



ROYAUME DU MAROC
UNIVERSITE MOHAMMED V DE RABAT
FACULTE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE
RABAT



ANNEE : 2018

THESE N° :368

**PRATIQUE DE L'ALLAITEMENT
MATERNEL EN MATERNITÉ ET FACTEURS
ASSOCIÉS À LA MISE AU SEIN PRÉCOCE.**

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le :

PAR

Mlle MEZIANE Lamyae

Née le 03 Janvier 1993 à Taourirt

Pour l'obtention du diplôme de Docteur En Médecine

Mot clés : Allaitement maternel; Mise au sein précoce; Facteurs associés; Difficultés; Promotion.

Membre du jury :

Mme S. EL AMRANI

Professeur de Gynécologie Obstétrique

Mme A. THIMOU IZGUA

Professeur de Pédiatrie

Mr S. ETTAIR

Professeur de Pédiatrie

Mr S. BARGACH

Professeur de Gynécologie Obstétrique

Mme N. DINI

Professeur de Pédiatrie

PRESIDENTE

RAPPORTEUR

JUGES

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

" وَوَصَّيْنَا الْإِنْسَانَ بِوَالِدَيْهِ إِحْسَانًا طَحَمَلَتْهُ أُمُّهُ
كُرْهًا وَوَضَعَتْهُ كُرْهًا طَحَمَلَهُ وَفَصَّالَهُ ثَلَاثُونَ
شَهْرًا حَتَّىٰ إِذَا بَلَغَ أَشُدَّهُ وَبَلَغَ أَرْبَعِينَ سَنَةً قَالَ
رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ
عَلَيَّ وَعَلَىٰ وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ
وَأَصْلِحْ لِي فِي ذُرِّيَّتِي إِنِّي تُتِّئْتُ إِلَيْكَ وَإِنِّي
مِنَ الْمُسْلِمِينَ .

صدق الله العظيم

سورة الأحقاف الآية 15



UNIVERSITE MOHAMMED V
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 ALAOUI
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 Brahim LEKEHAL

Vice-Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération

Professeur Toufiq 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. LACHKAR Hassan
Pr. YAHYAOUI Mohamed

Médecine Interne
Neurologie

Décembre 1989

Pr. ADNAOUI Mohamed
Pr. OUZZANI Taïbi Mohamed Réda

Médecine Interne - Doyen de la FMPR
Neurologie

Janvier et Novembre 1990

Pr. HACHIM Mohammed*
Pr. KHARBACH Aïcha
Pr. TAZI Saoud Anas

Médecine-Interne
Gynécologie - Obstétrique
Anesthésie Réanimation

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AZZOUZI Abderrahim
Pr. BAYAHIA Rabéa
Pr. BELKOUCHI Abdelkader
Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif
Pr. BENSOUDA Yahia
Pr. BERRAHO Amina
Pr. BEZAD Rachid
Pr. CHERRAH Yahia
Pr. CHOKAIRI Omar
Pr. KHATTAB Mohamed
Pr. SOULAYMANI Rachida
Pr. TAOUFIK Jamal

Anesthésie Réanimation- Doyen de FMPO
Néphrologie
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pharmacie galénique
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique Méd. Chef Maternité des Orangers
Pharmacologie
Histologie Embryologie
Pédiatrie
Pharmacologie- Dir. du Centre National PV Rabat
Chimie thérapeutique V.D à la pharmacie+Dir. du CEDOC
Directeur du Médicament

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed
Pr. BENSOUDA Adil
Pr. CHAHED OUZZANI Laaziza
Pr. CHRAIBI Chafiq
Pr. EL OUAHABI Abdessamad

Chirurgie Générale Doyen de FMPT
Anesthésie Réanimation
Gastro-Entérologie
Gynécologie Obstétrique
Neurochirurgie

Pr. FELLAT Rokaya
Pr. GHAFIR Driss*
Pr. JIDDANE Mohamed
Pr. TAGHY Ahmed
Pr. ZOUHDI Mimoun

Mars 1994

Pr. BENJAAFAR Nouredine
Pr. BEN RAIS Nozha
Pr. CAOUI Malika
Pr. CHRAIBI Abdelmjid
Pr. EL AMRANI Sabah
Pr. EL BARDOUNI Ahmed
Pr. EL HASSANI My Rachid
Pr. ERROUGANI Abdelkader
Pr. ESSAKALI Malika
Pr. ETTAYEBI Fouad
Pr. HASSAM Badredine
Pr. IFRINE Lahssan
Pr. MAHFOUD Mustapha
Pr. RHRAB Brahim
Pr. SENOUCI Karima

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*
Pr. ABDELHAK M'barek
Pr. BENTAHILA Abdelali
Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
Pr. BERRADA Mohamed Saleh
Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
Pr. LAKHDAR Amina
Pr. MOUANE Nezha

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane
Pr. AMRAOUI Mohamed
Pr. BAIDADA Abdelaziz
Pr. BARGACH Samir
Pr. DRISSI KAMILI Med Nordine*
Pr. EL MESNAOUI Abbas
Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
Pr. HDA Abdelhamid*
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
Pr. OUZZANI 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

Cardiologie
Médecine Interne
Anatomie
Chirurgie Générale
Microbiologie

Radiothérapie
Biophysique
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques *Doyen de la FMPA*
Gynécologie Obstétrique
Traumato-Orthopédie
Radiologie
Chirurgie Générale - *Directeur du CHIS-Rabat*
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Dermatologie
Chirurgie Générale
Traumatologie - Orthopédie
Gynécologie - Obstétrique
Dermatologie

Urologie *Directeur Hôpital My Ismail Meknès*
Chirurgie - Pédiatrique
Pédiatrie
Gynécologie - Obstétrique
Traumatologie - Orthopédie
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Cardiologie *Inspecteur du Service de Santé des FAR*
Urologie
Ophtalmologie
Génétique
Réanimation Médicale

Radiologie
Chirurgie Pédiatrie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale

Pr. GAOUZI Ahmed
Pr. MAHFOUDI M'barek*
Pr. OUZEDDOUN Naïma
Pr. ZBIR EL Mehdi*

Pédiatrie
Radiologie
Néphrologie
Cardiologie *Directeur Hôp. Mil. d'Instruction Med V Rabat*

Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan
Pr. BEN SLIMANE Lounis
Pr. BIROUK Nazha
Pr. ERREIMI Naïma
Pr. FELLAT Nadia
Pr. KADDOURI Nouredine
Pr. KOUTANI Abdellatif
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
Pr. TOUFIQ Jallal
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Gynécologie-Obstétrique
Urologie
Neurologie
Pédiatrie
Cardiologie
Chirurgie Pédiatrique
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Psychiatrie *Directeur Hôp. Ar-razi Salé*
Gynécologie Obstétrique

Novembre 1998

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

Neurologie *Doven de la FMP Abulcassis*
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Hématologie

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*
Pr. AIT OUAMAR 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. MAHMOUDI Abdelkrim*
Pr. TACHINANTE Rajae
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Pneumo-phtisiologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie *Directeur Hôp. My Youssef*
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Anesthésie-Réanimation
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. MDAGHRI ALAOUI Asmae
Pr. ROUIMI Abdelhadi*

Neurologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie - *Directeur Hôp. Cheikh Zaid*
Urologie
Rhumatologie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Pédiatrie
Neurologie

Décembre 2000

Pr.ZOHAIR ABDELLAH *

Décembre 2001

Pr. BALKHI Hicham*
Pr. BENABDELJLIL Maria
Pr. BENAMAR Loubna
Pr. BENAMOR Jouda
Pr. BENELBARHDADI Imane
Pr. BENNANI Rajae
Pr. BENOACHANE 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 Saïd
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. SABBAAH Farid
Pr. SEFIANI Yasser
Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

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 *
Pr. CHKIRATE Bouchra
Pr. EL ALAMI EL Fellous Sidi Zouhair

ORL

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 Hôp. d'Enfants Rabat*
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

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

Pr. EL HAOURI Mohamed *
Pr. FILALI ADIB Abdelhai
Pr. HAJJI Zakia
Pr. IKEN Ali
Pr. JAAFAR Abdeloïhab*
Pr. KRIOUÏLE Yamina
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. 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
Pr. BARKAT Amina
Pr. BENYASS Aatif
Pr. DOUDOUH Abderrahim*

