plusieurs hypothèses peuvent être avancées. D'une part, l'amélioration des pratiques en matière d'alimentation des nouveau-nés soutenues par la politique nationale de promotion de l'allaitement maternel et, d'autre part, l'accompagnement de ces mères par les agents de l'IPS.

2.4. Colostrum et montée laiteuse :

La mise au sein précoce permet au nouveau-né de bénéficier du colostrum. Cet aliment précédant la montée laiteuse est très précieux. Sa richesse en anticorps est un atout efficace dans la lutte contre les infections bactériennes et virales [36,50]. Dans notre étude, 69% des mamans connaissaient la valeur nutritive du colostrum.

En plus, la tétée précoce favorise la montée laiteuse. Cette dernière se produit le troisième ou le quatrième jour du post-partum. Elle s'accompagne

d'une élévation thermique modérée 38 à 38,5°C et d'un gonflement des seins qui deviennent tendus.

2.5. Facteurs sociodémographiques et démarrage de l'allaitement maternel :

2.5.1. L'âge:

Les données de la littérature médicale concordent sur le fait que l'âge maternel élevé augmente l'intention d'allaiter et en favorise le succès de l'allaitement maternel [32, 51, 52, 53, 54,55].

En effet, l'étude de CROST et KAMINSKI [53], a révélé que 58,5 % des mères françaises âgées de plus de 35 ans ont démarrées l'allaitement au sein contre 37,3% des mères de moins de 19 ans.

Quant à notre enquête elle s'accorde avec les études sus-citées. Le démarrage précoce de l'allaitement maternel a eu tendance à augmenter chez les femmes plus âgées : il était de 34% chez les parturientes de plus de 30 ans et de 13 % chez les femmes de moins de 24 ans.

Ceci peut s'expliquer par une plus grande maturité et par le fait que les femmes un peu plus âgées soient plus souvent multipares.

Ceci incite à porter une attention particulière aux jeunes mères dans les programmes de promotion de l'allaitement maternel notamment en prénatal.

2.5.2. L'origine géographique :

LABARERE [56], dans son enquête menée en France, a trouvé que la domiciliation en milieu urbain était associée à une proportion accrue d'allaitent

maternel, alors que les études maghrébines : NINEB [57] au Maroc et MZID [55] en Tunisie ont révélé que les femmes du milieu urbain allaitent moins [57].

En revanche, notre enquête montre une fréquence d'allaitement maternel légèrement plus élevée chez les femmes vivant en milieu urbain (25,9%) alors que les femmes vivant en milieu rural représentent (23,9%).

2.5.3. La situation matrimoniale :

De nombreuses études rapportent que la situation matrimoniale est un facteur déterminant dans le choix et la durée de l'allaitement maternel, les mères célibataires allaitent moins et moins longtemps [52,58].

Dans notre série, toutes les mères étaient mariées, de ce fait nous ne pouvons pas conclure quant à l'influence du statut marital sur le choix du mode d'allaitement.

2.5.4. Le niveau d'instruction :

Dans la littérature internationale, l'influence du niveau de scolarité maternelle sur l'allaitement est évidente.

Dans les pays développés, le haut niveau de la scolarité des mères favorise l'allaitement maternel. En effet, les études de JEGU [59] et LEFEBVRE [60] en France, montrent l'impact positif du niveau d'étude élevé sur le choix et la durée de l'allaitement maternel.

Les mères issues des pays industrialisés allaitent plus précocement et plus longtemps, que leur niveau d'éducation est élevé. Cette caractéristique est retrouvée de façon très fréquente dans la littérature [61,62, 63, 64, 65, 66, 67,68].

Dans les pays en voie de développement, la situation est différente. Les nouveau-nés de mères illettrées ont 1,9 fois plus de chance d'être allaités précocement et plus longtemps que ceux dont la mère a reçu 7 ans de scolarisation [69].

Au niveau national, une enquête prospective a été réalisée à la maternité Souissi de Rabat en 2010, auprès des couples mère-nouveau-né [61] a montré que l'élévation du niveau d'instruction augmente le taux de mise au sein précoce, 49% des femmes scolarisées ont données le sein avant une heure contre 38% des parturientes analphabètes.

Par contre, NINEB [57] a montré dans son étude que la fréquence et la durée de l'allaitement maternel sont inversement proportionnelles au niveau d'instruction des mères.

Notre étude rejoint celle de NINEB avec 36% des femmes analphabètes ont démarré l'allaitement maternel contre 21,3% des femmes scolarisées.

Dans notre enquête, le niveau d'instruction du père intervient également dans le démarrage de l'allaitement maternel, et ainsi, représente un déterminant significatif ($p=0.02$), avec une proportion de 56,3% des nouveau-nés allaités avant la première heure suivant l'accouchement dont les pères analphabètes contre 19% dont les pères scolarisés.

Tout ceci souligne l'importance de promouvoir l'allaitement maternel essentiellement dans les établissements scolaires et universitaires en vue d'encourager les futures mamans à réussir la pratique de l'allaitement maternel.

2.5.5. Le statut professionnel:

Le travail des mères affecte négativement la bonne pratique et surtout la durée de l'allaitement maternel ce qui est constaté à la fois dans les pays développés [69] et dans les pays en voie de développement [55,70].

Dans l'étude de MEZIANE [71] et JOUBAIRI [72], les femmes au foyer étaient plus disponibles et plus nombreuses à allaiter au sein leurs enfants par rapport à celles en activité professionnelle.

CROST et KAMINSKI rapportent que 51,1% des femmes au foyer allaitent leurs enfants au sein contre 45% de celles exerçant une activité professionnelle.

Dans notre étude, les femmes interrogées sont toutes des femmes au foyer, sans profession.

Le statut professionnel ne peut donc être impliqué dans l'analyse des facteurs intervenant dans la mise au sein précoce et l'allaitement maternel en maternité.

2.5.6. Le niveau socio-économique :

Dans les pays industrialisés, il existe une corrélation positive entre le niveau socio-économique aisé des femmes et le taux de démarrage précoce de l'allaitement maternel en maternité [52, 53, 73,74].

A l'inverse, dans les pays en voie de développement il y a un déclin de l'allaitement maternel lié à l'accroissement du niveau de vie, et il est relatif en fonction du pays [57, 71,72].

Notre étude n'a pas conclu à une relation entre le niveau économique et le démarrage de l'allaitement maternel, les femmes ayant un niveau économique

bas représentaient 16,7% et celles ayant un niveau économique moyen 30,2% ($p=0,1$).

2.6. Les facteurs obstétricaux et démarrage de l'allaitement maternel :

2.6.1. La parité:

Plusieurs travaux font état de l'impact négatif de la primiparité sur la réussite de l'allaitement maternel [55, 75].

D'après une étude réalisée à la maternité Souissi du CHU de Rabat en 2005 [76], la primiparité était associée à une mise au sein tardive et à une durée envisagée de l'allaitement maternel courte ($p<0.0001$).

Et ainsi, l'enquête qui a été faite à la même maternité Souissi de Rabat en 2010 a montré que 58% des femmes multipares allaitent avant la première heure suivant l'accouchement contre 33% des femmes primipares ($p<0,001$).

Quant à notre enquête seulement 12,5% des primipares qui ont donné le sein dans l'heure qui suit l'accouchement contre 28,9% non primipares ($p=0,08$).

Cette différence entre primipare et non primipare serait expliquée par une habilité et une facilité acquise de la multiparité à la mise au sein précoce, par la confiance de la mère en elle-même d'allaiter [77] et par sa capacité à gérer le stress de l'accouchement. Il est important de noter que le stress influe considérablement sur la lactation en stimulant le système nerveux central et inhibant le réflexe d'éjection et donc la sécrétion de l'ocytocine [78]. Ainsi, les mères qui n'ont jamais vécu une expérience antérieure d'allaitement, expriment plus de stress, ce qui retarde et diminue la sécrétion de l'ocytocine.

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

2.6.2. Le conseil prénatal :

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), recommande le conseil prénatal comme l'un des moyens essentiels pour la promotion de l'allaitement maternel [79].

Le rôle des professionnels de la santé dans le succès de l'allaitement maternel est indiscutable. C'est ainsi que l'OMS et l'Unicef ont lancé en 1992 l'initiative « hôpitaux amis des bébés ». Les dix conditions définies rendent nécessaire un profond changement des pratiques dans les maternités et la participation de l'ensemble des personnels impliqués [80].

Cela on pourrait l'expliquer par le fait que cette période avant l'accouchement constitue un moment privilège pour encourager la mère à allaiter précocement, pour gérer ses craintes et modifier ses intentions, pour corriger ses fausses idées et pour lui expliquer les avantages et l'importance de l'allaitement maternel.

Ceci a été également démontré dans notre travail. Si le conseil prénatal en allaitement maternel n'a été noté que pour 34% des mamans, nous avons recensé une corrélation très significative entre le conseil prénatal et la mise au sein précoce ($p=0,0000$). En effet, 50% des femmes ayant reçu une éducation en matière d'allaitement maternel en prénatal ont donnée précocement le sein à leur bébé. Alors que pour les mères n'ayant pas bénéficié d'information sur

l'allaitement maternel en prénatal, seules 12,10% ont allaité durant la 1ère heure qui suit la naissance.

Cette situation met en exergue la nécessité de pratiquer la promotion de l'allaitement maternel durant les consultations prénatales.

2.6.3. Le suivi médical de la grossesse :

La consultation prénatale est un moment crucial dans la promotion de l'allaitement maternel. Il faudra outre l'information des futures mamans sur les avantages de l'allaitement maternel, leur enseigner la pratique et évoquer déjà les problèmes qui peuvent survenir ainsi que leurs solutions [53, 55,74].

L'impact d'une telle action éducative sur la réussite d'un allaitement maternel sans difficultés a été l'objet de plusieurs études dans le monde.

AUBLIN [81] a rapporté dans son étude qu'une préparation à l'allaitement au cours des séances prénatales a permis aux mères de réussir leurs projets d'allaitement sans problèmes.

Dans les études de VOGEL [82], SABLE [83] et LU-MICHAEL [84], l'intervention de l'obstétricien avait un impact positif sur l'initiation, la durée et l'exclusivité de l'allaitement maternel.

Les études de LEMENESTEREL [69] VENDITELLI [74] et IZATI [85] ont trouvé respectivement que seulement 3% ,25% et 23% des mères ont eu l'occasion de parler d'allaitement avec leurs obstétriciens.

Quant aux généralistes, l'étude de LUCAS [69] a montré que seule la moitié d'entre eux parle spontanément de l'allaitement maternel en période prénatale et montre également que les conseils élémentaires face aux petits

problèmes quotidiens de l'allaitement maternel leur sont généralement mal connus [69].

Cela s'expliquerait en partie par le manque de formation des professionnels de la santé sur l'allaitement maternel [86].

Dans notre série, toutes les mères avaient bénéficié d'au moins une consultation prénatale, mais seules 34% d'entre elles étaient informées sur l'allaitement maternel lors du suivi de la grossesse. Ainsi, le professionnel de santé assurant la consultation prénatale joue un rôle primordial dans la réussite de la mise au sein précoce.

En plus, le profil des professionnels de santé intervient dans cette pratique. En effet, 31,8% des mères qui avaient reçu de conseils de la part de leur médecin ont donné le sein à leur enfant avant la première heure, contre 11,8% l'ayant reçu de la part d'un personnel paramédical.

Ces résultats sont concordants avec les études nationales. ARABI [51] retrouve qu'uniquement 9% des femmes ont reçue de l'information sur l'allaitement maternel au cours du suivi de la grossesse.

Toutes ces données illustrent que le rôle des agents de santé dans la promotion de l'allaitement maternel durant le suivi de la grossesse reste très insuffisant et nécessite des mesures opérationnelles de promotion de la mise au sein précoce en prénatal et à la naissance.

2.6.4. Le mode d'accouchement :

Dans la littérature, il existe une controverse autour de l'impact du mode d'accouchement sur la mise en route de l'allaitement maternel au sein de la maternité.

Dans l'article de Chalmers et al. (2010) [87], la césarienne est encore trop souvent une barrière à l'initiation précoce de l'allaitement maternel, puisque seules 18,3% des femmes ayant eu une césarienne ont pu mettre leur enfant au sein avant 30 minutes de vie, contre 49,5% pour les voies basses. Néanmoins, dans l'article de Gouchon et al. (2010)[87], les auteurs ont mis en place un protocole randomisé qui favorise la peau à peau à la sortie du bloc opératoire, ils ont montré qu'il n'y a pas de risques d'hypothermie lors d'une peau à peau pratiquée moins d'une heure après la naissance. Au contraire les enfants des femmes ayant bénéficié du contact peau à peau, tétaient plus rapidement le sein (22 minutes en moyenne). Ce résultat approuve les recommandations de la littérature médicale notamment de l'Initiative Hôpital Amis des Bébé(s)(IHAB).

Indépendamment du mode d'accouchement, le protocole appliquant la peau à peau dès la naissance reste bénéfique et sans risques ni pour la mère ni pour son nouveau-né. Il permet de favoriser la réussite de la mise au sein précoce et d'augmenter la durée d'allaitement exclusif.

Quant à notre étude, les femmes qui avaient subi une césarienne, elles ont été exclues de l'enquête. Par ailleurs durant mon stage interné à cette maternité où notre étude s'est déroulée, j'ai constaté que les femmes qui avaient accouchées par césarienne, rencontraient beaucoup de difficultés dans le démarrage de l'allaitement maternel.

En effet, elles restaient plus longtemps dans la salle de surveillance ce qui augmentait le temps de séparation du bébé de sa mère. Sans oublier le fait qu'elles n'étaient pas informées sur les positions de l'allaitement adaptée à la césarienne, vue, l'indifférence et le manque d'information de l'équipe de soins.

Toutes ces difficultés seront à l'origine d'une première mise au sein plus tardive entraînant une montée de lait retardée. En revanche, une fois l'allaitement bien installé, sa durée n'est plus influencée par le mode d'accouchement.

Après une césarienne, l'allaitement est pour la mère et l'enfant une occasion merveilleuse de faire connaissance. Cela peut consoler la mère de ne pas avoir accouché comme prévu. L'allaitement lui procure le sentiment de donner le meilleur à son bébé –personne d'autre ne peut le faire- en dépit du fait qu'elle doive se remettre d'une intervention majeure [88].

Finalement, dans un objectif d'augmentation de la fréquence d'initiation de l'allaitement maternel et en vue de son maintien, tout comme devant les difficultés que les femmes césarisées peuvent connaître lors de la mise au sein, il est recommandé de mettre en œuvre plusieurs stratégies pour privilégier la mise au sein précoce de toutes les manières connues quel que soit le mode d'accouchement. Et ainsi de respecter les « Dix Conditions pour le succès de l'allaitement maternel », Sans négliger la nécessité de l'implication des professionnels de la santé pour aider les femmes à réussir l'allaitement maternel dès la première heure de vie de leur bébé.

2.6.5. L'horaire d'accouchement :

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

Il est important de signaler que les tétées nocturnes sont un stimulant potentiel de la sécrétion lactée, c'est justement la nuit quand le niveau de prolactine est plus élevé, et que le bébé va bénéficier du lait en abondance, elles sont donc associées au maintien plus longtemps de l'allaitement maternel. Elles répondent aussi aux besoins nutritionnels et affectifs du bébé qui se rendort très rapidement en tétant et apportent jusqu'à 20% de la ration alimentaire du bébé allaité [89].

2.6.6. Le poids du nouveau-né :

La littérature n'est pas catégorique sur ce point : certaines études ne mettent pas en évidence d'incidence du poids sur le mode d'allaitement [62,90].

Par contre l'enquête périnatale de CROST M et KAMINSKI. M, trouvaient que la fréquence de l'allaitement maternel augmentait avec le poids de naissance, mais ne variait pas en fonction des autres caractéristiques de l'enfant à la naissance [65].

Plusieurs facteurs peuvent expliquer le fait que les enfants prématurés ou de petit poids soient allaités moins souvent, même si le lait maternel est l'aliment qui leur convient le mieux. Ils requièrent plus de soins médicaux, sont plus souvent séparés de leurs mères, ce qui peut perturber l'unité formée par la mère et le nouveau-né.

L'anxiété de la mère pour la santé de son enfant peut diminuer la production de lait, et favoriser ainsi l'engorgement et les problèmes de mamelons douloureux, voire un recours au biberon ou à la sucette et donc confusion sein-tétine.

Par ailleurs, les facteurs prédisposant à la prématurité et l'hypotrophie sont plus fréquents dans les milieux sociaux les moins favorisés, c'est-à-dire ceux où l'allaitement est moins fréquent [91].

Notre étude rejoint celle de CROST et KAMINSKI, bien que, nous avons observé qu'aucun nouveau-né hypotrophe ou macrosome n'avait bénéficié d'une mise au sein précoce. Ils ont été mis sous surveillance pour contrôler leurs glycémies et leurs constantes, ils recevaient des biberons de lait artificiel ou du sérum glucosé, bien avant la première tétée, dans le but de prévenir l'hypoglycémie, avant de les remettre à leurs mères. Ceci par conséquent, entrave le démarrage précoce de l'allaitement maternel et le rend encore plus difficile.

Alors que les nouveau-nés eutrophiques ont été remis précocement après l'accouchement à leurs mamans et 37% d'entre eux ont été mis au sein dans la première heure de vie.

2.7. L'expérience en matière de l'allaitement maternel antérieur et démarrage de l'allaitement maternel :

D'une manière générale, les femmes qui ont-elles-mêmes été allaitées [92,93], et qui ont déjà allaité précédemment [94], allaitent plus précocement et plus longtemps que les autres. Les mères ayant déjà eu une expérience d'allaitement positive ont généralement un niveau plus élevé de confiance en soi et d'auto-efficacité que les mères primipares. En revanche, si les expériences précédentes ont été plutôt négatives, la confiance en sa capacité à allaiter peut-être moindre.

En effet, les femmes qui avaient vécu une expérience négative et qui avaient rencontré des obstacles au cours de l'allaitement maternel antérieur imposant son arrêt prématuré présentaient moins de chance d'allaiter précocement leurs enfants.

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

Une étude réalisée en Australie (Blyth et al.)[95], a montré que les mères ayant une confiance en leur capacité d'allaiter élevée allaitaient significativement plus, et pendant une plus longue durée que les mères ayant une faible confiance.

Si le sentiment d'auto-efficacité est un facteur prédictif du niveau et de la qualité de l'allaitement, des interventions doivent pouvoir être mises en place pour renforcer les mères dans leur confiance en leur capacité à allaiter précocement et les aider à persévérer en cas de difficultés.

Blyth propose dans son étude australienne plusieurs stratégies [95]. Avant la naissance, les professionnels de la santé devraient explorer si la mère a déjà vécu une expérience d'allaitement et dans quelle mesure celle-ci a été positive ou négative de manière à pouvoir les aider face à une éventuelle crainte ou anxiété, et à pouvoir corriger de mauvaises informations. Avant de quitter la maternité, les professionnels de santé devraient vérifier qu'une perception négative pouvant entraver l'auto-efficacité n'est pas présente.

Dans notre travail, il existe une relation très significative ($p=0,000$) entre l'expérience d'allaitement antérieur de la fratrie et de la mère elle-même par

rapport à la mise au sein précoce actuelle. Bien que, les femmes qui avaient allaitées lors de l'expérience antérieure, et celles qui ont-elles-même été allaitées, avaient plus de chance d'allaiter précocement leurs bébés.

2.7.1. La mise au sein précoce et l'allaitement maternel exclusif chez la fratrie :

L'OMS recommande de débiter l'allaitement dans la demi-heure suivant la naissance [96]. La mise au sein précoce est un facteur bénéfique sur la durée d'allaitement [92,97], tandis qu'une mise au sein différée semble être un facteur de risque de sevrage plus précoce [98].

Dans l'étude de CYNTHIA T., ZEMBO.M, ont montré que les mères qui allaitent précocement, allaitent plus longtemps que celles qui retardent la première tétée par leur choix, nécessité médicale ou à cause des pratiques hospitalières [32].

Et ainsi, dans une autre étude réalisée dans la République Démocratique du Congo [99], ils ont trouvé le premier né dans la fratrie et l'initiation tardive à l'allaitement maternel comme facteurs influençant de manière négative la poursuite de l'allaitement au sein. Comme a été souligné dans les études antérieures [100].

Quant à notre enquête, la mise au sein précoce a été retrouvée comme facteur corrélé à la poursuite de l'allaitement maternel à 6 mois, déterminant significatif, ($p=0,000$), puisque les femmes qui avaient allaitée leurs enfants avant une heure lors d'une expérience antérieure, 96,6% parmi elles, elles ont continué l'allaitement au sein plus de 6 mois.

En effet, il est clairement établi qu'un bon démarrage précoce dans la première heure de vie, donne toutes les chances de faire de l'allaitement une expérience durable, satisfaisante et réussie pour la plupart des mères et des enfants.

2.7.2. Les causes d'arrêt de l'allaitement maternel :

❖ Insuffisance lactée :

La perception d'insuffisance de lait est une des principales raisons amenant les mères à introduire le lait artificiel et/ou à mettre fin à l'allaitement maternel [93, 94,97]. Rapportée dans notre série par 40% des femmes interrogées.

Cela est conforme avec les études de LEFEBVRE [60] et NINEB [57] où l'insuffisance lactée a été identifiée comme première cause de sevrage précoce dans respectivement 31,4% et 33,9% des cas.

Or, selon le rapport de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (Anaes) [93] l'insuffisance de lait physiologique est très rare. Dans la majorité des cas, il s'agit soit de la perception d'une insuffisance de lait, qui pourrait être liée à un manque de confiance en soi de la mère, soit d'une insuffisance de lait secondaire à un allaitement mal géré (suite à une fréquence ou à une durée des tétées inadéquate, par exemple), à l'introduction de compléments, à une position du bébé incorrecte ou à un problème de succion [94].

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 [101].

En plus, Il semble que le besoin d'un bébé de téter fréquemment, ou le fait qu'il « semble affamé entre les tétées » [102], soit souvent interprété comme étant un problème, et en particulier comme un problème d'insuffisance de lait.

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 [103].

Quelle qu'en soit l'origine, il y a lieu de déceler et de prendre en charge la perception d'une insuffisance de lait par une écoute, un soutien et un apprentissage adaptés. L'incertitude concernant la quantité de lait prise par le bébé allaité au sein (présente chez 47% des mères dans l'étude de Kronborg et Vaeth [104]) est négativement associée à la durée de l'allaitement maternel et 35% des mères l'invoquent comme raison les amenant à utiliser le biberon [105]. Le fait de ne pas savoir la quantité de lait que le bébé a bue est en effet inquiétant pour certaines mères.

D'une manière générale, les mères qui allaitent doivent être prévenues de l'éventualité d'être confrontées à des périodes difficiles où elles auront l'impression de manquer de lait et douteront de leurs capacités à satisfaire les besoins de leur bébé [103].

La prévention est la meilleure approche et repose sur l'apprentissage et la pratique de tétées efficaces, à la demande, et le dépistage des situations à risque qui pourront bénéficier d'un suivi plus étroit et d'un accompagnement adapté.

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

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

❖ **Fatigue maternelle :**

Selon notre étude, elle représentait une cause d'arrêt de l'allaitement maternel dans 35% des cas.

Des études permettent de penser que, beaucoup plus que l'allaitement en soi, c'est la conviction maternelle que l'allaitement est fatigant qui peut avoir un impact sur la façon dont la mère perçoit son niveau de fatigue [106].

Une étude réalisée dans une maternité à Toulouse [106] a révélé l'absence de différence dans le niveau de fatigue entre les femmes qui allaitaient exclusivement au sein et celles qui donnaient exclusivement un lait industriel, le fait de sevrer l'enfant n'induisait pas de modification au niveau de la fatigue éprouvée par la mère.

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

On outre, Ce n'est pas l'allaitement mais l'accouchement puis l'ensemble des soins et le manque de sommeil qui fatiguent la mère. Il est sûrement plus fatigant de préparer un biberon à 2 heures du matin que de mettre l'enfant au sein.

Des études ont également montré qu'une mère allaitante dormait mieux qu'une mère non allaitante. Cet effet est certainement lié à la production d'endorphine et d'ocytocine, deux hormones sécrétées au cours de la lactation et qui ont pour effet d'augmenter la durée du sommeil paradoxal [107].

De ce fait, Les professionnels de santé qui suivent les mères doivent les informer sur le fait qu'il est normal d'être fatiguée en post-partum et durant toute la période de l'allaitement, et que sevrer l'enfant n'aura probablement en soi aucun impact sur la fatigue éprouvée.

❖ Refus de prise de sein :

Semble aussi être une entrave à la poursuite de l'allaitement. Dans notre étude, elle représentait 21% des causes d'arrêt.

Dans certaines études [108,109] 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 [108] :

✓ 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 [110].

✓ Les mamelons atypiques et l'ankyloglossie (frein de la langue court) rendent également la prise de sein plus difficile [109].

✓ 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 [109]. 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.

❖ **Crevasses :**

Etait évoquée par 4% des femmes interrogées dans notre travail.

Dans les autres études, les crevasses sont souvent retrouvées comme l'une des raisons les plus fréquentes de l'abandon de l'allaitement maternel lors des premières semaines [111,112], car elles rendent les tétées douloureuses et difficiles et découragent les mères à continuer d'allaiter au sein.

Ils existent plusieurs moyens simples pour prévenir et traiter les crevasses [112] tout en évitant l'arrêt précoce de l'allaitement maternel. Néanmoins, l'aide et les conseils des professionnels de santé s'avèrent nécessaires pour remédier à

cet obstacle et encourager la mère à continuer d'allaiter naturellement son bébé sans recourir au biberon.

Ces taux paraissent un peu excessifs, si on tient compte du fait que ces problèmes peuvent être évités par une bonne position et une bonne prise de sein par le bébé.



Accouchement
normal



Accouchement
par césarienne



Accouchement
avec épisiotomie

-Critères d'une bonne position :

- La tête et le corps sont alignés.
- Le corps du nourrisson et sa tête font face au mamelon.
- Le corps du nourrisson est proche de celui de la mère.
- Le corps du nourrisson est entièrement soutenu.



Bonne prise du sein

Mauvaise prise du sein

-Critères d'une prise de sein correcte :

- Le mamelon touche le sein.
- La bouche est grande ouverte.
- La lèvre inférieure est éversée vers l'extérieur.
- Aréole est plus visible au-dessus qu'au-dessous.

-Critère d'une bonne succion :

- * Succion lente
- * Succion profondes avec pauses

3. Les connaissances, attitudes et pratiques des mères à propos de l'allaitement maternel :

L'allaitement maternel est une pratique intime, une pratique culturelle par excellence : si donner le sein à son enfant est un phénomène universel, la manière de le donner varie énormément en fonction de la culture : « **Dis-moi comment tu allaites, je te dirai d'où tu viens** » [113].

Les connaissances des mères en matière d'allaitement maternel, est un élément incontournable dans la réussite de celui-ci.

Une étude tunisienne [114] a révélée en effet que les femmes qui avaient des connaissances positives en matière d'allaitement maternel avaient des attitudes favorables. Nous avons donc tenté d'apprécier les connaissances des mères, concernant la pratique et leurs attitudes à propos de l'allaitement maternel.

3.1. Le délai de mise au sein :

De nombreuses études [115] ont montré que le démarrage de l'allaitement était plus difficile si l'enfant n'avait pas pris le sein pendant les 2 premières heures ayant suivi la naissance.

Selon les recommandations de l'OMS, le nouveau-né doit être mis au sein le plus précocement possible ou mieux dans la salle de naissance [37], en effet la mise au sein immédiate permet au nouveau-né de bénéficier du colostrum dont l'importance nutritive et surtout protectrice contre les infections n'est plus à démontrer [116].

Dans l'étude de NINEB [57] qu'il a mené à Oujda, a rapporté que 37,3% des femmes ont été conscientes de l'intérêt de la mise au sein immédiate.

Dans notre série, 90% étaient pour une mise au sein immédiate contre 8% qui ont préféré la mise au sein différée alors que 2% ne savaient rien sur la question.

Dans l'enquête Nationale de AKHCHICHINE [47] rapporte que les variations de la mise au sein sont dues en partie à la composante régionale et diffère ainsi selon les régions. Ceci pourrait être expliqué également par l'impact négatif de certains facteurs sociodémographiques notamment l'âge jeune de la mère, la primiparité et le niveau d'instruction des parents.

3.2. La valeur du colostrum :

Le colostrum, sécrétion jaune et épaisse des tous premiers jours, produite en petite quantité (environ 50 ml/jour), est particulièrement riche en protide et en immunoglobulines [117].

Or, ce liquide a longtemps été considéré dans plusieurs cultures comme inutile, voire dangereux : les femmes indochinoises considèrent le colostrum comme du vieux lait qu'elles rejettent et remplacent par du thé de ginseng ou de l'eau bouillie sucrée (HENDERSON et BROWN) [118].

Dans la culture latino-américaine, le colostrum est considéré comme du lait « sale » ou « vicié » (BERTELSON et AUERBACH) [118].

En Afrique, au Mali, la majorité des nourrissons sont mis au sein quelques heures après l'accouchement recevant donc le colostrum qui n'est considéré ni bon ni mauvais (DETTWYLER) [119].

En Somalie, le colostrum est vu comme du mauvais lait que la mère extrait elle-même de ses seins et jette jusqu'à ce que surgisse le lait [118].