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

Ophtalmologie
Anatomie Pathologique
Oto-Rhino-Laryngologie
Gastro-Entérologie
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 *Directeur Hôp. Al Ayachi Salé*
Pédiatrie
Cardiologie
Biophysique

Pr. EL HAMZAOUI Sakina *
Pr. HAJJI Leila
Pr. HESSISSEN Leila
Pr. JIDAL Mohamed*
Pr. LAAROUSSI Mohamed
Pr. LYAGOUBI Mohammed
Pr. RAGALA Abdelhak
Pr. SBIHI Souad
Pr. ZERAIDI Najia

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

Décembre 2006

Pr SAIR Khalid

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid
Pr. ACHACHI Leila
Pr. ACHOUR Abdessamad*
Pr. AIT HOUSSA Mahdi *
Pr. AMHAJJI Larbi *
Pr. AOUI Sarra
Pr. BAITE Abdelouahed *
Pr. BALOUCH Lhousaine *

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

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

Chirurgie générale *Dir. Hôp. Av. Marrakech*

Réanimation médicale
Pneumo phtisiologie
Chirurgie générale
Chirurgie cardio vasculaire
Traumatologie orthopédie
Parasitologie
Anesthésie réanimation *Directeur ERSSM*
Biochimie-chimie

Pr. BENZIANE Hamid *
 Pr. BOUTIMZINE Nourdine
 Pr. CHERKAOUI Naoual *
 Pr. EHIRCHIOU Abdelkader *
 Pr. EL BEKKALI Youssef *
 Pr. EL ABSI 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. LALAOUI SALIM Jaafar *
 Pr. LOUZI Lhoussain *
 Pr. MADANI Naoufel
 Pr. MAHI Mohamed *
 Pr. MARC Karima
 Pr. MASRAR Azlarab
 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 2008

Pr TAHIRI My El Hassan*

Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali *
 Pr. AGADR 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 *

Pharmacie clinique
 Ophtalmologie
 Pharmacie galénique
 Chirurgie générale
 Chirurgie cardio-vasculaire
 Chirurgie générale
 Anesthésie réanimation
 Psychiatrie
 Chirurgie plastique et réparatrice
 Radiothérapie
 Oncologie médicale
 Dermatologie
 Radiothérapie
 Anesthésie réanimation
 Microbiologie
 Réanimation médicale
 Radiologie
 Pneumo phtisiologie
 Hématologie biologique
 Virologie
 Biochimie-chimie
 Médecine interne
 Radiologie
 Microbiologie
 Microbiologie
 Radiothérapie
 Chirurgie vasculaire périphérique
 Ophtalmologie
 Chirurgie générale
 Traumatologie-orthopédie
 Parasitologie
 Cardiologie

Chirurgie Générale

Médecine interne
 Pédiatrie
 Chirurgie Générale
 Neurologie
 Neuro-chirurgie
 Radiologie
 Rhumatologie
 Neuro-chirurgie *Directeur Hôp.des Spécialités*
 Anesthésie Réanimation
 Anatomie
 Biochimie-chimie

Pr. BOUI Mohammed *
 Pr. BOUNAIM Ahmed *
 Pr. BOUSSOUGA Mostapha *
 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. LAMSAOURI Jamal *
 Pr. MARMADE Lahcen
 Pr. MESKINI Toufik
 Pr. MESSAOUDI Nezha *
 Pr. MSSROURI Rahal
 Pr. NASSAR Ittimade
 Pr. OUKERRAJ Latifa
 Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *

Dermatologie
 Chirurgie Générale
 Traumatologie-orthopédie
 Chirurgie Vasculaire Périphérique
 Hématologie clinique
 Chirurgie Générale
 Microbiologie
 Médecine interne
 Gynécologie obstétrique
 Rhumatologie
 Gastro-entérologie
 Pédiatrie
 Pédiatrie
 Chimie Thérapeutique
 Chirurgie Cardio-vasculaire
 Pédiatrie
 Hématologie biologique
 Chirurgie Générale
 Radiologie
 Cardiologie
 Pneumo-Phtisiologie

Octobre 2010

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

Anesthésie réanimation
 Médecine Interne
 Physiologie
 Microbiologie
 Médecine Aéronautique
 Biochimie- Chimie
 Radiologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Pédiatrie
 Radiologie
 Chirurgie Plastique et Réparatrice
 Urologie
 Gastro-Entérologie
 Anatomie Pathologique
 Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Générale
 Hématologie
 Anatomie Pathologique

Decembre 2010

Pr.ZNATI Kaoutar

Anatomie Pathologique

Mai 2012

Pr. AMRANI Abdelouahed

Chirurgie pédiatrique

Pr. ABOUELALAA Khalil *
 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 *

Anesthésie Réanimation
 Traumatologie-orthopédie
 Anesthésie Réanimation
 Chirurgie Générale
 Médecine Interne
 Pneumophtisiologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Anatomie Pathologique
 Psychiatrie
 Cardiologie

* Enseignants Militaires

Février 2013

Pr. AHID Samir
 Pr. AIT EL CADI Mina
 Pr. AMRANI HANCHI Laila
 Pr. AMOR Mourad
 Pr. AWAB Almahdi
 Pr. BELAYACHI Jihane
 Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain
 Pr. BENCHEKROUN Laila
 Pr. BENKIRANE Souad
 Pr. BENNANA Ahmed*
 Pr. BENSCHIR Mustapha *
 Pr. BENYAHIA Mohammed *
 Pr. BOUATIA Mustapha
 Pr. BOUABID Ahmed Salim*
 Pr. BOUTARBOUCH Mahjoub
 Pr. CHAIB Ali *
 Pr. DENDANE Tarek
 Pr. DINI Nouzha *
 Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali
 Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa
 Pr. EL FATEMI NIZARE
 Pr. EL GUERROUJ Hasnae
 Pr. EL HARTI Jaouad
 Pr. EL JAOUDI 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 Meryem
 Pr. GHFIR Imade
 Pr. IMANE Zineb
 Pr. IRAQI Hind
 Pr. KABBAJ Hakima
 Pr. KADIRI Mohamed *

Pharmacologie
 Toxicologie
 Gastro-Entérologie
 Anesthésie Réanimation
 Anesthésie Réanimation
 Réanimation Médicale
 Anesthésie Réanimation
 Biochimie-Chimie
 Hématologie
 Informatique Pharmaceutique
 Anesthésie Réanimation
 Néphrologie
 Chimie Analytique et Bromatologie
 Traumatologie orthopédie
 Anatomie
 Cardiologie
 Réanimation Médicale
 Pédiatrie
 Anesthésie Réanimation
 Radiologie
 Neuro-chirurgie
 Médecine Nucléaire
 Chimie Thérapeutique
 Toxicologie
 Pédiatrie
 Anatomie Pathologique
 Anatomie
 Anesthésie Réanimation
 Radiologie
 Physiologie
 Radiologie
 Médecine Nucléaire
 Pédiatrie
 Endocrinologie et maladies métaboliques
 Microbiologie
 Psychiatrie

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 *

AVRIL 2013

Pr.EL KHATIB MOHAMED KARIM *

MAI 2013

Pr.BOUSLIMAN Yassir

MARS 2014

Pr. ACHIR Abdellah
Pr.BENCHAKROUN Mohammed *
Pr.BOUCHIKH Mohammed
Pr. EL KABBAJ Driss *
Pr. EL MACHTANI IDRISSE Samira *
Pr. HARDIZI Houyam
Pr. HASSANI Amale *
Pr. HERRAK Laila
Pr. JANANE Abdellah *
Pr. JEAIDI Anass *
Pr. KOUACH Jaouad*
Pr. LEMNOUER Abdelhay*
Pr. MAKRAM Sanaa *
Pr. OULAHYANE Rachid*
Pr. RHISSASSI Mohamed Jaafar
Pr. SABRY Mohamed*
Pr. SEKKACH Youssef*
Pr. TAZI MOUKHA Zakia

AVRIL 2014

Pr.ZALAGH Mohammed

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

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale

Toxicologie

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

ORL

PROFESSEURS AGREGES :

DECEMBRE 2014

Pr. ABILKASSEM Rachid*
Pr. AIT BOUGHIMA Fadila
Pr. BEKKALI Hicham *
Pr. BENAZZOU Salma
Pr. BOUABDELLAH Mounya
Pr. BOUCHRIK Mourad*
Pr. DERRAJI Soufiane*
Pr. DOBLALI Taoufik*
Pr. EL AYOUBI EL IDRISSE Ali
Pr. EL GHADBANE Abdedaim Hatim*
Pr. EL MARJANY Mohammed*
Pr. FEJJAL Nawfal
Pr. JAHIDI Mohamed*
Pr. LAKHAL Zouhair*
Pr. OUDGHIRI NEZHA
Pr. RAMI Mohamed
Pr. SABIR Maria
Pr. SBAI IDRISSE Karim*

AOÛT 2015

Pr. MEZIANE Meryem
Pr. TAHRI Latifa

JANVIER 2016

Pr. BENKABBOU Amine
Pr. EL ASRI Fouad*
Pr. ERRAMI Nouredine*
Pr. NITASSI Sophia

JUIN 2017

Pr. ABI Rachid*
Pr. ASFALOU Ilyasse*
Pr. BOUAYTI El Arbi*
Pr. BOUTAYEB Saber
Pr. EL GHISSASSI Ibrahim
Pr. OURAINI Saloua*
Pr. RAZINE Rachid
Pr. ZRARA Abdelhamid*

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.