Dans la culture d'Europe centrale, le colostrum est donné au bébé suivi d'un substitut du lait maternel (CHALMERS) [118].

ARABI [46] dans son étude rapporte que 34% des femmes ignorent la valeur du colostrum et 9% le juge sale et mauvais.

NINEB [57] constate que 16% des femmes n'ont pas reconnu le colostrum et 2% le considéraient inutile.

Selon l'étude « investigation par focus Group » [47], la majorité des mères reconnaissent le colostrum et savent le décrire, mais l'évaluation de son utilité et son importance varie très nettement d'une région à l'autre : à Marrakech, le colostrum est donné au nouveau-né parce qu'il est considéré par tradition « selon les dires des grand-mères » comme bénéfique pour l'enfant.

A Tétouan, les mères ne lui accordent par contre -dans leur majorité- aucun intérêt, et affirment qu'il « n'a aucune valeur » et que de ce fait il est « tiré par pression du sein et jeté ».

A Khemissat, l'attitude exprimée par les mères semble se situer entre ces deux extrêmes : le colostrum est à la fois reconnu et administré au nouveau-né sans que son intérêt soit pour autant clairement identifié.

Notre étude rejoint les études suscitées révélant que 25% de nos enquêtées n'en avaient aucune idée et 75% le reconnaissent. Par ailleurs 31% ne savaient pas ses bénéfices. Ceci s'expliquerait éventuellement par le manque d'informations prodiguées aux mères lors des consultations prénatales et au cours de leur séjour à la maternité.

Et ainsi, la manière négative dont est toujours perçu le colostrum dans la culture et la méconnaissance de ses bienfaits nutritionnels, immunologiques....., constituent un obstacle majeur à la mise en route précoce de l'allaitement au sein dans plusieurs pays y compris le nôtre : une éducation et une information des mères s'imposent.

3.3. Le moment du choix du mode d'alimentation et la première tétée :

La décision du mode d'alimentation de leur nourrisson a souvent été prise par les femmes interrogées avant même la grossesse : c'est le cas pour 74% de la totalité des femmes interrogées, d'autant plus, 33,8% parmi elles, elles ont fait la mise au sein précoce. Alors on peut conclure, qu'il existe une association significative entre le moment du choix en préconception et la mise au sein précoce ($p=0,000$).

Cela suggérerait que les femmes qui avaient choisi d'allaiter avant la grossesse étaient peut-être plus motivées à allaiter leurs enfants dans la première heure après la naissance et donc plus à même de surmonter les difficultés.

Dans la littérature, le choix d'allaiter ou non se fait avant la grossesse et/ou durant le premier trimestre dans la grande majorité des cas [105]. 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 [119]. Ainsi, l'intention prénatale d'allaiter de manière prolongée est significativement associée à un allaitement prolongé [94,104]. 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.

Le moment de la décision d'allaiter est un facteur d'influence important sur le comportement d'allaitement des mères [94] : **plus la décision est précoce, meilleures seront l'initiation et la durée d'allaitement.**

Le choix « tardif » (c'est-à-dire le choix pris pendant la grossesse ou à la naissance) du mode d'alimentation du bébé est, en revanche, associé à un sevrage plus précoce [98].

Il semble donc important de promouvoir l'allaitement le plus tôt possible, et surtout auprès d'adolescents et d'adultes jeunes.

3.4. L'alimentation du nouveau-né avant la première tétée :

Selon les recommandations de l'OMS aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel ne doivent être administrés au nouveau-né sauf indication médicale. Plusieurs études ont prouvé le bien-fondé de cette recommandation [70, 120, 121].

L'effet négatif de l'utilisation de complément du lait artificiel sur le démarrage précoce et le succès de l'allaitement a été démontré dans de nombreuses études [122].

Bien que, La restriction de l'utilisation de complément est l'une des dix recommandations de l'initiative hôpital ami-des-bébés (IHAB) de l'OMS (Annexe II).

Une étude nord-américaine [54] a démontré que l'administration du biberon à la place ou en complément des tétées au sein et l'utilisation des tétines ou sucettes diminuent la durée de l'allaitement maternel et surtout l'exclusivité. JEBNOUN [123] dans son enquête a trouvé que 19,7% des femmes pensent

qu'il faut donner un supplément d'eau sucrée contre 71,3% qui pensent que cette pratique n'est pas nécessaire.

NINEB [57] a constaté que 50% des enquêtées savaient qu'il ne faut rien donner au nouveau-né à part le lait maternel, quant à ARABI [46], 40% des femmes ont donnée à leurs bébés de la verveine sucrée avant la montée laiteuse.

D'autres études [51] ont montré également que le don en routine de suppléments (Tisane, eau sucrée, lait artificiel, sérum glucosé) en maternité avant la première tétée était négativement associé au bon démarrage précoce et à la durée de l'allaitement.

De ce point de vue, la supplémentation implique une réduction du nombre des tétées, ce qui peut induire un abaissement de la sécrétion lactée. Toutefois, des tétées fréquentes et l'allaitement à la demande jour et nuit peuvent minimiser cette association.

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

Pourtant, pour l'ensemble des mères interrogées, 73% des femmes préféraient donner immédiatement le sein au nouveau-né, 20% optaient pour une infusion à la verveine, 6% donnaient l'eau sucrée et 1% pour des formules lactées avant la mise au sein.

3.5. La fréquence des tétées :

L'allaitement maternel est adapté à la pratique d'un régime libre « **à la demande** », ainsi c'est l'enfant lui-même qui va fixer la quantité ingérée, la durée et le rythme des tétées [37].

L'Association Internationale De Consultant en Lactation, évoque le nombre de « **8 à 12 tétées par 24 heures** », soit une tétée toutes les 2 à 3 heures » comme étant la fréquence moyenne des tétées durant le premier mois [18]. Cela permet aussi une bonne production du lait, un gain du poids rapide du nouveau-né, et ainsi de diminuer l'incidence des douleurs des mamelons [32].

Cependant, La Haute Autorité de Santé (HAS), recommande un allaitement au sein sans préciser le nombre ni la durée des tétées, en d'autres termes « aussi souvent et aussi longtemps que l'enfant en montre le besoin », puisque chaque nouveau-né a son propre rythme de tétée [18].

En effet, la lactation est continue et le lait risque de s'accumuler dans les alvéoles et entraîner un engorgement [34], en plus donner un biberon ou une tétine risque de perturber la poursuite de l'allaitement maternel.

Quant à notre enquête, toutes les femmes enquêtées ont su répondre à cette question. Leur réponse était : « j'allaité mon enfant à la demande ».

3.6. La conservation du lait maternel au réfrigérateur :

Le lait maternel peut être conservé pendant 4 jours au maximum au réfrigérateur à une température entre 0 °C et 4°C Ainsi, les femmes qui travaillent peuvent bien profiter de cette propriété [124].

Dans notre étude, 93% des parturientes ne savent pas cette modalité.

3.7. La raison du choix du mode d'alimentation :

3.7.1. Pourquoi les mères choisissent-elles l'allaitement maternel ?

Dans notre enquête, toutes les mères manifestaient le désir d'allaiter au sein leurs enfants et ce choix est multifactoriel.

La première raison avancée par les mères qui ont choisi l'allaitement maternel est le bénéfice escompté sur la santé de l'enfant (97%), puis la raison économique (68%) puis la relation mère-enfant (29%) et enfin, la motivation personnelle (13%).

Les résultats de notre étude sont conformes à ceux des études publiées qui mettent toutes en avant les bienfaits de l'allaitement maternel sur la santé de l'enfant comme premier argument présenté par les mères en faveur du choix de ce mode d'allaitement [62, 63,64].

Une étude réalisée en 2001 démontre que le taux d'allaitement maternel augmente avec le nombre de qualités du lait maternel connues des mères. Bien que la qualité la plus déterminante est la diminution du risque d'infection [63].

On comprend alors mieux la nécessité d'informer les femmes pendant la grossesse sur les bienfaits de l'allaitement.

Néanmoins, le fait que, le critère « difficultés financières » soit la deuxième raison invoquée par les mères, peut alors surprendre, mais il traduit la complexité des profils des femmes maintenant un allaitement de longue durée.

À l'opposé des femmes en situation professionnelle favorable pour laquelle la limitation de l'allaitement résulte des contraintes d'organisation qu'il impose, pour d'autres femmes en situation moins favorable, l'allaitement constitue une solution plus économique que les laits artificiels.

Il en est de même sans doute pour l'absence d'activité professionnelle qui apparaît significativement en faveur de l'allaitement durant plus de 12 semaines [125].

Par ailleurs, la troisième raison invoquée pour allaiter est : le lien particulier que l'allaitement crée entre la mère et son enfant. Et cela joint les études d'Arora et al. [105], qui confirment à leurs tours le fait que, les facteurs les plus significatifs contribuant à la décision de la mère à choisir l'allaitement maternel sont :

- ✚ Le bénéfice pour la santé de l'enfant ;
- ✚ Le côté naturel ;
- ✚ Le lien émotif plus étroit avec l'enfant.

3.7.2. Pourquoi les mères choisissent-elles l'allaitement artificiel ?

Notre étude met en évidence que les mères qui ont choisi d'avoir recours à l'allaitement artificiel l'ont fait d'abord pour une meilleure satiété et croissance du bébé (51%). Puis, 30% d'entre elles ont choisi le biberon pour le motif de la fatigue maternelle.

Pour les autres motifs d'allaitement artificiel, nous avons identifié : absence de montée laiteuse (10%), Puis un groupe de raisons lié à la morphologie des seins ou chirurgie mammaire (10%).

Deux femmes expliquaient leur choix par l'échec d'un allaitement antérieur et par la fatigue liée à l'allaitement.

Nos résultats concordent avec les données de la littérature puisque l'aspect pratique du biberon est le principal motif donné pour le choix de l'allaitement artificiel dans de nombreuses études [62,63].

Cependant ce motif est contestable, l'allaitement au sein, n'étant pas moins commode, ne prenant pas plus de temps que l'allaitement au biberon : en pleine nuit lorsque l'enfant pleure il semble plus facile de donner le sein que d'aller préparer un biberon.

Ce motif a toutefois pour avantage de masquer en premier lieu à la mère elle-même les véritables raisons qui ont motivé le choix de l'allaitement au biberon et qui s'avèrent être les barrières psychologiques subies par la mère à savoir une pudeur peut-être excessive [62,126], un sentiment de rejet par rapport à l'allaitement maternel [126], une gêne à l'idée du contact physique qu'il impose ou simplement la peur de ne pas réussir [62, 126].

D'où la nécessité pour les professionnels de santé de s'intéresser au projet d'allaitement pendant la grossesse, afin de dépister les angoisses et les peurs des patientes et de les rassurer si besoin.

Sans oublier, l'influence de l'entourage comme un des facteurs majeurs du choix de l'allaitement artificiel : ainsi, si la mère perçoit que la famille, et en particulier le conjoint a une attitude négative vis-à-vis de l'allaitement maternel, elle n'allaitera probablement pas car elle sait qu'elle ne se sentira pas soutenue [127].

Plusieurs études ont confirmé également que les pères avaient un rôle influent dans la prise de décision des femmes d'allaiter leur enfant [92, 94,128] et que leur soutien était crucial pour le succès de l'allaitement [129].

Dans l'étude de Scott et al. [128], menée en Australie, 59 % des femmes qui percevaient que leur partenaire était plus favorable à l'allaitement ont maintenu l'allaitement jusqu'à six mois et 53 % ont allaité exclusivement leur enfant jusqu'à trois mois, contre 30% et 26 %, respectivement, des femmes qui percevaient que leur partenaire était plus favorable au biberon ou ambivalent quant au type d'alimentation du bébé. Les mères qui allaitent plus de neuf mois leur enfant ont de meilleures relations et expriment une plus grande satisfaction à propos du soutien émotionnel reçu de la part de leur conjoint et de leur propre mère que les mères qui sèvrèrent rapidement leur enfant.

Les croyances et représentations au sujet de l'allaitement de paires et grands-mères (« Es-tu sûre d'avoir assez de lait ? », « N'a-t-il pas encore faim ? ») peuvent malheureusement avoir une influence néfaste sur la confiance en soi des mères et le choix du mode de l'allaitement.

Et ainsi, il y a certaines idées fausses comme celle que l'allaitement maternel abîme les seins ou puisse interférer avec la vie de couple, peuvent faire préférer à certains conjoints la solution de l'allaitement artificiel [127].

Il paraît donc important d'informer également les pères sur l'allaitement, afin qu'ils puissent soutenir en toute connaissance de cause le choix de leurs femmes.

Finalement, et selon Arora et al. On peut résumer les raisons les plus communes invoquées par les mères qui utilisent le biberon en [105] :

- La perception de la mère de la préférence du père pour le biberon ;
- L'incertitude concernant la quantité de lait prise au sein ;
- Le retour au travail.

3.8. Les contre-indications de l'allaitement maternel :

➤ Femme VIH+ :

Dans notre enquête, 75% des mères ont répondu qu'il faut suspendre l'allaitement en cas de VIH chez la maman, cependant 25% elles ne savent pas la réponse.

La transmission du VIH par l'allaitement au sein a été largement prouvée, notamment par la contamination d'enfants nourris au sein dont la mère avait été infectée lors ou après l'accouchement, par une transfusion ou des rapports sexuels. Le risque de transmission du VIH attribuable à l'allaitement maternel a été estimé à 14 % pour une durée d'allaitement de 15 à 18 mois. En cas de primo-infection par le VIH chez une mère qui allaite, le risque est encore plus grand (26 %) [131].

D'autre d'autres études, l'augmentation du risque de contamination en cas, d'allaitement au sein est estimée à 0,7 % par mois d'allaitement [130].

Le VIH peut se transmettre par le lait maternel à tout moment de la lactation. Plus la durée d'allaitement au sein est longue, plus le risque de transmission est grand. Il a également été prouvé que l'allaitement exclusif comportait un risque nettement inférieur d'infection par le VIH que l'allaitement mixte.

Le risque de transmission du VIH par l'allaitement au sein est également accru en cas de charge virale élevée chez la mère, de numération cellulaire CD4+ basse, de présence de lésions mammaires (mastite, abcès, lésions du mamelon). La présence d'un muguet buccal chez l'enfant augmente également le risque de contamination par le VIH [132].

L'infection par le VIH même en cas de thérapie antirétrovirale reste une contre-indication formelle à l'allaitement maternel, sauf dans certains protocoles thérapeutiques dans les pays en voie de développement [133].

La recommandation actuelle de l'OMS est donc de conseiller aux femmes VIH-positives de renoncer entièrement à l'allaitement au sein et de recourir à l'alimentation de substitution lorsque celle-ci est acceptable, praticable, financièrement abordable, sûre et durable, ce qui est le cas dans les pays développés.

Dans les pays en voie de développement, le risque de transmission doit être mis en balance avec le risque de morbidité et de décès par d'autres maladies infectieuses et par malnutrition.

Dans le cas où l'alimentation de substitution n'est pas possible dans les conditions précédemment citées, l'OMS recommande de pratiquer l'allaitement au sein de manière exclusive pendant les premiers mois, d'éviter l'allaitement partiel et de cesser complètement l'allaitement dès que cela est possible, au plus tard vers 6 mois [132].

➤ **Hépatite C et B chez la mère :**

Dans notre étude, 95% des mères interrogées n'ont pas su répondre à cette question, tandis que 5% elles ont dit qu'il faut continuer l'allaitement au sein.

Les dernières conférences de consensus américaines et européennes et les recommandations de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES 2002)[133], ne contre-indiquent pas l'allaitement maternel lorsque les mères sont porteuses chroniques du virus de l'hépatite C (VHC) et du virus de l'hépatite B (VHB) même en cas de virémie (antigène HBe positif ou ADN-

VHB positif en polymerase chain reaction [PCR] ou ARN-VHC positif en reverse transcriptase [RT-PCR]), sous réserve d'une sérovaccination efficace contre VHB et de l'absence de saignement mamelonnaire et d'érosion gastrique (AAP).

Les antiviraux type interféron alpha 2a et 2b, prescrits en cas d'hépatite C active, sont compatibles avec l'allaitement contrairement aux antiviraux plus récemment utilisés : sofosbuvir, simeprevir, telaprevir, boceprevir, ribavirine.

Les mères virémiques doivent être informées le plus objectivement possible de l'état actuel des connaissances vis-à-vis du risque de transmission par l'allaitement maternel.

En effet, la recherche par PCR de l'ARN de VHC est retrouvée dans un tiers des cas et la protection après sérovaccination est inférieure à 80 % des cas et peut être largement moindre en cas de prématurité [133].

L'utilisation de lait cru de mère virémique pour l'hépatite B ou C en unité de néonatalogie reste sous la responsabilité du chef de service [133].

Chez le nouveau-né le principal mode de contamination par les virus de l'hépatite B et de l'hépatite C est la transmission du virus de la mère à son enfant. Pour ces 2 virus le moment précis de la contamination n'est pas connu avec certitude, mais dans la majorité des cas elle se produit au moment de la naissance. Les virus des hépatites B et C ne sont pas transmis par voie digestive, des lésions muqueuses seraient nécessaires pour que le virus puisse éventuellement être transmis par cette voie.

➤ **Tuberculose :**

D'après les recommandations de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), l'allaitement maternel doit être poursuivi avec un port de masque et une fois le traitement débuté, l'enfant devra être pris en charge spécifiquement (vaccin, traitement) [133].

En cas de tuberculose pulmonaire active, la maman doit être séparée de son nouveau-né pendant la période de contagiosité (en général durant les 2 premières semaines de traitement). Pendant cette période, elle peut tirer son lait et celui-ci peut être donné au bébé.

Aucun événement indésirable n'a été rapporté chez l'enfant en cas de traitement maternel par les antituberculeux de 1ère intention : isoniazide, rifampicine, streptomycine, éthambutol et pyrazinamide. Ces antibacillaires sont considérés comme compatibles avec l'allaitement par l'Académie américaine de Pédiatrie.

Quant à notre série, 30% des femmes ont opté pour la suspension de l'allaitement, contre 70% qui ne savent pas la réponse.

➤ **Maladies maternelles chroniques :**

Les greffes rénales et cardiaques, les maladies cardio-vasculaires ou respiratoires sévères, les hémopathies malignes et les cancers en cours de traitement représentent des contre-indications à l'allaitement maternel, mais ces cas sont exceptionnels [131].

La plupart du temps, ce n'est pas la maladie elle-même qui est un obstacle à l'allaitement maternel mais les thérapeutiques utilisées. Il est donc important de choisir des médicaments compatibles avec l'allaitement.

Si la mère désire allaiter, il convient donc d'évaluer au cas par cas les risques encourus par la mère et l'enfant. L'effort physique représenté par l'allaitement maternel peut-il être supporté par la mère et ne risque-t-il pas d'aggraver l'évolution de sa maladie? Les traitements médicamenteux pris par la mère présentent-ils un danger pour l'enfant ? [134]

Dans notre étude, la majorité des femmes, (90%), n'a pas su répondre à ces questions, tandis que 10% ont été pour le sevrage.

➤ **Utilisations de certains médicaments : [133]**

À ce jour, la prescription médicamenteuse chez les mères allaitantes a été identifiée comme la deuxième cause d'arrêt précoce ou tardif de l'allaitement maternel.

Les femmes prennent entre un et 11 médicaments au cours de la grossesse et de l'allaitement maternel sans que l'on sache avec certitude s'ils sont inoffensifs pour l'enfant.

Pour la majorité des médicaments, on ne dispose d'aucune donnée, ce qui est dû en particulier au fait qu'aucun dosage de médicament dans le lait n'est exigé pour le dépôt de dossier d'allaitement maternel.

Tout au plus dispose-t-on de quelques dosages dans le colostrum ou le lait, le plus souvent après une prise unique. L'enfant au sein risque d'être exposé. Le risque toxique pour ce dernier doit être analysé au cas par cas.

Cette analyse doit tenir compte de la balance bénéfice /risque pour la mère, des conséquences pour l'enfant d'un éventuel arrêt de l'allaitement maternel, et des effets du médicament au cours de l'allaitement maternel.

Ainsi, avant toute prescription médicamenteuse à une femme allaitante, il faut se poser les questions suivantes:

- La symptomatologie ou la maladie nécessitent-ils vraiment un traitement?
- Ce médicament est-il, à efficacité équivalente, celui qui présente le moins de risques pour l'enfant allaité ?
- Le risque potentiel pour le nouveau-né est-il supérieur à l'avantage que lui procure l'allaitement maternel ?

Des informations en termes de pharmacocinétique et pharmacodynamie sont accessibles.

La majeure partie des médicaments est compatible avec l'allaitement maternel comme le confirment les ouvrages de référence de Hale.

Le caractère compatible ou non d'une molécule peut être modifié si plusieurs molécules sont prises ensemble, ceci est dû au risque d'interaction médicamenteuse et de possibles effets de potentialisation.

Si une maman doit prendre plusieurs médicaments, il est judicieux d'appeler un centre d'information thérapeutique avant de recourir à la prise de ces médicaments. Ceci est d'autant plus vrai que l'enfant est prématuré. Des sites spécialisés actualisés peuvent être consultés : <http://www.iBreastfeeding.com>, <http://www.reseau-medic-al.fr/index.php>, etc.

Selon V.Rigourd et al. [133] Toujours essayer de trouver une alternative thérapeutique autorisant l'allaitement. Si un traitement court et contre-indiqué avec l'allaitement doit être prescrit : suspendre allaitement, faire tirer le lait (6 fois/jour) et le jeter pendant cinq demi-vies après la dernière prise.

En cas de médicament à prise unique et de demi-vie courte, le prendre juste après la tétée du soir. Prescrire le moins de traitements possibles chez la femme allaitante

Le choix final doit être l'efficacité pour la mère et le moindre risque pour l'enfant.

Préférer les médicaments : fortement liés aux protéines plasmatiques, peu liposolubles, à biodisponibilité orale faible, à demi-vie courte, sans métabolite actif, usuellement utilisés en pédiatrie.

Si le passage dans le lait a été étudié : déterminer la quantité maximum de médicament que l'enfant peut recevoir, éviter d'allaiter au moment du pic. Si le passage n'a pas été étudié : choisir un médicament avec demi-vie courte, haute fixation protéique, faible disponibilité orale, haut poids moléculaire, de rapport lait/plasma faible, sans métabolite actif.

Encadré : Les médicaments suspendant l'allaitement maternel [135] :

- ❖ Médicaments cytotoxiques
- ❖ Chloramphénicol
- ❖ Certains antibiotiques (Ciflox®, Vibramycine®)
- ❖ Les alcaloïdes de l'ergot de seigle
- ❖ Les dérivés de l'indanedione (Previscan, Pindione®)
- ❖ Les rétinoïdes
- ❖ Le lithium
- ❖ L'amiodarone
- ❖ Cyclosporines
- ❖ La prednisone (si utilisation prolongée ou dose > 80 mg/jour)
- ❖ Les isotopes radioactifs (iode 123, 125 ou 131, technétium 99, Ga 67)
- ❖ Les sels d'or
- ❖ Les stupéfiants (Cocaïne, Héroïne)

Dans notre étude, 71% des mères interrogées ne savent pas la réponse, contre 21% qui ont été pour le sevrage et 8% elles ont dit qu'il faut continuer l'allaitement même si la prise médicamenteuse.

4. L'influence de la source d'information sur le démarrage de l'allaitement maternel :

La lactation est un processus physiologique, mais l'allaitement est surtout un comportement appris. Le soutien social doit être émotionnel, pratique et informationnel. Le compagnon, la famille ou l'entourage proche jouent un rôle important dans la décision d'allaiter et la durée de l'allaitement maternel [115].

Dans l'étude de BAKALI [136], la principale source d'information des mères en matière d'allaitement était la famille et ce pour 88,1% des femmes, pourtant, dans l'étude de JEBNOUN [114], les femmes recevaient principalement l'information de l'entourage et ce pour 69,3%, suivi des mass médias cité par 46,5% des interrogées, l'assistance médicale et paramédicale et l'expérience personnelle étaient évoquées respectivement par 35,4% et 27% des femmes.

Dans l'étude de VENDITELLI [74], l'entourage et les consultations prénatales ont constitué les principales sources d'information des mères avec des taux respectifs de 48,8% et 22%.

Dans l'étude de LEFEBVRE [60], les personnes ayant influencé la décision de l'allaitement maternel était la famille dans 38% des cas suivi du personnel médical dans 21% des cas.

Dans notre étude, c'est également l'entourage familial et amical qui représente la principale source d'information en matière d'allaitement maternel et ceci pour 65% des femmes. Les professionnels de santé et l'auto-formation à partir des médias, ont été évoqués respectivement par 33% et 5% des femmes.

Remarquons que seulement 33% des femmes ont évoqué le personnel médical et paramédical comme influençant leurs connaissances. : 45% parmi ces dernières ont réussi la mise au sein précoce ($p=0,02$).

Il ressort de ces résultats, la nécessité d'une sensibilisation et une meilleure formation des professionnels de santé, ainsi que l'utilisation des mass media dans la promotion et l'encouragement de l'allaitement maternel.

Les résultats de notre étude concernant les connaissances des mères au sujet de l'allaitement maternel, reflètent le manque d'information et d'éducation qui leur est dispensée par les professionnels de la santé. D'autant plus que la principale source d'information est représentée essentiellement par l'entourage familiale, et que le nombre de mères qui ont bénéficié d'un conseil prénatal est très faible (34%).

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

Concernant les parturientes qui ont réussi à allaiter leurs bébés à la première heure de vie, ont bénéficié du soutien d'un professionnel de santé, en postpartum immédiat et 68% d'entre elles, elles avaient reçu de conseil prénatal sur l'allaitement maternel au cours des consultations prénatales, en vue d'allaitement précoce dans la première heure suivant l'accouchement.

Le soutien apporté par les professionnels de santé aux mamans pour le démarrage précoce de l'allaitement maternel est un droit reconnu par la convention relative aux droits de l'enfant [137]: « la convention relative aux droits de l'enfant reconnaît à tout enfant le droit inhérent à la vie et vise à assurer leur survie et leur développement. L'allaitement dans l'heure suivant

l'accouchement contribue à assurer la survie des enfants. Les femmes ont un droit à cette connaissance et de recevoir le soutien dont elles ont besoin pour commencer l'allaitement».

En effet, durant les consultations prénatales, les professionnels de la santé devraient identifier les entraves de l'allaitement notamment par l'examen des seins et la recherche de contre-indication de l'allaitement, sensibiliser et former la mère sur le déroulement de la première tétée. Cependant notre étude a révélé que seulement 34% qui ont reçu de conseil prénatal sur l'allaitement maternel.

Pour la mise en route précoce de l'allaitement, les mères ont vraiment besoin de tous les appuis qui dépendent des équipes soignantes : Précocité de la mise au sein, démonstration à une mère débutante, Proximité du bébé la nuit...autant de facteurs qui dépendent de la formation des professionnels mais aussi de leur disponibilité.

Le rôle des professionnels de santé paraît donc essentiel pour encourager et aider les parents à mener à bien leur choix : une attitude positive envers l'allaitement combinée à des connaissances pratiques pour assister et soutenir les mères qui ont choisi d'allaiter a été rapportée comme un important facteur de promotion de la mise au sein précoce et de la durée de l'allaitement maternel exclusif [138, 139].

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

6. Les connaissances et pratiques des professionnels de la santé :

L'importance des pratiques hospitalières pour l'initiation et la durée d'allaitement est unanimement reconnue [140, 141, 142]

Les pratiques adoptées par le personnel de santé qui entoure la mère depuis la surveillance prénatale jusqu'au moment de la naissance et pendant le séjour en maternité contribuent à choisir et à réussir l'allaitement au sein [143].

Or, bien souvent hélas, l'allaitement maternel est très mal connu de ceux qui sont censés informer, et les informations ou conseils prodigués émanant d'expériences personnelles ou professionnelles ne sont pas cohérentes [143].

D'après notre enquête qui a intéressé 50 professionnels de santé s'occupant du couple mère-nouveau-né, sort que la majorité d'entre eux savaient les avantages de l'allaitement maternel, bien que 30% ont expliqué ces avantages par la protection des enfants contre les infections, 16% par prévention du cancer du sein, et protection contraceptive dans les 6 premiers mois, 15,20% ils ont dit que l'allaitement maternel facilite le lien mère-enfant, 11,20% croissance du nourrisson, 6% pour la raison économique, 5,60% ils recommandent l'allaitement maternel car il est un mode d'alimentation écologique pour la société.

Concernant les contre-indications de l'allaitement maternel, un taux non négligeable (67,5%) des professionnels de santé savaient qu'il y a des contre-indications.

Pourtant pour les conseils à transmettre à la mère pour la réussite de l'allaitement maternel, 75% qui ont su répondre.

Les réponses sur les recommandations pour réussir l'allaitement maternel étaient justes dans 60% des cas. Concernant, les causes d'une mauvaise prise de sein presque la majorité 93% des professionnels de santé, savaient répondre à cette question, par ailleurs la mauvaise position (52%) a été reconnue comme la principale cause, néanmoins 48% reflète le taux des réponses sur les conséquences de la mauvaise prise de sein, et 41% c'est le pourcentage des professionnels de santé qui ont répondu que la stagnation du poids du nourrisson représente la principale conséquence.

En plus pour la question de comment renforcer la confiance et apporter un soutien à la mère, 60% des professionnels de santé ont répondu par « je ne sais pas », et ainsi 51% des cas ne savaient pas répondre à la question des problèmes liés à l'allaitement maternel.