Dermatologie
Rhumatologie

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

Microbiologie
Cardiologie
Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Oncologie Médicale
Oncologie Médicale
O.R.L
Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Immunologie

* Enseignants Militaires

2 - ENSEIGNANTS-CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS/Prs. HABILITES

Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
Pr. ALAMI OUHABI Naïma	Biochimie-chimie
Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie
Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Pr. BARKIYOU Malika	Histologie-Embryologie
Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
Pr. CHAHED OUZZANI Lalla Chadia	Biochimie-chimie
Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie
Pr. FAOUZI Moulay El Abbas	Pharmacologie
Pr. IBRAHIMI Azeddine	Biologie moléculaire/Biotechnologie
Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Biologie
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med	Chimie Organique
Pr. REDHA Ahlam	Chimie
Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie

Mise à jour le 10/10/2018
Khaled Abdellah
Chef du Service des Ressources Humaines



Dédicaces



*Comme la beauté des choses réside dans
leur partage*

*J'aimerais vous faire part de chacune de
ces pages*

*Écrites par amour de la médecine et de la
science*

*Après de longs mois de labeur et de
patience*

*Merci à tous ceux qui m'ont toujours
soutenue ou aidée*

C'est à vous que ce travail est dédié . . .



A Allah

Le très Haut, le très Grand

Le Très Clément, Le tout Puissant,

Qui m'a guidée vers le droit chemin

Qui m'a aidée dans les moments les plus durs

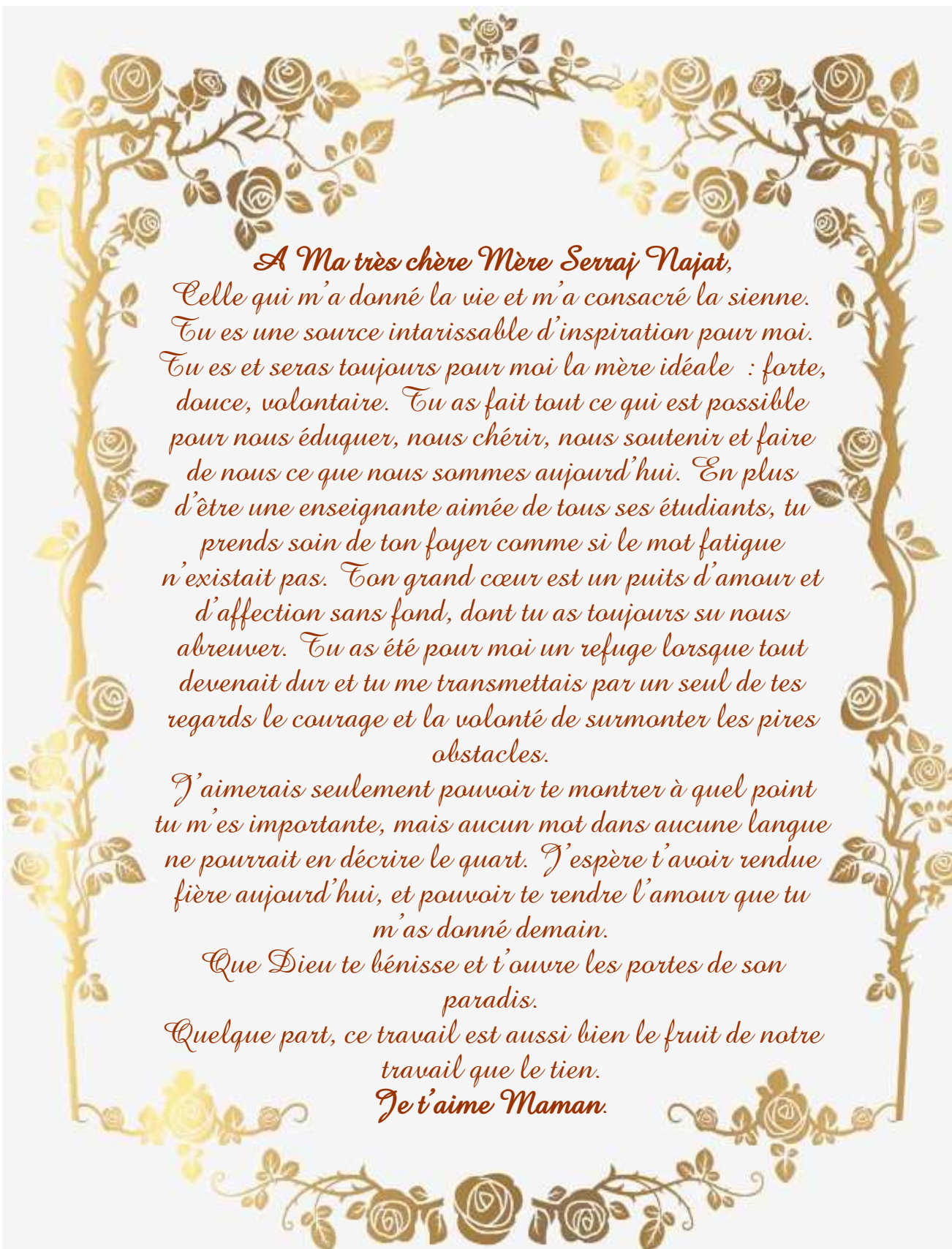
*Qui a préservé ma santé et celle de mes
proches*