Bien que, en ce qui concerne les modalités d'évaluation d'une tétée, 30% ne savaient pas.

Uniquement 35% des professionnels de la santé qui reconnaissaient les modalités de prise en charge de certaines difficultés liées aux problèmes des seins.

S'agissant des pratiques recommandées pour encourager l'allaitement maternel, les professionnels de la santé des deux maternités rapportent qu'il n'y a pas des recommandations dans leurs établissements pour la réussite de l'allaitement maternel quel que soit le type d'allaitement (exclusif ou partiel), ainsi pour la promotion de l'allaitement maternel, qu'il n'y a pas ni un espace ni des professionnels de santé dédiés à la promotion de l'allaitement maternel.

Les brochures d'information par le biais des vidéos, des publications et des séances d'information collectives, lors du suivi de la grossesse dans les centres de santé et après l'accouchement dans l'hôpital, représentent la manière avec laquelle les femmes sont informées sur l'allaitement maternel. Puisque ils faisaient des réunions d'échange, d'information et d'encouragement à l'allaitement maternel dans les centres de santé et dans les services de pédiatrie et gynécologie-obstétrique et ceci surtout lors de la semaine nationale de l'allaitement maternel. Ces activités sont assurées par des médecins et des professionnels paramédicaux.

Cependant, 52% des professionnels de la santé ont encouragé des femmes allaitantes à donner précocement dans la première heure suivant l'accouchement, le sein à leurs bébés, ce qui répond aux recommandations de l'OMS.

Et ainsi, à propos des pratiques recommandées pour encourager la mise au sein précoce, 41% des professionnels de la santé répondaient par la remise du bébé à sa mère dans la première heure après l'accouchement, 33% des cas par l'initiation de l'allaitement maternel une heure après la naissance, 11% des cas ils conseillaient les mères de rester à l'écart des tétines artificiels et des tisanes, 8% des cas ils leur montraient les techniques de mise au sein et 7% des cas ils informaient les parturientes sur les avantages du colostrum.

Finalement, les recommandations nationales relatives à la réussite de l'allaitement maternel, sont méconnues de bon nombre de soignant responsables du suivi médical des futures ou jeunes mères et des nourrissons. Puisque 45% des professionnels de la santé avaient dit oui sans citer ces recommandations, alors que 55% ne savaient rien sur la question.

A la lumière de ces résultats et compte tenu des 10 conditions lancées par l'OMS et l'Unicef en 1992 dans le cadre de : « l'initiative hôpitaux ami des bébés » que les maternités devraient respecter afin d'assurer le succès de l'allaitement maternel (Annexe II), il s'avère que la situation, dans les 2 maternités où l'enquête a eu lieu, est loin d'être optimale.

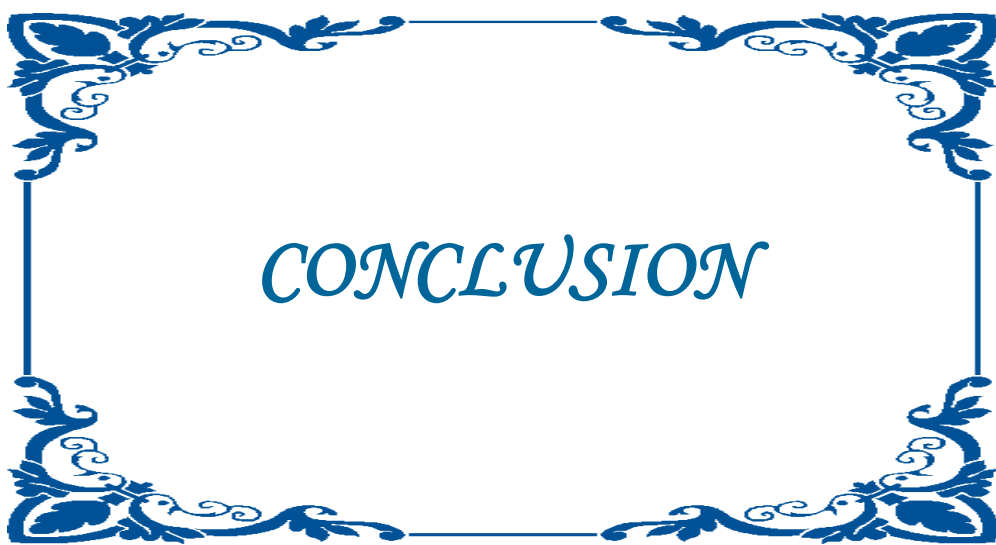
Si le choix d'allaiter ou non est du ressort propre de la mère, il relève de la responsabilité des professionnels de santé d'encourager, de sensibiliser et d'informer les mères des avantages innombrables qu'apporte l'allaitement maternel pour la mère et pour l'enfant, de les initier à sa pratique correcte, de les renseigner quant aux ressources qu'elles peuvent avoir en cas de difficultés, et surtout, de prévenir les difficultés qu'elles pourraient rencontrer et de leur enseigner les façons de les traiter ou les éviter.

Il est donc nécessaire pour apporter une information cohérente, des conseils de meilleure qualité et un accompagnement adéquat que tous les professionnels de santé mettent leurs connaissances à jour, une formation continue est donc indispensable pour acquérir des connaissances nouvelles et pouvoir les appliquer en équipe.

Nous pouvons tous (sages-femmes, obstétriciens, pédiatres, étudiant en médecine etc...) aider les mères pour que la mise en route de leur lactation soit un succès en essayant de rassembler au mieux les dix conditions pour le succès de l'allaitement (OMS/Unicef). Chaque femme doit pouvoir obtenir des réponses à ses questions et des actions face aux différents incidents de parcours qu'elle pourra rencontrer.

C'est en se formant et en s'évaluant régulièrement que les professionnels de santé peuvent aspirer à atteindre ces objectifs.

Tout professionnel de santé devrait posséder les connaissances scientifiques pour promouvoir l'allaitement maternel, être capable d'en résoudre les problèmes pratiques et prodiguer des conseils cohérents sur ce sujet.



A travers notre travail, L'analyse des facteurs associés au démarrage de l'allaitement maternel en maternité a permis de déterminer certains niveaux d'insuffisance :

1. L'absence d'information concernant les difficultés qui peuvent survenir lors d'un allaitement au sein, conduisant à son arrêt pour des raisons n'ayant aucun fondement scientifique.
2. La méconnaissance des avantages du lait maternel et surtout du colostrum et sa valeur immunitaire.
3. La place prépondérante de l'entourage dans l'encadrement des mères en matière d'allaitement maternel et l'implication très modeste des agents de santé dans cette tâche, surtout lors du suivi de la grossesse.
4. La mise au sein précoce encore insuffisamment instaurée, ce qui encourage certaines pratiques tel que l'administration de tisane et la remise retardée du nouveau-né à sa mère.
5. L'absence de professionnel de la santé dédié à la promotion de l'allaitement maternel dans les deux maternités.

En tenant compte de ces éléments et à la lumière de notre revue de la littérature, nous proposons quelques mesures incitatives visant à promouvoir l'allaitement maternel exclusif dans le cadre d'une politique préventive de santé :

1. L'éducation et l'information en prénatal ayant pour objet de sensibiliser les mères surtout les mères jeunes sur les bénéfices de l'allaitement maternel.

2. La formation de base et continue pour la maîtrise par les personnels de santé des compétences requises en matière d'allaitement maternel.
3. L'adoption d'une politique d'allaitement maternel au sein des maternités ainsi que le suivi de son application en se basant sur les critères de « l'initiative hôpital amis de bébé » avec organisation d'un prix national annuel pour la meilleure maternité lors de la semaine nationale de l'allaitement maternel.
4. La révision de certaines pratiques hospitalières, à savoir :
 - a. Favoriser le contact peau à peau par la remise précoce du nouveau-né à sa mère dès sa naissance, dès que son état clinique le permet.
 - b. Faire en sorte que tous les nouveau-nés sains prennent correctement avant la première heure de vie le sein en vue généraliser la mise au sein précoce.
 - c. Encourager des tétées fréquentes et ne pas restreindre la durée des tétées.
 - d. Pratiquer la cohabitation mère-bébé 24 heures sur 24.
 - e. Ne donner aux nouveau-nés allaités ni tétines ni compléments de lait artificiel sauf ceux médicalement indiqués.
 - f. L'assistance des femmes pour allaiter exclusivement au sein durant les six premiers mois, et communiquer aux mères les coordonnées d'associations ou de personnes ressources à contacter en cas de difficultés.

- g. L'interdiction de toute publicité en faveur du lait artificiel.
- h. La prolongation du congé post-natal.
- i. L'organisation des réunions au niveau des hôpitaux avec les mères et leur sensibilisation quant à l'allaitement maternel.
- j. La programmation des cours sur l'allaitement maternel au niveau des établissements scolaires.
- k. Utilisation des médias dans la promotion de l'allaitement maternel à travers des messages informatifs simplifiés.

Ces recommandations font partie des « 10 conditions pour le succès de l'allaitement maternel » énoncées dans la Déclaration Conjointe OMS/UNICEF et elles sont à la base de l'Initiative Hôpital « Ami des bébés » (IHAB), qui est la stratégie ayant le plus d'impact sur les taux d'initiation et la durée de l'allaitement maternel exclusif à l'échelon international et ce quel que soit le niveau d'infrastructure sanitaire du pays concerné.



Résumé

Titre: L'allaitement maternel exclusif chez les nouveau-nés à terme en maternité:

Incidence, facteurs associés, connaissances et pratiques.

Enquête au niveau de la maternité de l'hôpital provincial Lalla Meryem de Larache

Auteur: Samiha KITANI

Rapporteur: Professeur Asmaa MDAGHRI ALAOUI

Mots clés: Allaitement maternel; Incidence; Facteurs associés; Connaissances; Pratiques. .

Ce travail a pour **Objectifs** de:

- * Déterminer l'incidence de la mise au sein précoce,
- * Identifier les facteurs associés,
- * Evaluer les connaissances et les pratiques des parturientes et des professionnels de santé relatives à l'allaitement maternel exclusif en maternité.

Matériel et méthodes:

Cette étude est prospective, descriptive et analytique. Réalisée sur une période de trois mois, elle a inclus :

- Les mères sans antécédents pathologiques dont l'accouchement s'est déroulé par voie basse et ayant donné naissance à un nouveau-né à terme, bien portant.
- Les professionnels de santé de la maternité.

Les informations sur l'allaitement maternel, ont été recueillies par:

- Une fiche d'exploitation destinée aux parturientes.
- Un questionnaire élaboré pour les professionnels de santé.

Résultats:

❖ Sur les 100 femmes colligées :

- L'incidence de la mise au sein précoce était de 25 %.
- Les facteurs influençant la pratique de la mise au sein précoce étaient : L'âge des mères dépassant 35 ans ($p=0.02$), l'allaitement maternel antérieur de plus de 6 mois ($p=0.01$), les nouveau-nés eutrophiques ($p=0.000$), le moment du choix du mode d'alimentation en préconceptionnel ($p=0.000$), le conseil prénatal sur l'allaitement maternel ($p=0.000$).

❖ A propos des 50 professionnels de santé :

- 60% ont des connaissances sur les recommandations pour réussir l'allaitement maternel,
- 52% ont aidé les parturientes à allaiter leur bébé dans l'heure qui suit la naissance.

A la lumière de ces données, les auteurs insistent sur l'importance de la promotion de l'allaitement maternel en prénatal et à la naissance.

Summary

Title: Exclusive breastfeeding of term newborns in maternity:

Incidence, Associated factors, Knowledge and Practices.

Maternal survey at the provincial hospital Lalla Meryem in Larache.

Author: Samiha KITANI

Rapporteur: Professor Asmaa MDAGHRI ALAOUI

Keywords: Breastfeeding; Incidence; Associated factors; knowledge; Practices.

This work **aims to:**

- Determine the impact of early breast-feeding,
- Identify the associated factors,
- Evaluate the knowledge and practices of parturients and health professionals regarding exclusive breastfeeding in maternity.

Material and methods:

This study is prospective, descriptive and analytical. Completed over a period of three months, it included:

- Mothers with no pathological history whose delivery was vaginal and gave birth to a term newborn, healthy.
- Maternity health professionals.

Information on breastfeeding was collected by:

- An exploitation sheet for parturients.
- A questionnaire developed for health professionals.

Results:

❖ Of the 100 women collected:

- The incidence of early breastfeeding was 25%.
- The factors influencing the practice of early breast-feeding were: The age of mothers over 30 years ($p=0.02$), eutrophic newborns ($p=0.000$), the moment of the choice of the mode of feeding in preconceptional ($p=0.000$), breastfeeding older than 6 months ($p=0.000$), prenatal counseling on breastfeeding ($p=0.000$).

❖ About 50 health professionals:

- 60% have knowledge of the recommendations for successful breastfeeding,
- 52% helped parturients to breastfeed their baby within one hour of birth.

In the light of these data, the authors stress the importance of promoting breastfeeding prenatally and at birth.

ملخص

العنوان : الرضاعة الطبيعية المقتصرة على الثدي للأطفال المولودين في اوانهم في مستشفى الولادة

من طرف: سميرة الكتاني

الأستاذة المشرفة: أسماء المدغري العلوي

الكلمات الأساسية: الرضاعة الطبيعية، النسبة، العوامل المرتبطة، المعارف، الممارسات

هذا العمل هدفه:

- تحديد معدل الإرضاع الطبيعي من الثدي المبكر؛
- تشخيص العوامل المرتبطة؛
- تقييم المعارف والممارسات للأمهات ومهني الصحة فيما يخص الرضاعة الطبيعية المقتصرة على الثدي في مستشفى الولادة؛

الأدوات والمنهجية:

هذه الدراسة مستقبلية، وصفية وتحليلية. أجريت خلال مدة 3 أشهر، خصت:

❖ الأمهات دون سوابق مرضية اللواتي أنجبن بالطريقة الطبيعية، أطفال في وضعية صحية جيدة بعد 9 أشهر من الحمل؛

❖ خبراء الصحة بالمستشفى؛

البيانات على الرضاعة الطبيعية تم جمعها باستخدام:

◀ استبيان موجه للأمهات؛

◀ استطلاع موجه لمهني الصحة؛

النتائج

• من بين 100 أم اللواتي تم استجوابهن:

✓ معدل الإرضاع المبكر كان 25%؛

✓ العوامل المؤثرة على ممارسات الإرضاع المبكر كانت: عمر الأمهات الذي يتعدى 30 عاما ($p=0.02$) الوزن الجيد للمواليد ($p=0,000$) ، لحظة اختيار نظام التغذية قبل الحمل ($p=0,000$)، الرضاعة القبلية التي تزيد مدتها عن 6 أشهر ($p=0,000$) والنصائح قبل الولادة على الرضاعة الطبيعية ($p=0,000$) ؛

• فيما يخص مهني الصحة:

▪ 60% لديهم معلومات على التوجيهات لإنجاح الرضاعة الطبيعية؛

▪ 82% قاموا بمساعدة الأمهات لإرضاع أبنائهم خلال الساعة الأولى بعد الولادة؛

في ضوء هذه المعطيات، المؤلفون يركزون على أهمية تعزيز الرضاعة الطبيعية قبل الولادة وعند الولادة.