*Qui a répondu à toutes mes prières et exaucé
mon souhait*

*De pouvoir faire du bien dans le meilleur des
métiers*

Louanges et remerciements

Pour votre clémence et miséricorde



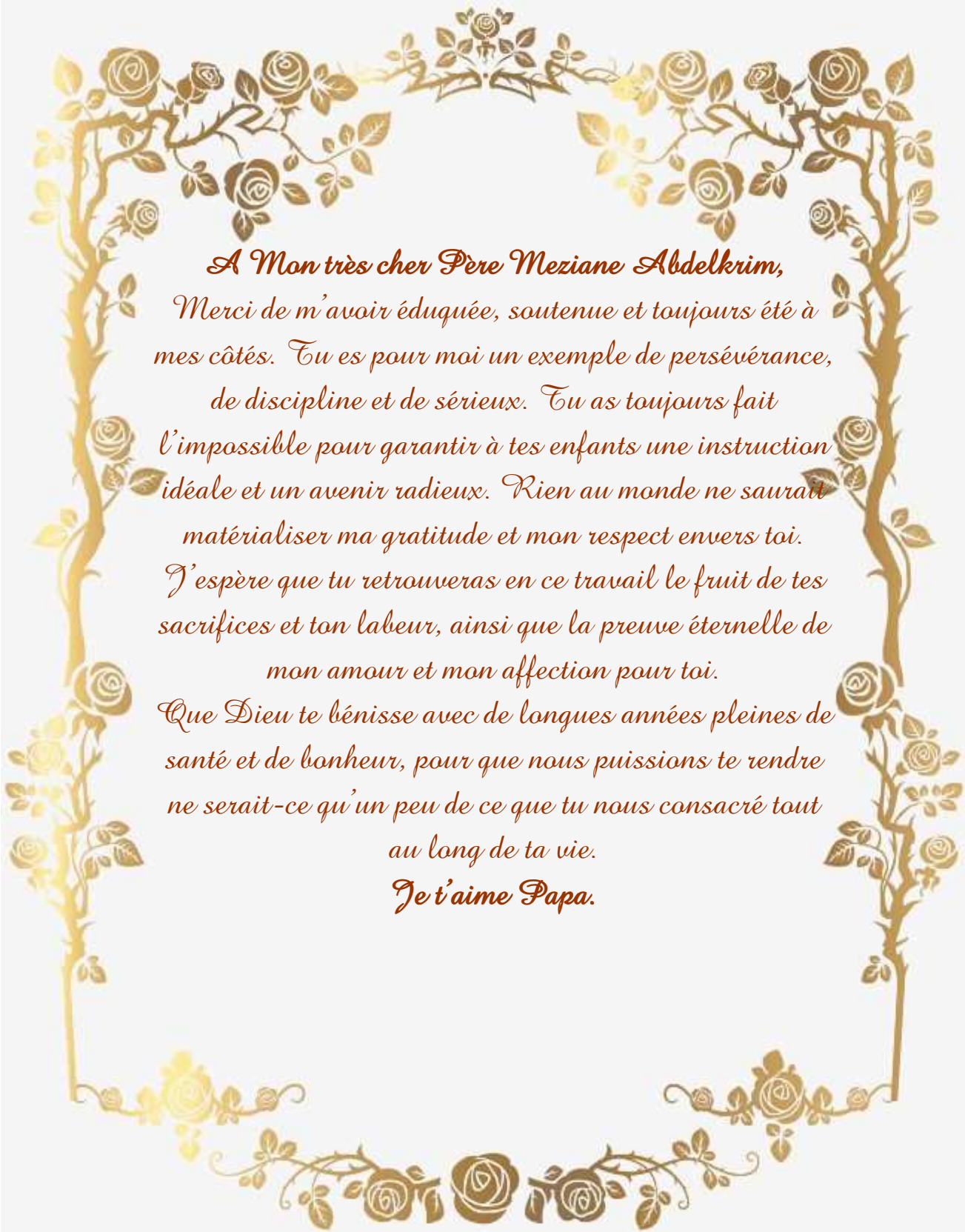
*A Ma très chère Mère Serraj Najat,
Celle qui m'a donné la vie et m'a consacré la sienne.
Tu es une source intarissable d'inspiration pour moi.
Tu es et seras toujours pour moi la mère idéale : forte,
douce, volontaire. Tu as fait tout ce qui est possible
pour nous éduquer, nous chérir, nous soutenir et faire
de nous ce que nous sommes aujourd'hui. En plus
d'être une enseignante aimée de tous ses étudiants, tu
prends soin de ton foyer comme si le mot fatigue
n'existait pas. Ton grand cœur est un puits d'amour et
d'affection sans fond, dont tu as toujours su nous
abreuver. Tu as été pour moi un refuge lorsque tout
devenait dur et tu me transmettais par un seul de tes
regards le courage et la volonté de surmonter les pires
obstacles.*

*J'aimerais seulement pouvoir te montrer à quel point
tu m'es importante, mais aucun mot dans aucune langue
ne pourrait en décrire le quart. J'espère t'avoir rendue
fière aujourd'hui, et pouvoir te rendre l'amour que tu
m'as donné demain.*

*Que Dieu te bénisse et t'ouvre les portes de son
paradis.*

*Quelque part, ce travail est aussi bien le fruit de notre
travail que le tien.*

Je t'aime Maman.



*A Mon très cher Père Meziane Abdelkrim,
Merci de m'avoir éduquée, soutenue et toujours été à
mes côtés. Tu es pour moi un exemple de persévérance,
de discipline et de sérieux. Tu as toujours fait
l'impossible pour garantir à tes enfants une instruction
idéale et un avenir radieux. Rien au monde ne saurait
matérialiser ma gratitude et mon respect envers toi.*

*J'espère que tu retrouveras en ce travail le fruit de tes
sacrifices et ton labeur, ainsi que la preuve éternelle de
mon amour et mon affection pour toi.*

*Que Dieu te bénisse avec de longues années pleines de
santé et de bonheur, pour que nous puissions te rendre
ne serait-ce qu'un peu de ce que tu nous consacré tout
au long de ta vie.*

Je t'aime Papa.



A ma très chère sœur Wiame,

Je ne saurais décrire la place que tu occupes au sein de mon cœur tellement tu es unique. Tu es ma sœur, mon amie, ma confidente. Ton cœur en or est un cadeau du ciel à tous ceux qui t'ont connu un jour. Merci pour ton aide, ton amour, ton affection, tes conseils et ton écoute. Derrière cette facette douce se cache un mental d'acier et un courage à toute épreuve. Je ne me lasse jamais de ta compagnie. En plus d'être la sœur parfaite, tu es un exemple de réussite pour tous. Tes accomplissements et ton parcours ont toujours été pour moi une source de motivation et la preuve ultime que le travail sérieux, la persévérance et la bonne foi portent toujours leurs fruits.

J'espère que ce travail te rendra fière de ta petite sœur, tant ton avis et ton impression sont importants à mes yeux.

Je remercie Dieu de m'avoir accordé la chance d'avoir une sœur pareille à mes côtés, et je te souhaite tout le bonheur du monde pour toi et ta petite famille dont tu sais si bien en prendre soin.

Je t'aime « Wiwi »



A mon très cher frère Anass,

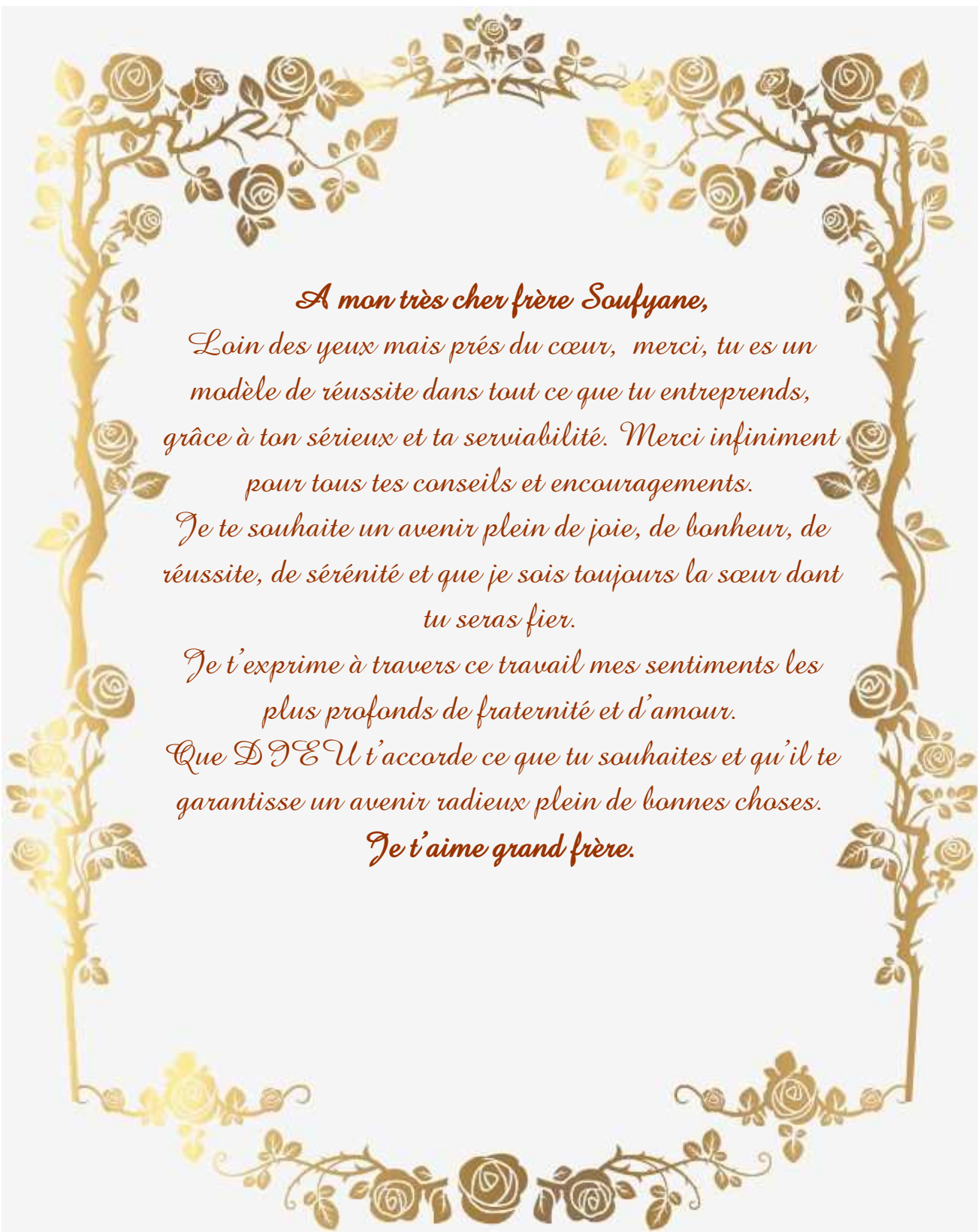
Tu es le frère que chaque personne aimerait avoir à la maison. Un être plein de vie et d'amour qui n'hésite pas à la répandre partout où il va. Tu as toujours été là pour partager les moments difficiles mais aussi les plus joyeux. Tu as toujours su apaiser mes peines avec ton humour intarissable et ta bonne humeur contagieuse. Merci d'avoir supporté mes sauts d'humeur durant les nombreux mois de préparation.

Merci pour ta bienveillance à mon égard, tous ces fous- rires et cette complicité si précieuse que nous partageons. Je te dédie ce travail, en guise de témoignage de mon amour et de toute l'affection que je te porte.

Je te souhaite beaucoup de chance et de réussite pour les quelques examens qui te restent avant de me rejoindre.

Puisse le bon Dieu te procurer santé et bonheur, et t'aider à réaliser tes rêves les plus chers.

Je t'aime « Anous ».




*A mon très cher frère Soufyane,
Loin des yeux mais près du cœur, merci, tu es un
modèle de réussite dans tout ce que tu entreprends,
grâce à ton sérieux et ta serviabilité. Merci infiniment
pour tous tes conseils et encouragements.*

*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 les
plus profonds de fraternité et d'amour.
Que DIEU t'accorde ce que tu souhaites et qu'il te
garantisse un avenir radieux plein de bonnes choses.*

Je t'aime grand frère.



A mon très cher Hafdaoui Mohamed,
Tu es pour moi un exemple de persévérance, de
réussite et de modestie. Merci pour ta présence
déterminante et irremplaçable à mes côtés, pour ton
soutien inconditionnel qui a adouci les difficultés de
toutes ces longues années d'études. Merci pour tes
techniques d'apprentissage, tes moyens
mnémotechniques et ton étymologie qui m'ont toujours
facilité la tâche. Merci pour tes blagues et ton sens de
l'humour qui sans eux nos mois de préparation
n'auraient jamais été aussi drôles.
Saches que tu fais partie des personnes sur lesquelles
je peux compter quoi qu'il arrive.
Pour toutes nos aventures, nos fous rires, nos joies et
nos galères. Je te dédie ce travail en témoignage de ma
reconnaissance et de ma profonde affection et je te
souhaite un avenir des plus brillants.




A ma très chère Amina Mellouk

Notre amitié est une réelle révélation et bénédiction.

Merci pour ton soutien inébranlable et tes encouragements en toutes circonstances. Dieu t'a doté d'une générosité, d'une bonté et d'un cœur d'une pureté rare. On a toujours su s'épauler pour se frayer un chemin dans ce long parcours, et j'espère que notre amitié durera à jamais.

A nos nombreux fous-rires, nos pauses cafés ensemble et tous nos souvenirs et moments partagés.

Je te dédie ce travail et te souhaite tout le bonheur et la réussite du monde.




*A la mémoire de mes défunts Grands-pères,
J'aurais tant aimé que vous soyez présents. Vous
êtes et resterez à tout jamais dans mon esprit et dans
mon cœur. Que vos âmes reposent en paix au
paradis.*

*A mes chères Grands-mères,
Vous êtes un réel modèle de patience et de sagesse
pour nous tous. Vos encouragements et vos prières
m'ont accompagné à chacun de mes pas.
Puisse Dieu vous garder en bonne santé et vous
prêter longue vie.*




*A tous les membres de ma famille,
Petits et grands, mes oncles et tantes, mes cousins et
cousines.*

*Pour votre soutien et vos encouragements.
Veuillez trouver dans ce modeste travail l'expression
de mon affection.*



*A tous mes amis et collègues, qui m'ont aidée,
encouragée et qui étaient toujours à mes côtés et m'ont
accompagnée durant ce petit bonhomme de chemin,
faisant de ces années les meilleures années de ma
jeunesse.*

*A tous mes enseignants tout au long de mes études,
ces héros de l'ombre qui ont cette noble mission de
soulager l'être humain et d'essayer de lui procurer le
bien-être, tout en transmettant ce précieux savoir aux
générations suivantes.*



*A toutes les mamans qui ont participé à l'étude,
Vous avez accepté de faire partie de ce travail même si
vous veniez de donner au monde et malgré la douleur et
la souffrance, pour le bien de toutes les femmes du
Maroc et leurs bébés*

*Merci pour votre accueil, votre patience et vos
encouragements.*

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

*Que Dieu vous garde et vous accorde des jours
meilleurs.*



Remerciements



*A notre Maitre et Présidente de Thèse
Madame le Professeur Sabah El Amrani,
Professeur de Gynécologie-Obstétrique*

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

*Votre probité au travail, votre dynamisme et votre sens
de responsabilité nous ont toujours impressionnés.*

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



*A Notre Maître et Rapporteur de Thèse
Madame le Professeur Amal Chimou Dzgua,
Professeur de Pédiatrie*

*Chère professeur, vous avez ma reconnaissance
éternelle d'avoir accepté de m'encadrer, et de l'avoir fait
avec tant de gentillesse. Je vous remercie de vous être
montrée toujours disponible pour m'aider et
m'apprendre. Vos compétences, votre culture
scientifique, votre sérieux mais surtout vos qualités
humaines me marqueront à tout jamais et font de vous
un exemple à suivre pour chaque futur médecin.
Veuillez trouver ici, cher maître, l'expression de mon
immense gratitude et de ma profonde admiration envers
tout ce que vous représentez à mes yeux.*



*A notre Maître et Juge de thèse
Monsieur le Professeur Said Ettair,
Professeur de Pédiatrie*

*Nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous
faites en acceptant de juger ce travail.*

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

*Votre grand savoir, modestie, et votre amabilité ont
toujours suscité en nous une grande estime.*

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



*A Notre Maître et Juge de Thèse
Monsieur le Professeur Samir Bargach,
Professeur de Gynécologie-Obstétrique*

*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 Maître et Juge de Thèse
Madame le Professeur Nouzha Dini,
Professeur de Pédiatrie*

*Nous vous remercions infiniment d'avoir accepté si
gentiment de faire partie du jury de cette thèse.*

*Sachez que vos compétences, vos qualités
d'enseignement et votre gentillesse sont une source
d'inspiration pour vos étudiants.*

*Veuillez trouver ici, cher maître, l'expression de notre
respect et notre reconnaissance envers vous.*



*A Monsieur le Professeur Kasouati Jalal,
Professeur Assistant en épidémiologie*

*Nous vous remercions infiniment pour votre
encadrement pour l'étude statistique.
Veuillez accepter, Monsieur, l'expression de notre
profond respect et de notre reconnaissance.*



*A Madame le docteur Berrani Hajar,
Pédiatre*

*Nous vous remercions infiniment pour votre
encadrement pour l'étude statistique.
Veuillez accepter, Madame, l'expression de notre
profond respect et de notre reconnaissance*



Liste des figures

Figure 1 : Répartition des femmes selon l'âge.....	10
Figure 2 : Répartition des femmes selon l'origine géographique	11
Figure 3 : Répartition des femmes selon le niveau d'instruction.....	12
Figure 4 : Répartition des femmes selon l'activité professionnelle.....	12
Figure 5 : Répartition des femmes selon la parité.....	13
Figure 6 : Description du suivi de la grossesse	15
Figure 7 : Répartition des femmes selon le mode d'accouchement	16
Figure 8 : Description de l'IEC sur l'allaitement maternel	17
Figure 9 : Répartition de l'IEC selon le profil du professionnel de santé.....	18
Figure 10 : Répartitions des différents moyens de l'IEC	18
Figure 11 : Réception ou non des documents de l'IEC sur l'allaitement maternel	20
Figure 12 : Répartition des nouveaux nés selon l'âge	22
Figure 13 : Répartition des nouveaux nés selon le terme	22
Figure 14 : Répartition des nouveaux nés selon le poids de naissance	23
Figure 15 : Séparation ou non des couples nouveau-né – mère	24
Figure 16 : Répartition du type d'allaitement durant le séjour à la maternité.....	24
Figure 17 : Administration ou non d'autres substances que le lait maternel.....	25
Figure 18 : Répartition du type d'aliment administré autre que le lait maternel.....	26
Figure 19 : Description de la mise au sein précoce après l'accouchement.....	28
Figure 20 : Connaissances des femmes concernant l'intérêt de la mise au sein précoce.	30
Figure 21 : Vécu des femmes des expériences antérieures d'allaitement maternel	31
Figure 22 : Connaissance des femmes à propos du colostrum.....	31
Figure 23 : Description de la position d'allaitement	32
Figure 24 : Répartition des réponses des mères concernant les difficultés rencontrées lors de l'allaitement.....	33
Figure 25 : Répartition des réponses des primipares concernant les difficultés rencontrées lors de l'allaitement.....	34