Annexe I :

LES OBJECTIFS DE DÉVELOPPEMENT DURABLE :

17 OBJECTIFS POUR TRANSFORMER NOTRE MONDE

Objectif 1 : Éliminer la pauvreté sous toutes ses formes et partout dans le monde.

Objectif 2 : Éliminer la faim, assurer la sécurité alimentaire, améliorer la nutrition et promouvoir l'agriculture durable.

Objectif 3 : Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge.

Objectif 4 : Assurer l'accès de tous à une éducation de qualité, sur un pied d'égalité, et promouvoir les possibilités d'apprentissage tout au long de la vie.

Objectif 5 : Parvenir à l'égalité des sexes et autonomiser toutes les femmes et les filles.

Objectif 6 : Garantir l'accès de tous à l'eau et à l'assainissement et assurer une gestion durable des ressources en eau.

Objectif 7 : Garantir l'accès de tous à des services énergétiques fiables, durables et modernes, à un coût abordable

Objectif 8 : Promouvoir une croissance économique soutenue, partagée et durable, le plein emploi productif et un travail décent pour tous.

Objectif 9 : Bâtir une infrastructure résiliente, promouvoir une industrialisation durable qui profite à tous et encourager l'innovation.

Objectif 10 : Réduire les inégalités dans les pays et d'un pays à l'autre.

Objectif 11 : Faire en sorte que les villes et les établissements humains soient ouverts à tous, sûrs, résilients et durables.

Objectif 12 : Établir des modes de consommation et de production durables.

Objectif 13 : Prendre d'urgence des mesures pour lutter contre les changements climatiques et leurs répercussions.

Objectif 14 : Conserver et exploiter de manière durable les océans, les mers et les ressources marines aux fins du développement durable.

Objectif 15 : Préserver et restaurer les écosystèmes terrestres, en veillant à les exploiter de façon durable, gérer durablement les forêts, lutter contre la désertification, enrayer et inverser le processus de dégradation des sols et mettre fin à l'appauvrissement de la biodiversité.

Objectif 16 : Promouvoir l'avènement de sociétés pacifiques et ouvertes aux fins du développement durable, assurer l'accès de tous à la justice et mettre à tous les niveaux, des institutions efficaces, responsables et ouvertes en place.

Objectif 17 : Renforcer les moyens de mettre en œuvre le partenariat mondial pour le développement durable et le revitaliser.

Annexe II :

Les Dix Conditions pour le Succès de l'Allaitement maternel :

Tous les établissements qui assurent des prestations de maternité et des soins aux nouveau-nés devraient :

- 1.** Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.
- 2.** Donner à tous les personnels soignants les techniques nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.
- 3.** Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique.
- 4.** Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance.
- 5.** Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.
- 6.** Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.
- 7.** Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour.
- 8.** Encourager l'allaitement maternel à la demande de l'enfant.
- 9.** Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.
- 10.** Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

(OMS, 1999, p.6)

Annexe III :

**Titre : L'allaitement maternel exclusif des
nouveau-nés à terme en maternité :
incidence-facteurs associés et pratiques.**

Fiche d'exploitation destinée aux parturientes

Numéro de la fiche :

- Nom : Prénom :
- Tél du père :
- Tél de la mère :
- Adresse :
- Age / Date de naissance de la mère :
- Origine géographique : ☐ Rural ☐ Urbain
- Situation matrimoniale : ☐ Mariée ☐ Célibataire
- Niveau d'instruction de la mère :
 - ✓ Scolarisée : ☐
 - ✓ Analphabète : ☐
- Niveau d'instruction du père :
 - ✓ Scolaarisé : ☐
 - ✓ Analphabète : ☐
- Profession de mère : ☐ Femme au foyer avec emploi
- Profession du père :
- Niveau socio-économique : (Revenu mensuel des deux

parents).....

• Gestité :

• Parité : Primipare ☐ Non primipare ☐

• Grossesse actuelle : ☐ Désirée ☐ Non désirée

• Nombre de consultations prénatales :

$\geq$ Quatre ☐ $<$ Quatre ☐

• Lieu de la consultation : Secteur privé ☐ Secteur public ☐

• Par qui ? Paramédical ☐ Médecin ☐

• Conseil prénatal sur l'allaitement maternel :

Oui ☐ Non ☐

• Par qui : Professionnel de santé Autre

• Pathologie de la grossesse :

☐ Oui La quelle.....

☐ Non

• Prise médicamenteuse durant la grossesse :

☐ Oui Quel médicament :

☐ Non

• La période de prise médicamenteuse : ☐ Premier trimestre

☐ Deuxième trimestre

☐ Troisième trimestre

• Hospitalisation pendant la grossesse :

☐ Oui Pourquoi :

☐ Non

• Date d'accouchement :

• Horaire de l'accouchement :

- ☐ [6h ; 14h [☐ [14h ; 22h [☐ [22h ; 6h [
- Mode d'accouchement : ☐ V.B ☐ Césarienne
 - Type de grossesse : ☐ Monofoetale ☐ Grossesse gémellaire

Multiple (Nombre de fœtus :.....)

- Sexe du nouveau-né : ☐ Garçon ☐ Fille
- Poids du nouveau-né : ☐ < 2500g ☐ [2500 – 3999g]
(.....g) ☐ > =4000g
- Périmètre céphalique :.....cm
- Taille de naissance :cm
- Etat du nouveau-né à la naissance : Cri immédiat ☐ Oui ☐ Non
- Apgar à la naissance : 1min..... 5min.....
10min.....
- Première mise au sein :

☐ <1ère heure ☐ Entre 1h et 4h ☐ Après 4h
☐ Au-delà de 24h

- La cause du retard de mise au sein précoce (<1H) :

.....

- Le retard de remise du bébé à sa mère ☐ Oui ☐ Non
- Fatigue maternelle : Oui ☐ ☐ Non
- Refus de prise de sein Par le bébé Oui ☐ ☐ Non
- La mère ne sait pas allaiter Oui ☐ Non ☐
- Absence du lait selon la mère Oui ☐ Non ☐
- La mère croit que le colostrum est mauvais pour la santé du bébé
 Oui ☐ Non ☐
- La non disponibilité d'un professionnel de santé
 ☐ Oui ☐ Non
- Absence de bouts de seins : ☐ Oui Non ☐

- Les facteurs de la mise au sein précoce :

❖
 ❖
 ❖
 ❖

❖
 ❖

- Durée de l'allaitement maternel des fratries :
☐ < 6 mois ☐ ≥ 6 mois
- Mise au sein précoce des fratries : ☐ Oui ☐ Non
- Durée de l'A.M exclusif des fratries : ☐ < 6 mois ☐ ≥ 6 mois
- Allaitement mixte : Oui ☐ Non ☐
- Durée de l'A.M après diversification alimentaire :
- Causes d'arrêt de l'A.M antérieur :
☐ Insuffisance lactée
☐ Crevasse
☐ Refus de prise du sein par le bébé

- ☐ Contraintes liées au travail
- ☐ Grossesse
- ☐ Manque de temps
- ☐ Fatigue maternelle
- Autre

- La mère a-t-elle été allaitée : ☐ Oui ☐ Non

- La durée :

• **Connaissances et pratiques des mères au sujet de l'AM :**

- ✓ L'importance de la mise au sein immédiate
 (1ère H après l'accouchement) ☐ Pour ☐ Contre
- ✓ L'existence du colostrum : ☐ Sait ☐ Ne sait pas
- ✓ Les bénéfices du colostrum pour la Santé du bébé
☐ Sait ☐ Ne sait pas
- ✓ Les bénéfices du lait maternel pour la santé de l'enfant :
☐ Sait ☐ Ne sait pas
- ✓ Les bénéfices de L'A.M pour la santé de la mère
☐ Sait ☐ Ne sait pas
- ✓ Moment de choix du type d'alimentation :

- ☐ Avant la conception ☐ Après la conception
- ✓ Le mode d'alimentation initialement choisi par mère :
- ☐ Allaitement maternel ☐ Formules lactées
- ☐ Tisane ☐ Eau sucrée
- ✓ Hygiène des seins :
- ☐ Bien entretenue ☐ Défectueuse
- ✓ Nombre envisagé de tétées :
- ☐ A la demande ☐ Selon des horaires fixes
- ✓ La durée envisagée de L'A.M :
- ☐ < 1 an ☐ > = 1 an
- ✓ L'âge de la diversification alimentaire :
- ☐ < 6mois ☐ > = 6mois

La modalité de conservation du lait maternel au réfrigérateur : ☐ Sait ☐ Ne Sait pas

- ✓ La raison du choix du lait maternel :
- ☐ Bénéfique pour L'enfant
- ☐ Avantages dans la relation mère-enfant
- ☐ Demande d'autrui
- ☐ Motivation personnelle
- ☐ Raison économique
- ☐ Autre.....
- ✓ La raison du choix du lait artificiel :
- ☐ Absence de bouts de seins
- ☐ Chirurgie mammaire
- ☐ Expérience négative antérieur vis-à-vis de L'AM
- ☐ Pour une meilleur Satiété et croissance du bébé
- ☐ Absence de montée laiteuse
- ☐ Travail de la mère
- ☐ Prescrit par le médecin
- ☐ Fatigue maternelle
- ☐ Contre-indication maternelle
- ☐ Autre.....

✓ La raison d'administration d'autres liquides non lactés :

- ☐ Pas de montée laiteuse
- ☐ Bénéfique pour la santé de l'enfant
- ☐ Conseillé par un professionnel de la santé
- ☐ Conseillé par la famille
- ☐ Pour la prévention des coliques
- ☐ Pour bien dormir
- ☐ Autre.....

✓ La source de l'information :

- ☐ La famille
- ☐ Les professionnels de la santé
- ☐ Auto-information
- ☐ Autres.....

✓ Les contre-indications de L'AM :

- Femme VIH+ : Oui ☐ Non ☐
- Maladie cardio-vasculaire : Oui ☐ Non ☐
- La tuberculose Oui ☐ Non ☐
- Maladie maternelle chronique ☐ Oui ☐ Non
- Utilisation de certains médicaments ☐ Oui ☐ Non
- Hépatite C chez la mère ☐ Oui ☐ Non

Autre :

Annexe IV :

Evaluation des connaissances et pratiques des professionnels de santé relatives à la promotion de l'AM :

N° de la Fiche :

Données relatives au PS

Lieu d'exercice :

Age :

Sexe : Homme ☐ Femme ☐

Situation matrimoniale : Marié ☐ Célibataire ☐

Statut professionnel :

Médecin généraliste ☐

Gynécologue ☐

Sage-femme ☐

Infirmier ☐

Etudiant en médecin ☐

Avez-vous des enfants : Oui ☐ Non ☐

Est-ce que le dernier de vos enfants a été nourris par :

-Du lait artificiel Oui ☐ Non ☐

-Du lait maternel exclusif jusqu'au sixième mois :

Oui ☐ Non ☐

-Du lait maternel moins de 6 mois Oui ☐ Non ☐

La durée de l'allaitement maternel de votre enfant :

<6 mois Entre 6-12 mois ☐ Entre 12-24 mois ☐

La mise au sein précoce de votre dernier enfant :

Oui ☐

Non ☐

Evaluation des connaissances :

1-Connaissez –vous les avantages de l’AM :

Oui ☐ non ☐ nsp ☐ Si oui, lesquels :

.....
.....
.....
.....

2. Connaissez –vous les contre -indications de l’AM :

Oui ☐ non ☐ nsp ☐ Si oui, lesquels :

.....
.....
.....
.....

3. Connaissez –vous les conseils à transmettre à la mère pour la réussite de l’allaitement maternel

i. En prénatal : oui ☐ non ☐ nsp ☐ Si oui, lesquels :

.....
.....
.....

ii. Après la naissance du bébé : oui ☐ non ☐ nsp ☐ Si oui, lesquels :

.....
.....
.....

4. Connaissez – vous les recommandations pour réussir l’allaitement maternel ?

Oui ☐ non ☐ nsp ☐ Si oui, lesquels :

.....
.....
.....
.....

5. Connaissez – vous les modalités d’évaluation d’une tétée ?

Oui ☐ non ☐ nsp ☐ Si oui, lesquels :

.....
.....
.....
.....

6. Connaissez – vous les causes d’une mauvaise prise de sein ?

Oui ☐ non ☐ nsp ☐ Si oui, lesquels :

.....
.....
.....

7. Connaissez – vous les conséquences des d’une mauvaise prise de sein ?

Oui ☐ non ☐ nsp ☐ Si oui, lesquels

.....
.....
.....

8. Connaissez – vous les modalités de prise en charge les difficultés liées à l’allaitement maternel ?

Oui ☐ non ☐ nsp ☐ Si oui, lesquels

.....
.....
.....

9. Connaissez-vous comment renforcer la confiance et apporter un soutien à la mère ?

Oui ☐ non ☐ nsp ☐ Si oui, comment ?

.....
.....
.....

10. Connaissez-vous les problèmes liés à l'AM ?

Oui ☐ non ☐ nsp ☐ Si oui, lesquels :

.....
.....
.....

Pratiques :

1-Existe-t-il dans votre établissement des recommandations pour la réussite de:

a. L'allaitement maternel exclusif :

Oui ☐ non ☐ nsp ☐

b. L'allaitement maternel partiel :

Oui ☐ non ☐ nsp ☐

c. La promotion de l'allaitement maternel :

Oui ☐ non ☐ nsp ☐

2-Existe-t-il dans votre établissement :

a. Un espace de promotion de l'AM en prénatal : oui ☐ non ☐ nsp ☐

b. Un espace de promotion de l'AM après la naissance : oui ☐ non ☐ nsp ☐

c. Des PS dédiés à la promotion de l'AM :

Oui ☐ non ☐ nsp ☐ si oui, combien :

3-De quelle manière les patientes sont informées sur l'allaitement maternel ?

a. Lors de la préparation à l'accouchement

Oui ☐ non ☐ nsp ☐

b. Après l'accouchement

Oui ☐ non ☐ nsp ☐

c. Par des brochures d'information

Oui ☐ non ☐ nsp ☐

Si oui, lesquelles

4- les actions dédiées aux PS pour la promotion de l'allaitement sont sous forme de :

a. Protocoles oui ☐ non ☐ nsp ☐

Si oui, lesquels :

.....

b. Formation oui ☐ non ☐ nsp ☐

Si oui, lesquelles :

.....

5- Appliquez –vous les recommandations nationales relatives à la réussite de l'AM :

Oui ☐ non ☐ nsp ☐ Si oui, comment ?