Figure 26 : Répartition des réponses des multipares concernant les difficultés rencontrées lors de l'allaitement.....	34
Figure 27 : Répartition des femmes selon l'intervention de soutien lors de l'allaitement maternel	35
Figure 28 : Répartition des femmes selon le type d'allaitement à la sortie de la maternité	36
Figure 29 : Répartition des réponses des femmes concernant les raisons de sevrage.....	38
Figure 30 : Motivations du choix de l'allaitement maternel selon les femmes	39
Figure 31 : Connaissances des femmes concernant les avantages de l'allaitement maternel pour le bébé	42
Figure 32 : Connaissances des femmes concernant les avantages de l'allaitement maternel pour la mère	42
Figure 33 : L'âge des femmes et la mise au sein précoce.....	44
Figure 34 : Le niveau d'instruction des femmes et la mise au sein précoce.....	45
Figure 35 : La parité des femmes et la mise au sein précoce.....	46
Figure 36 : Le mode d'accouchement et la mise au sein précoce.....	48
Figure 37 : Les documents de l'IEC et la mise au sein précoce	49
Figure 38 : Le poids de naissance et la mise au sein précoce	51
Figure 39 : L'expérience antérieure d'AM et la mise au sein précoce	52
Figure 40 : L'avis du conjoint concernant l'AM et la mise au sein précoce.....	53
Figure 41 : La durée des tétées et la mise au sein précoce.....	54
Figure 42 : La fréquence des tétées et la mise au sein précoce.....	55
Figure 43 : Evolution de l'allaitement maternel au Maroc entre 1992 et 2011	62
Figure 44 : Carte du monde montrant le pourcentage des enfants de plus six mois allaités exclusivement au sein (2000-2006)	64
Figure 45 : Différents acteurs jouant un rôle dans l'allaitement	66
Figure 46 : Représentation visuelle des données relatives à l'importance de mettre le bébé au sein dans l'heure qui suit sa naissance	72

Figure 47 : les différents types du lait maternel	77
Figure 48 : Pourcentage de nouveau-nés mis au sein dans l'heure qui suit la naissance, par type d'aliment reçu au cours des trois premiers jours de vie, et par groupe de pays en fonction du revenu, selon la classification de la Banque mondiale, 2017	78
Figure 49 : Comparaison du délai de mise au sein précoce au niveau de différentes maternités du Maroc	79
Figure 50 : L'évolution des taux de la mise au sein précoce au Maroc	80
Figure 51 : Pourcentage de nouveau-nés mis au sein pendant l'heure qui suit la naissance, par pays et par région, 2017	82
Figure 52 : Tendances en pourcentage de la mise au sein une heure ou moins après la naissance, par pays, vers 2005 et vers 2017	82
Figure 53 : Pourcentage de nouveau-nés mis au sein une heure ou moins après la naissance, par type d'accouchement	92
Figure 54 : La mise au sein : Bébé qui suce façon tétine et qui tète bien façon sein	106
Figure 55 : La position du bébé pour une meilleure prise du sein	107
Figure 56 : La mise au sein : pas par pas	108
Figure 57 : Les différentes positions de l'allaitement maternel	109
Figure 58 : Dix étapes pour un allaitement réussi, version actualisée, 2018	112



Tableau 1 : Récapitulatif des caractéristiques sociodémographiques des mères	14
Tableau 2 : Répartition des conseils reçus lors de l'IEC	19
Tableau 3 : Récapitulatif des caractéristiques du suivi et déroulement de la grossesse. 21	
Tableau 4 : Répartition des substances administrées au nouveau-né après l'accouchement	25
Tableau 5 : Récapitulatif des caractéristiques du nouveau-né	27
Tableau 6 : Répartition selon l'horaire de la mise au sein après l'accouchement	28
Tableau 7 : Répartition des raisons du retard de la mise au sein.....	29
Tableau 8 : Répartition selon la durée des tétées	32
Tableau 9 : Répartition selon la durée envisagée de l'allaitement maternel exclusif	36
Tableau 10 : Répartition selon l'âge prévu du sevrage du bébé	37
Tableau 11 : Motivations du choix de l'Am pour les femmes qui allaitent de façon mixte	40
Tableau 12 : Motivations du choix de l'Am pour les femmes qui prévoient d'allaiter de façon mixte.....	41
Tableau 13 : Le statut marital des femmes et la mise au sein précoce	43
Tableau 14 : L'origine géographique des femmes et la mise au sein précoce.....	44
Tableau 15 : Le niveau socio-économique et la mise au sein précoce.....	45
Tableau 16 : L'activité professionnelle des femmes et la mise au sein précoce	46
Tableau 17 : L'allaitement maternel de la mère elle-même et la mise au sein précoce... 47	
Tableau 18 : Le suivi de la grossesse et la mise au sein précoce	47
Tableau 19 : L'IEC et la mise au sein précoce.....	48
Tableau 20 : Le terme du nouveau-né et la mise au sein précoce	50
Tableau 21 : Le sexe du nouveau-né et la mise au sein précoce.....	50
Tableau 22 : La séparation mère - nouveau-né et la mise au sein précoce	51
Tableau 23 : Le vécu de l'expérience antérieure d'AM et la mise au sein précoce	53
Tableau 24 : Les difficultés d'allaitement et la mise au sein précoce	55
Tableau 25 : Les interventions de soutien et la mise au sein précoce.....	56

Tableau 26 : La durée envisagée de l'AME et la mise au sein précoce	56
Tableau 27 : Récapitulatif des critères qui influencent la mise au sein précoce	57
Tableau 28 : Récapitulatif des critères qui n'influencent pas la mise au sein précoce	58
Tableau 29 : Comparaison des difficultés d'allaitement entre les primipares et les multipares	99



Liste des abréviations

AM : Allaitement maternel

AME : Allaitement maternel exclusif

Am : Allaitement mixte

AA : Allaitement artificiel

LM : Lait maternel

MASP : Mise au sein précoce

OMS : Organisation mondiale de la santé

UNICEF : United Nations Of International Children's Emergency Fund.

IPS : l'Institut de Pédiatrie Sociale

EDS : Enquête Démographique de la Santé

IEC : Information Education Communication

ONG : Organisation Non Gouvernementale

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

IHAB : Initiative « Hôpital Ami Des Bébé ».

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

Sa : Salle d'accouchement

Acc : Accouchement

PS : Professionnel de santé

OR : Odds Ratio

NSP : ne sait pas



Introduction	1
Objectifs	5
Objectif principal	6
Objectifs secondaires	6
Matériels et méthode	7
Le type de l'étude	8
Matériel et méthode	8
Etude statistique.....	8
Résultats et analyses.....	9
I. Etude descriptive	10
1. Description des caractéristiques des parturientes et de la grossesse	10
1.1. Caractéristiques sociodémographiques des mères	10
1.1.1. Statut marital	10
1.1.2. Age	10
1.1.3. Origine.....	11
1.1.4. Niveau socio-économique	11
1.1.5. Niveau d'instruction	12
1.1.6. Activité professionnelle.....	12
1.1.7. Tabagisme	13
1.1.8. Parité.....	13
1.1.9. Femme allaitée par sa mère ou non	13
1.2. Déroulement et suivi de la grossesse:	15
1.2.1. Suivi de la grossesse :.....	15