.....

.....

.....

.....

Encourager les mères à donner le sein à son bébé dans la première heure suivant l'accouchement :

Oui ☐ Non ☐

Si oui comment :

-
-
-
-

BIBLIOGRAPHIE

- [1] **Thirion M.**
L'allaitement de la naissance au sevrage.
Paris: M. Albin;1999.
- [2] **Beaufrere B, Bresson JL, Briend A et al.**
Promotion de l'allaitement maternel : c'est aussi le rôle des pédiatres.
Arch 2000; 1149-53
- [3] **Lefebvre F.**
L'allaitement du nouveau-né de petit poids de naissance.
Pédiatrie 1991;46:405–6.
- [4] **Y. Sguassero.**
Durée optimale de l'allaitement maternel exclusif : Commentaire de la
BSG (dernière révision : 28 mars 2008).
Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS; Genève: Organisation
mondiale de la Santé.
- [5] **World health Organization.**
Exclusive breastfeeding [en ligne].
Disponible sur :
<http://www.who.int/nutrition/topics/exclusive_breastfeeding/en/index.html>.
- [6] **Nutrition.**
New York: UNICEF. 17 August 2007.
Available online at:<<http://www.unicef.org/nutrition/index.html> >

- [7] **BECHIR Mahamat.**
Les liens entre les 17 ODD et l'allaitement maternel.
Le lait maternel naturellement.2016.
- [8] **Infant and young child nutrition.**
Résolution 2001;no54.2.
- [9] **Les pratiques de l'allaitement maternel à la maternité universitaire de Marrakech (Maroc),**
Journal de pédiatrie et de puériculture (2010) 23, 70—75.
- [10] **Siret V, Castel C, Boileau P, Castetbon K, Foix L'Helias L.**
Facteurs associés à l'allaitement maternel du nourrisson jusqu'à six mois,
La maternité de l'hôpital Antoine-Béclère de Clamart.
Arch Pediatr 2008; 15:1167—73.
- [11] **Quintero Romero S, Bernal R, Barbiero C, Passamonte R, Cattaneo A.**
A rapid ethnographic study of breastfeeding in the north and south of Italy.
Intern Breastfeed J 2006;1:14.
- [12] **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.

- [13] **Mascarenhas MLW, Albernaz EP, Da Silva MB, Da Silveira R.**
Prevalence of exclusive breastfeeding and its determiners in the first 3 months of Life in the south of Brazil.
J Pediatr (RioJ) 2006; 82:289—94.
- [14] **Briend A, Bari A.**
Breastfeeding improves survival, but not nutritional status, of 12—35 months old Children in rural Bangladesh.
Eur J Clin Nutr 1989; 43:603—8.
- [15] **BEAUFRERE B, BRESSON J.L, BRIEND A et coll.**
La promotion de l'allaitement maternel : c'est aussi l'affaire des pédiatres.
Arch. Pédiatr. 2000, 7 : 1149-53.
- [16] **PILIOT M.**
La promotion de l'allaitement maternel dans le nord.
Arch Pédiat.2001, 8(2) :864-74
- [17] **Ibanez G, Martin N, Denantes M, Saurel-cubizolles M, Ringa V, Magnier A.**
Prevalence of breastfeeding in industrialized countries,
Revue d'Epidémiologie et de Santé Public.2012 ; 60(4) :305-320.
- [18] **Michael L, Lange L.**
Provider encouragements of breastfeeding: evidence from a national survey.
Obstet gynecol.2001; 97:209-5.

- [19] **GIOVANNINI M, BANDERALI G, AGOSTONIC ET coll.**
Epidemiology of breastfeeding in Italy.
Adv. Exp. Med. Boil. Janvier 2001, 501: 529-33.
- [20] **MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE.**
Enquête nationale sur la population et la santé au Maroc : ENPS-II.
1992.
- [21] **AZELNAT M, HOUSNI E, AYAD M**
Résultats préliminaires de l'enquête nationale sur la population et la santé.
PANEL 1995. Population et santé de la mère et de l'enfant.
Ministère de la santé publique.
- [22] **Shafai T, Mustapha M, Hild T.**
Promotion of exclusive breastfeeding in low-income families by improving the WIK Food package for breastfeeding mothers.
Breastfeed Med. 2014; 9(8):375-76.
- [23] **Trott JF, Schennink A, Petrie WK, Manjarin R, Van Klampenbergh MK, Hovey RC.**
Triennial Lactation Symposium: Prolactin: The multifaceted potentiator of mammary growth and function.
J Anim Sci. 2012; 90(5):1974-86.
- [24] **Gilmour C, Monk H, Hall H.**
Breastfeeding mothers returning to work: experiences of women at one university in Victoria, Australia.
Breastfeed Rev. 2013; 21(2):23-30.

- [25] **Hamade H, Chaaya M, Saliba M, Chaaban R, Osman L.**
Determinants of exclusive breastfeeding in an urban population of primipars in Lebanon: a cross-sectional study.
BMC Public Health.2013; 31(6):13-14.
- [26] **Mathews ME, Leerkes EM, Lovelady KA, Labban JD.**
Psychosocial predictors of primiparous breastfeeding initiation and duration.
J Hum Lact.2014; 30(4):480-87.
- [27] **Roida S, Hassi A, Maoulainine F, Aboussad A.**
Les pratiques de l'allaitement maternel à la maternité universitaire de Marrakech.
J Pediat Puecult 2010 ; 2 ; 70-5.
- [28] **Ministère de la Santé.**
Enquête Nationale Sur la Population et la Santé Familiale (ENPSF-2011).
www.santé.gov.ma.
- [29] **KEITH S.**
Initial management of breast feeding.
Am Family Phys 2001; 64: 981-8.
- [30] **LINDENBERG GS., ARTOLA R., JIMINEZ V.**
The effect of early postpartum mother-infant contact and breastfeeding;
On the incidence and continuation of breastfeeding.
Int J Nurs Sud 1990; 27: 179.

- [31] **MONTGOMRY A.**
Breastfeeding and post-partum maternal care
Primary Care, Clin office Pract 2000; 27: 315-26.
- [32] **CYNTHIA T., ZEMBO M.**
Breastfeeding
Obstet Gynecol Clin Nor Am, 2002; 29: 51-76.
- [33] **TOURIAN P.**
Alimentation du nourrisson normal.
Encycl Med Chir Pédiatrie, 4-002-H-10-1999, 6 p.
- [34] **Adugna DT.**
Women's perception and risk factors for delayed initiation of
breastfeeding in Arba Minch Zuria Southern, Ethiopia.
Int Breastfeed J.2014, 13(9): 8.
- [35] **Exavery A, Kanté AM, Hingora A, Phillips JF.**
Determinants of early initiation of breastfeeding in rural Tanzania.
In Breastfeed J.2015; 25(10):27.
- [36] **Strauch J, Rohrer JF, Refaat A.**
Breastfeeding among first-time mothers.
J Eval Clin Pract.2015; 16(8):111-25.
- [37] **M.Thirion.**
« Naissance et première tétée » [en ligne].
Santé et allaitement maternel, 2003.
Disponible sur : <<http://www.santeallaitementmaternel.com>>.

- [38] **HURAUX-RENDU C., PACAULT A., WALLET A.**
Pédiatrie en maternité.
Edition Flammarion, Paris, 1999; 491-508.
- [39] **NEIFERT MR.**
The management of breastfeeding: prevention of breastfeeding
trafidiies.
Ped clin Nor Am, 2001; 48: 273-97.
- [40] **ONTSOUKA. C.E, BRUCKMAIER R.M, BLUM J.W.**
Fractionized Milk Composition during Removal of Colostrum and
Mature Milk
J Dairy Scie 2003; 6: 2005-11
- [41] **Neifert MR.**
Prevention of breastfeeding tragedies. In: Rj S, editor.
The pediatric clinics of North America, breastfeeding 2001,
PART 11: the management of breastfeeding, volume 48.p273-98.
- [42] **L. Righard, MO.Alade.**
Sucking technique and its effect on success of breastfeeding.
Birth 1992; 19:p.185-9.
- [43] **DJ. Chapman, R.Perez-Escamilla.**
Does delayed perception of the onset of lactation shorten breastfeeding
duration, J Hum Lact 1999; 15:p.107-11.

- [44] **A. DiGirolamo, N. Thompson, R. Martorell et al.**
Intention or experience, Predictors of continued breastfeeding.
Health Education and Behavior, 2005; 32: 208-26.
- [45] **Thirty Fourth Session of the Standing Committee on Nutrition,**
February 24, 2007.
Working Group on Breastfeeding and Complementary Feeding;
On WBW 2007 Breastfeeding: The 1st Hour Save ONE million
babies.
On behalf of World Alliance for Breastfeeding Action (WABA).
- [46] **ARABI E.**
Facteurs de promotion de l'allaitement maternel.
Étude prospective effectuée à Agadir. Thèse. Med. Casablanca, 2001,
138
- [47] **AKHCHICHINE A, HAJJI N.**
Allaitement maternel : investigation par focus Groupe Août 1990.
Ministère de la santé publique, service de lutte contre la malnutrition.
- [48] **Ministère de la santé et de la prévention médicale.**
Enquête démographique et de santé au Sénégal.
Dakar: Ministère de la santé et de la prévention médicale; 2005
Disponible sur: www.measuredhs.com/pubs/pdf/FR177/FR177.pdf.
- [49] **El Mouzan MI, Al Omar AA, Al Salloum AA, Al Herbish AS, Qurachi MM.**
Trends in infant nutrition in Saudi Arabia: compliance with WHO
Recommendations. Ann Saudi Med 2009; 29(1): 20—3.

- [50] **HELICOVIEZ M.**
Postpartum : surveillance clinique, allaitement et ses complications.
Rev Prat, 2000 ; 50 : 1817-22.
- [51] **ARABI E.**
Facteurs de promotion de l'allaitement maternel.
Thèse Méd, Casablanca, 2001 ; n°138
- [52] **BRANGER B., CEBRON M., PICHEROT G.**
Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes.
Arch. Pediatr, 1998; 5: 489-96.
- [53] **CROST M., KAMINSKI M.**
L'allaitement maternel à la maternité en France en 1995.
Arch Pédiatr, 1998 ; 5 : 1316-26.
- [54] **GUIGUE L., PIBAROT A., BLANC JF.**
Facteurs influençant le choix de l'allaitement par les mères.
Résultats d'une enquête en maternité publique. Pédiatrie, 1989 ; 44 : 53-8.
- [55] **MZID A., MARRAKECH F., ELLEUCHS M.**
La place du lait maternel dans l'alimentation du nourrisson.
Rev Magh Ped 1995: 5-6.

- [56] **LABARÈRE J., DALLA-LANA C., SCHELSTRAETE C.,
A.RIVIER A., CALLEC M.,
POLVERELLI J., ET AL.**

Initiation et durée de l'allaitement maternel dans les établissements
d'Aix et Chambéry (France).

Arch Pédiatr 2001 ; 8 : 807-15.

- [57] **NINEB A.**

Allaitement maternel : connaissances et pratiques.

Enquête effectuée à l'hôpital EL FARABI à Oujda. Thèse Med. Rabat,
1996 ; n°180

- [58] **BRANGER B., LESTEIN R., CRINE F., PICHEROT G.**

Les motivations psychologiques dans le choix du mode d'alimentation
du Nouveau-né.

Arch. Pédiatr, 1998 ; 35 : 519-23.

- [59] **JEGU F.**

Motifs maternels influençant le choix du mode d'allaitement à la
maternité de vitré.

Thèse Méd. Rennes, 2002 ; n°30.

- [60] **LEBERRE N.**

Le lait maternel est inimitable. Dossiers de l'obstétrique 1994 ; 217: 7.

[61] A. Barkat*, M. Kabiri, J. Oumina, I. Benbouchta, S. Zniber, M. Mrabet.

Facteurs influençant le démarrage de l'allaitement maternel : données marocaines.

Arch.Pédiatrie ; 2012 ; 19 ; 209-210.

[62] Sénécal J, Roussey M, Defawe G, Lozac'h P.

L'allaitement maternel : ses avantages, Les facteurs du choix ou du refus en Bretagne.

Ouest Médical 1978 ; 31(24) : 1525-31.

[63] Dussauze C.

Facteurs influençant le choix du mode d'alimentation et aspects pratiques de l'allaitement maternel du nouveau-né hospitalisé.

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine 2001.

[64] Lacuisse, Verdier EM, d'allaitement maternel.

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine 2006.

Les déterminants du choix et de la poursuite du mode.

[65] Crost M., Kaminski M.

L'allaitement maternel à la maternité en France en 1995

Enquête nationale périnatale. Arch Pédiatr 1998; 5 : 1316-26.

[66] Scott J., Binns C.

Factors with the initiation and duration of breastfeeding.

Review of the literature. Breastfeed Revue 1999, 7.

- [67] **Séverine Gojard,**
L'alimentation dans la prime enfance. Diffusion et réception des normes de puériculture.
Revue française de sociologie, 2000, n° 3, pp. 475-512.
- [68] **Grummerstrawn LM.**
The effect of changes in population characteristics on breastfeeding trends in 15 developing-countries.
Int J of Epidemiol 1996; 25(1):94-102.
- [69] **LE MENESTEREL, ANDRE N., COUNELLE MA., MILLER V.**
Choix de l'allaitement : quelle place pour le pédiatrie.
Arch Pediatr 1998; 5: 696-7.
- [70] **KONE B., TESTA J.**
Initiation et durée de l'allaitement maternel dans les établissements d'Aix et Chambéry (France).
Arch Pediatr 2001; 8: 807-15.
- [71] **MEZIANE E.**
Enquête sur l'allaitement maternel à propos de 1200 cas de 0 à 18 mois à Oujda.
Thèse Méd Rabat, 1981 ; n°82.
- [72] **JOUBAIRI M.**
Allaitement maternel à Larache.
Thèse Méd. Rabat, 1994, n°71.

- [73] **AKRE J.**
Allaitement maternel : prime de fidélité à nous même.
Arch Pédiatr, 2000 ; 7 : 549-53.
- [74] **VENDITTELLI F., ALAIN J., DUFETELLE B.**
Motivations maternelles pour le choix du mode d'allaitement.
J Gynecol Obstet Biol Reprod 1994; 23:323-9.
- [75] **BOUGERRAF P, HAJJEM S, GUILLOUD L.**
Effets de l'allaitement maternel sur l'âge de début de la maladie coeliaque.
Arch Pediatr, 1998 ; 5 : 621-6.
- [76] **A. Hassani, A. Barkat, F.-Z. Souilmi, A. Lyaghfour, M. Kabiri, L. Karboubi, I. Alaoui, N. Lamdouar-Bouazzaoui.**
La conduite de l'allaitement maternel. Étude prospective de 211 cas à la maternité Souissi de Rabat.
Journal de pédiatrie et de puériculture 18 (2005) 343–348.
- [77] **Etudes dans les pays industrialisés :**
«Facteurs associés avec l'initiation et la durée de l'allaitement maternel : une Revue de la littérature».
Adaptation d'un article de Jane A Scott et Colin W Binns, paru dans Breastfeeding Review, 1999, n°1, vol 7, publié initialement dans Australian Journal of Nutrition and Dietetics, 1998; 55(2):51-61.

[78] ER Newton. B Abs.

« Influence des pratiques obstétricales sur le démarrage et le déroulement de l'allaitement »[en ligne].

Les Dossiers de l'Allaitement, N°35, LLL France, Octobre 2009. Disponible sur: <<http://www.lllfrance.org/Dossiers-de-l-allaitement>>.

[79] Jana AK.

Interventions afin de promouvoir l'initiation de l'allaitement.

Commentaire de la BSG (dernière révision : 20.02.06).

Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS; Genève : Organisation mondiale de la Santé.

[80] Schneider C.

Allaitement en maternité : les difficultés rencontrées.

In: Progrès en néonatalogie. 24 journées nationales de néonatalogie. 2004. p. 133–48.

[81] ISOLAURI., TABVANAIN A.

Breastfeeding of allergic infants J Pediatr 1999; 134: 27-32.

[82] LEQUIEN P., LAVIOLLE G.

Comment élaborer une politique de promotion de l'allaitement.

Journée de la Société Française de Médecine Périnatale, 1998: 219-28.

- [83] **Adrien BRUNO.**
Mise au sein précoce après une césarienne pour favoriser l'allaitement maternel.
Mémoire de Fin d'Études Travail de Bachelor.
Genève, juillet 2013.
- [84] **N.MOHRBACHER, J.STOCK.**
« Allaitement maternel après une césarienne » [EN LIGNE].
LA LECHE LEAGUE, LLL France, N° 12, Avril 2010.Disponible sur :
<<http://www.lllfrance.org>>.
- [85] **Les tétées nocturnes, l'allaitement en pratique [en ligne].**
2004. Disponible sur :< <http://www.info-allaitement.org>>.
- [86] **Fanello S, Moreau - Gout I, Cotinat JP, Descamps P.**
Critères de choix concernant l'alimentation du nouveau-né : une enquête auprès de 308 femmes.
Arch Pédiatr 2003; 10:19-24.
- [87] **Reniers JR, Peeters RF, Meheus AZ.**
Breastfeeding in the industrialised world.
Review of the literature. Rev Epidemiol Santé Publique 1983;
31(4):375-407.
- [88] **Branger B, Cebron M, Picherot G.**
Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes.
Arch Pediatr. 1998;5:489—96.

- [89] **Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé(Anaes).**
Allaitement maternel : mise en œuvre et poursuite dans les six premiers mois de vie de l'enfant.
Disponible à l'adresse suivante : <http://www.anaes.fr> ou <http://www.sante.fr>.
- [90] **Blyth RJ, Creedy DK, Dennis CL, Moyle W, Pratt J, De Vries SM, et al.**
Breastfeeding duration in an Australian population: the influence of modifiable antenatal factors.
J Hum Lact; 2004; 20:30—8.
- [91] **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.
- [92] **L'allaitement maternel exclusif sauve des vies [en ligne].**
Octobre 2007.Disponible sur :< <http://www.destinationsante.com/L-allaitement-maternel-exclusif.html>>.
- [93] **Infant and young child nutrition,**
Resolution 2001; n°54.2.
- [94] **American Academy of Pediatrics.**
Section on breastfeeding and the use of human milk.
Pediatrics 2012;129:e827-41(PubMed: 22371471).

- [95] **World Health Organisation.**
Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel.
Geneva: WHO.
- [96] **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.
- [97] **Labarère J, Dalla-Lana C, Schelstraete C, Rivier A, Callec M, Polverelli JF, et al.**
Initiation et durée de l'allaitement maternel dans les établissements d'Aix et Chambéry (France).
Arch. Pediatr 2001; 8:807—15.
- [98] **Olivier Mukuku Toni K. Lubala, Oscar N. Luboya, Kristel N. Tshibanda, Augustin M. Mutombo.**
Facteurs influençant l'arrêt de l'allaitement au sein avant l'âge de 12 mois dans le village de Tshamalale, République Démocratique du Congo.
January 2017 ; 207 ; 1(1) : 17-26.
- [99] **De Bruyn ML.**
Expérience de femmes autour de l'allaitement maternel prolongé.
Thèse de Médecine, Université Caen ; France : 2013.

- [100] **F. Noirhomme-Renard, M. Farfan-Portet, J. Berrewaerts.**
Soutenir l'allaitement maternel dans la durée, [En ligne]: Service Communautaire de Promotion de la Santé avec le soutien de la Communauté Française de Belgique, Juillet 2006, p.13.
- [101] **Taveras EM et al.**
Mothers' and clinicians' perspectives on breastfeeding counseling during routine preventive visits.
Pediatrics, 2004; 113(5).
- [102] **Kornberg H, Vaeth M.**
The influence of psychosocial factors on the duration of breastfeeding.
Scand J Public Health. 2004; 32:210—6.
- [103] **Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES),**
Service recommandations et références professionnelles.
Allaitement maternel : mise en œuvre et poursuite dans les six premiers mois De vie de l'enfant.
Recommandations (mai 2002). Gynécologie Obstétrique Fertilité, 2003, 31, pp.481-490
- [104] **Arora S, McJunkin C, Wehrer J, Kuhn P.**
Major factors influencing breastfeeding rates: Mother's perception of father's attitude and milk supply. Pediatrics 2000; 106:E67.

- [105] **S Callahan, N Séjourné, A Denis. J Hum Lact.**
« Fatigue and breastfeeding: an inevitable partnership » [En ligne].
Les Dossiers de l'Allaitement .2005, N° 69 .Disponible sur:
<<http://www.lllfrance.org/Dossiers-de-l-allaitement/DA-69-Fatigue-et-allaitement.html>>.
- [106] **groupement des pédiatres strasbourgeois exerçant la réanimation.**
«L'allaitement fatigue la mère ». Le site des pédiatres appartenant à la
GPSR, Clinique Ste Anne. Décembre 2008.Disponible sur :<
<http://www.pediatre-online.fr/allaitement/allaitement-fatigue-la-mère>>.
- [107] **J. NEWMAN.**
« Quand le bébé refuse de prendre le sein ».La LECHE LEAGUE
allaitement et maternage, AOUT 2009, N°26.
- [108] **J. NEWMAN.**
When The Baby Refuses to Latch On [en ligne], January 2005.
Disponible sur :<<http://www.mamadearest.ca>>.
- [109] **La confusion sein tétine[en ligne]: La LECHE LEAGUE
allaitement et maternage, Cahier d'allaitement, AOUT 2009, N°1.**
Disponible sur :
<<http://www.lllfrance.org/Feuillets-pour-les-professionnels-de-sante/La-confusion-sein-tetine-Cahier-de-l-Allaitement-n1.html>>.
- [110] **P. Bonnier.**
Suite de couche pathologique, les complications de l'allaitement [en
Ligne].Faculté de médecine de Marseille-Université de la méditerranée,
Septembre 2005.

- [111] **M. Thirion.**
« Érosions et crevasses » [en ligne]. Santé et allaitement maternel, 2003.
Disponible sur : <<http://www.santeallaitementmaternel.com>>.
- [112] **MONLEON JV.**
Allaitement maternel et culture. Arch. Pédiatr. 2001, 9 : 320-27.
- [113] **JEBNOUN S.**
Connaissances et attitudes en matière d'allaitement maternel au centre de maternité et de néonatalogie de Tunis. Maghr Médical, 2001; 21: 214-7.
- [114] **JA. Scott.**
Factors associated with the initiation and duration of breastfeeding: a review of the literature. B Review, 1999.
- [115] **DUHAMEL JF., BROUARD J.**
Le rôle protecteur du lait de la mère. Concours Médical, 1994 ; 116 : 492-68.
- [116] **VERMEIL G, DARTOIS AM, FRAYSSEIX M.**
L'alimentation de la naissance à 4 mois.
In L'alimentation de l'enfant de la naissance à 3 ans. Edition 1996, p 14-15.
- [117] **AGNEW T, GILMORE J, SULLIVAN P.**
Perspective multiculturelle de l'allaitement maternel au Canada.
Ministère des travaux publics et services gouvernementaux ; Canada, 1997.

- [118] **DETTWYLER AS. More than nutrition:**
Breastfeeding in urban Mali. Med. Anthropol. 1992, 2: 172-83.
- [119] **Donath SM, Amir LH.**
Relationship between prenatal infant feeding intention and initiation and duration of breastfeeding: A cohort study. Acta Pediatr. 2003; 92:352—6.
- [120] **GHISOLFI J, TURCK D, VIDAILHET M, GIRARDET J, BOCQUET A, BRESSON J. ET AL.**
Promotion de l'allaitement maternel Arch Pédiatr 2009; 7 :971-5.
- [121] **WRIGHT A, RICE S, WELL S.**
Changing hospital practices to increase the duration of breastfeeding. Pediatr 1996; 97: 669-75.
- [122] **M. Michel, G. Gremmo-Féger, E. Oger, J. Sizun.**
CHU de BREST France. "Pilot study of early breastfeeding difficulties of term newborns in maternity: incidence and risk factors".
Archive de pédiatrie 14(2007)454- 460.Available on line at :
<www.sciencedirect.com>.
- [123] **JEBNOUN S.**
Connaissances et attitudes en matière d'allaitement maternel au centre de maternité et de néonatalogie de Tunis. Maghr Médical, 2001 ; 21 : 214-7.
- [124] **Battut A, Harvey T, Lapillome A.**
Allaitement maternel et alimentation du nouveau-né/nourrisson.
105 Fiches pour le suivi Mère-Enfant.2015 ; 3(46) :111-55.

- [125] **F. Huet, P. Maigret, I. Elias-Billon, F.A. Allaert.**
 Identification des déterminants cliniques, sociologiques et économiques de la durée de l'allaitement maternel exclusif.
 Journal de pédiatrie et de puériculture (2016). Disponible sur :
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpp.2016.04.010>.
- [126] **Vendittelli F, Labarche - Manciet C, Grandjean M H.**
 Allaitement et motivations maternelles. J Gynecology Obstetric Biol Reprod 1994; 23: 323-9.
- [127] **Freed GL, Fraley JK, Schanler RJ.**
 Accuracy of expectant mothers 'perceptions of fathers 'attitudes regarding Breast-feeding.
 JFamPract 1993; 37(2): 148-52.
- [128] **Scott JA, Binns CW, Oddy WH, Graham KI.**
 Predictors of breast-feeding duration: evidence from a cohort study.
 Pediatrics 2006; 117:e646—55.
- [129] **Wolfberg AJ, Michels KB, Shields W, O'Campo P, Bronner Y, Bienstock J.**
 Dads as breastfeeding advocates: Results from a randomized controlled trial of an educational intervention. Am. J Obstet Gynecol 2004; 191:708—12.

- [130] **V. Rigourd, M. Nicloux, S. Hovanishian, A. Giuséppi, T. Hachem, Z. Assaf, C. Pichon, E. Kermorvant, R. Serreau, K. Jacquemain, M. Panard, B. de Villepin, A. Lapillonne, J.-F. Magny.**
Conseils pour l'allaitement maternel.
Journal de pédiatrie et de puériculture (2018), disponible sur :
«<https://doi.org/10.1016/j.jpp.2018.03.004> ».
- [131] **Agence Nationale Accréditation et d'Evaluation en Santé.**
Allaitement maternel : mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant .Paris .ANAES.mai2002 ; 177p.
- [132] **DALLA-LANA C.**
Les femmes et l'allaitement maternel. Promotion 2000, p10-17.
- [133] **UNICEF, ONUSIDA, OMS, UNFPA.**
La transmission du VIH par l'allaitement au sein. Genève: OMS, 2005.
37p.
- [134] **Bernard O, Cohen J.**
Transmission du virus de l'hépatite C de la mère à son enfant. In
Journées Parisiennes de Pédiatrie. Paris : Flammarion Médecine-
Sciences ; 2001:49-59.
- [135] **Marks JM, Spartz DL.**
Medications and lactation: What PNPs need to know;
J Pediatric Health Care2004; 80:99-105.

- [136] **La pratique de l'allaitement maternel au niveau de 3 maternités.**
Thèse Méd. Rabat : 2011 ; numéro : 14.
- [137] **Office of the United Nations high commissioner for human rights.**
Convention on the Rights of the Child, Adopted and opened for signature, Ratification and accession by General Assembly resolution 44/25, 20 November 1989.
- [138] **Labarere J, Gelbert - Baudino N, Ayral AS, Duc C et al.**
Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early, routine, preventive visit: a prospective, randomized, open trial of 226 mothers-infant pairs.
- [139] **Taveras E.M., Capra A.M., Braveman P.A. et al.**
Clinician support and psychosocial risk factors associated with breastfeeding Discontinuation .Pediatrics 2003 ; 112 (1): 108-115.
- [140] **World Health Organization,**
United Nations Children's Fund. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: The special role of maternity services (A joint WHO/UNICEF statement). Int J Gynecol Obstet. 1990; 31: 171-83.
- [141] **Fairbank L., O'Meara S., Renfrew M.J. et al.**
A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding Health Technol Assess 2000: 4(25): 1-171.

[142] Hector D., King L.

Interventions to encourage and support breastfeeding.NSW Public Health Bull.

2005; 16(3-4) : 56-61.

[143] CROST M, KAMINSKI M.

L'allaitement maternel en France en1995: enquête nationale périnatale.

Arch.Pédiatr. 1998, 5 : 1316-26.

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 الرحمان 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 بوانزع من ضميري وشر 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 بالله .

والله على ما أقول شهيد .

**الرضاعة الطبيعية المقتصرة
على الثدي للأطفال المولودين في أوانهم في مستشفى الولادة
دراسة استقصائية حول 100 أم و 50 أخصائي في الصحة**

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم:

من طرفه

الآنسة: سميحة الكتاني

المزودة في: 08 يونيو 1992 بللا ميمونة (القنيطرة)

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية: الرضاعة الطبيعية - النسبة - العوامل المرتبطة - المعارف - الممارسات.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس	السيدة : بدر السعود بنجلون الضخامة
مشرف	أستاذة في طب الأطفال السيدة: أسماء مدغري علوي
أعضاء	أستاذة في طب الأطفال السيدة: زينب إيمان أستاذة في طب الأطفال السيدة: أمال تهيمو إزكا أستاذة في طب الأطفال السيد: رشيد رزين
عضو مشارك	أستاذ في الطب الاجتماعي السيدة: عزيزة اليغفوري متخصصة في طب الأطفال و رئيسة مصلحة حماية الصحة عند الأطفال