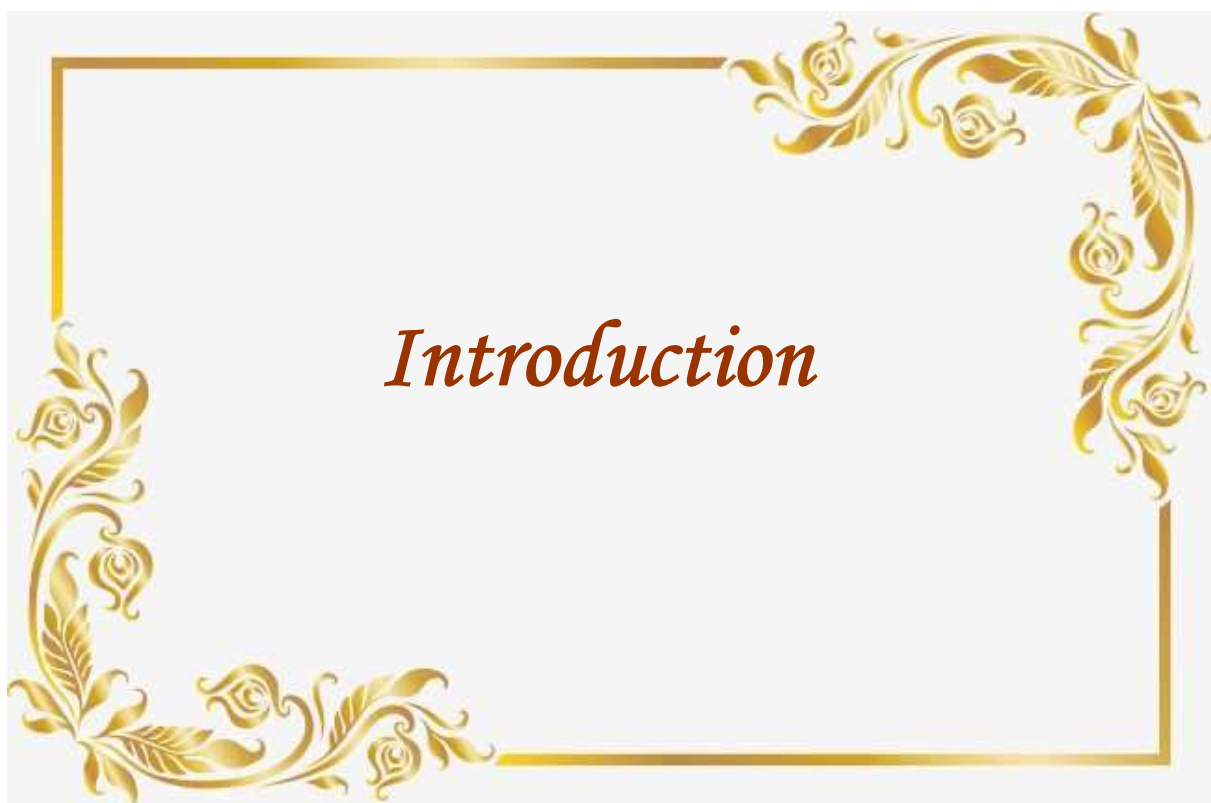
1.2.2.	Type de la grossesse	15
1.2.3.	Examen des seins	16
1.2.4.	Mode d'accouchement	16
1.2.5.	IEC sur l'allaitement maternel :	17
1.2.5.1.	Modalités de l'IEC.....	17
1.2.5.2.	Conseils reçus par la mère	19
1.2.5.3.	IEC du père :	20
1.2.5.4.	Documents reçus sur l'IEC :	20
2.	Description et caractéristiques des nouveaux nés.....	22
2.1.	Age.....	22
2.2.	Terme	22
2.3.	Sexe.....	23
2.4.	Poids de naissance.....	23
2.5.	Séparation mère nouveau-né dans les 24 premières heures.....	23
2.6.	Alimentation durant le séjour à la maternité.....	24
2.7.	Administration d'autres liquides que le lait maternel	25
3.	La mise au sein précoce.....	28
3.1.	Fréquence	28
3.2.	Délais	28
3.3.	Raisons du retard.....	29
3.4.	Intérêt	29
4.	Les connaissances des mères et leurs pratiques en matière de l'AM	30
4.1.	Expérience antérieure d'allaitement maternel	30

4.2.	Avis du conjoint concernant l'allaitement maternel	31
4.3.	Colostrum.....	31
4.4.	Durée des tétées	32
4.5.	Fréquence d'allaitement.....	32
4.6.	Position d'allaitement	32
4.7.	Précautions d'hygiène.....	33
4.8.	Difficultés à l'AM.....	33
4.9.	Sentiment de confiance en la capacité d'allaiter.....	35
4.10.	Interventions de soutien lors de l'allaitement	35
4.11.	Type d'alimentation à la sortie de la maternité	36
4.12.	Durée prévue de l'AME	36
4.13.	Sevrage du bébé	37
4.14.	Utilisation de la tétine	38
4.15.	Critères de choix de l'allaitement.....	39
4.16.	Avantages de l'allaitement maternel	41
II.	Etude analytique de la mise au sein précoce	43
1.	Analyse de l'impact des caractéristiques des parturientes et de la grossesse sur la mise au sein précoce	43
1.1.	Caractéristiques sociodémographiques des mères	43
1.1.1.	Statut marital	43
1.1.2.	Age	44
1.1.3.	Origine.....	44
1.1.4.	Niveau socio-économique	45

1.1.5.	Niveau d'instruction.....	45
1.1.6.	Activité professionnelle.....	46
1.1.7.	Parité.....	46
1.1.8.	Femme elle-même allaitée ou non	47
1.2.	Déroulement et suivi de la grossesse	47
1.2.1.	Suivi de la grossesse.....	47
1.2.2.	Mode d'accouchement	48
1.2.3.	IEC	48
1.2.4.	Document reçu sur l'AM.....	49
2.	Analyse de l'impact des caractéristiques des nouveaux nés sur la mise au sein précoce	49
2.1.	Terme	49
2.2.	Sexe.....	50
2.3.	Poids de naissance.....	50
2.4.	Séparation mère - nouveau-né	51
3.	Analyse de l'impact des pratiques des mères en matière de l'AM.....	52
3.1.	Expérience antérieure d'allaitement maternel et le vécu	52
3.2.	Avis du conjoint.....	53
3.3.	Durée des tétées	54
3.4.	Fréquence des tétées	55
3.5.	Difficultés d'allaitement	55
3.6.	Interventions de soutien	56
3.7.	Durée prévue de l'AME.....	56

4. Analyse univariée et multivariée par régression logistique	59
Discussion	60
1. Taux d'allaitement maternel	61
1.1. Au Maroc	61
1.2. Pays en voie de développement	62
1.3. Pays développés	63
2. Raisons du choix du mode d'allaitement.....	64
2.1. Déterminants de choix de l'allaitement maternel exclusif.....	64
2.2. Déterminants de choix de l'allaitement artificiel.....	69
3. Mise au sein précoce.....	71
3.1. Le contact peau à peau	72
3.2. L'importance et les avantages.....	73
3.3. Le colostrum	75
3.4. La mise au sein précoce et l'introduction d'autres aliments.....	77
3.5. L'incidence	79
3.6. Facteurs associés ou non la mise au sein précoce.....	83
3.6.1. Caractéristiques des mères	83
3.6.2. Déroulement de la grossesse.....	87
3.6.3. Caractéristiques des nouveaux nés.....	93
3.6.4. Pratique et connaissances des mères.....	94
4. Difficultés de l'allaitement	99
4.1. Difficultés de téter	99
4.2. Fatigue maternelle	100

4.3. L'insuffisance de production lactée.....	101
4.4. Mamelon plat/ rétracté.....	103
4.5. Refus de prise de sein	104
4.6. Crevasses	104
5. Les stratégies d'amélioration et de promotion de l'allaitement maternel	111
Conclusion.....	119
Résumé.....	123
Bibliographie.....	132



« Le lait de femme allie trois qualités idéalement recherchées ailleurs : Le prix de revient le plus bas, la qualité la plus élevée et la présentation la plus attirante. » professeur Pierre Royer.

Autrefois indispensable à la survie de l'espèce humaine, l'allaitement maternel est officiellement reconnu de nos jours comme étant le mode d'alimentation idéal pour le nourrisson, et ce malgré l'existence aujourd'hui de nombreux laits de substitution grâce aux progrès de la science et de l'industrie. Le lait maternel a d'ailleurs toujours suscité l'intérêt des chercheurs et intervenants du domaine de la santé qui, au fil des années, ont constamment su mettre en lumière cette précieuse pratique, prouvant par de nombreuses années de recherches les immenses bienfaits que procure l'action d'allaiter non seulement pour le nourrisson, mais aussi pour la mère ainsi que pour la relation qui les unie, et ce aussi bien à court qu'à long terme.

Ainsi, l'organisation mondiale de la santé (OMS) et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) préconisent l'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de six mois, et l'allaitement en complément d'une alimentation diversifiée jusqu'à l'âge de deux ans (OMS, 1989).

Du colostrum au lait mature en passant par le lait de transition, la composition du lait maternel ne varie pas uniquement au fil des jours et des mois en fonction de l'âge du nourrisson, mais aussi en l'espace de quelques minutes au sein d'une même tétée. L'accord est donc unanime quant à la supériorité du lait maternel. Plus les connaissances se développent, et plus le lait de femme apparaît comme étant le mieux adapté aux besoins du nourrisson. D'où le slogan Anglo-saxon « Breast is best ».

De par sa composition, le lait de mère possède de nombreuses propriétés biologiques et chimiques qui lui confèrent un caractère digne d'une alimentation riche et parfaitement équilibrée en macro et micronutriments.

De plus, il renferme d'autres composants qui en font un lait inimitable, notamment les facteurs immunologiques dont les composants cellulaires (macrophages, leucocytes polynucléaires neutrophiles, Lymphocytes), les fractions C3 et C4 du complément, le lysozyme, la lactoferrine, le facteur bifidus et les immunoglobulines particulièrement les IgA

sécrétoires dont la concentration est 10 fois plus élevée dans le colostrum que le lait mature. En effet, le colostrum, 1er lait d'aspect épais et jaune, sécrété par la mère de la naissance à 6 jours en petite quantité (20 à 50ml/), il est ainsi proportionnel à la taille de l'estomac du nouveau né et se caractérise par sa composition riche en protéines, oligo-éléments, vitamines (A,...), facteurs de croissance et sa faible concentration en lactose et lipides, ce qui en fait un lait adapté aux besoins physiologiques du nouveau-né pendant les premiers jours de vie. Il est très bien assimilé, n'occasionne pas de surcharge rénale et produit peu de déchets non digérés. Ces avantages nutritionnels et immunologiques du « Colostrum », sont offerts au nouveau-né par la mise au sein précoce. Cette mise au sein précoce a en plus de nombreux autres bénéfices aussi bien pour la mère que pour le nouveau-né, c'est pourquoi, l'OMS recommande que les mères commencent à allaiter leur enfant au sein dans l'heure qui suit la naissance et que les nouveau-nés doivent être placés peau contre peau avec leur mère immédiatement après la naissance et ce pendant une heure au moins car cette première période d'éveil calme est propice au démarrage des tétées sous l'effet des catécholamines. Cependant, et malgré toutes ces données prônant le lait maternel, seulement 38% des nourrissons dans le monde sont de nos jours exclusivement allaités au sein au cours de leurs six premiers mois de vie et environ deux enfants sur cinq seulement bénéficient de la tétée précoce dans l'heure qui suit la naissance.

Ceci a entraîné une réelle inquiétude dans le domaine de la santé, et pour y remédier, de nombreux efforts ont été déployés, notamment de la part de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de l'UNICEF, qui promulguent et incitent massivement sur les bienfaits de l'allaitement maternel. Ceci a abouti en 1979 à la création de l'« international baby food network (IBFAN), puis à la déclaration d'Innocenti en 1990, une initiative mondiale basée sur la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel ainsi qu'au lancement en 1991 de l'initiative « hôpitaux amis des bébés » (IHAB).

Au Maroc, « l'initiative hôpitaux amis des bébés » a vu le jour en 1992 et a concerné 40 hôpitaux et maternités. De plus, le soutien de l'allaitement maternel au Maroc a été intégré au cœur de la convention relative aux droits de l'enfant et fait désormais partie des programmes nationaux d'encouragement de l'allaitement maternel, de lutte contre la malnutrition, de lutte contre les maladies diarrhéiques et de la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant.

Cependant de nombreuses études réalisées au Maroc, au cours des 2 dernières décennies, ont tiré la sonnette d'alarme face au déclin observé dans la pratique de l'allaitement maternel. En effet, malgré les efforts d'information et d'éducation instaurés à différents niveaux sur le plan national, les indicateurs d'évaluation de la pratique de l'AM affichent des taux bas et qui continuent à baisser pour en aboutir actuellement à un véritable problème de santé publique comme en témoignent les données suivantes issues des différentes enquêtes nationales sur la population et la santé: (Enquêtes Nationales sur la Population et Santé de la Famille (ENPSF/2004 et 2011), Enquête Nationale à Indicateurs Multiples et Santé des Jeunes (ENIMSJ/2006)

1. La mise au sein précoce pratiquée par 49% des mères en 1992, 42% en 1997 et 52% en 2004, a reculé à 30,3% en 2011.
2. Le taux de l'allaitement maternel exclusif à l'âge de 6 mois est passé respectivement de 51% en 1992, 41% en 1997, 32% en 2004 et à 15% en 2006- 2007(Ministère de la santé au Maroc).
3. La durée moyenne de l'allaitement maternel, elle aussi, a baissé de 15,5 mois à 13 mois.

Le déclin de l'allaitement maternel que vit notre société peut s'expliquer par la modernisation de la vie et le développement de l'industrie agro-alimentaire et pharmaceutique, spécialement dans le domaine des substituts du lait humain et l'introduction des laits de vache concentrés et en poudre. S'ajoutent à cela les intérêts purement commerciaux de l'industrie alimentaire, la fréquence grandissante du travail des femmes, l'évolution culturelle et économique de la population et l'insuffisance de la formation dispensée aux professionnels de santé et de l'éducation et la sensibilisation des mères sur la pratique de l'allaitement maternel et particulièrement sur la mise au sein précoce.

C'est ce contexte de recul de cette pratique au sein dans notre société qui nous a motivé pour réaliser une thèse sur la pratique de l'allaitement maternel à la naissance en maternité où se déroule le premier contact entre les mères et leurs enfants via l'allaitement au sein, dans l'objectif principal d'évaluer la pratique de la mise au sein précoce à la maternité et d'en identifier les facteurs associés en vue d'améliorer cette pratique à la maternité.



Objectif principal

- Evaluer la pratique de l'allaitement au sein à la maternité du centre hospitalier universitaire (CHU) Ibn Sina à Rabat.

Objectifs secondaires

- Identifier les facteurs associés à la mise au sein précoce pour définir les axes d'amélioration de cette pratique dans la maternité.
- Identifier les différentes difficultés rencontrées pendant l'allaitement lors du séjour en maternité.
- Evaluer les connaissances des mères concernant les avantages de l'allaitement maternel ainsi que les prévisions concernant l'âge du sevrage et les raisons du choix de l'allaitement maternel.
- Discerner le rôle de l'IEC, ses modalités et les éléments permettant son amélioration.



Le type de l'étude

Il s'agit d'une enquête descriptive et analytique sur une étude de prévalence qui s'est déroulée sur une période 4 mois, s'étalant du 15 juin 2017 au 15 Octobre 2017.

L'étude a été réalisée à la maternité Souissi du centre hospitalier universitaire Ibn Sina de Rabat.

Matériel et méthode

- Caractéristiques de la population étudiée :

La population cible était représentée par 300 couples « mères-enfant » hospitalisés en suite de couche à la maternité Souissi.

- Critères d'inclusion :

Toute parturiente en suite de couche qui a accouché par voie basse ou par voie haute.

- Critères d'exclusion :

Sont exclues de l'enquête les mères ayant accouchées d'un nouveau-né mort né ou décédé par la suite.

- La fiche d'exploitation (voir l'annexe) :

Les données ont été collectées à travers un questionnaire comportant 63 questions, avec des questions à choix multiples et des questions à réponse libre.

Etude 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 entre les deux groupes (mise au sein précoce/pas de mise au sein précoce) a été réalisée à l'aide du test du Khi-deux.

La recherche de facteurs associés à la mise au sein précoce a été effectuée par un modèle de régression logistique binaire, univariée puis multivariée.

L'association a été mesurée par l'Odds Ratio (OR) ainsi que son intervalle de confiance(IC) à 95% et le degré de signification p. Une valeur de p inférieure à 0,05 a été considérée comme significative.



Résultats et analyses

I. Etude descriptive

1. Description des caractéristiques des parturientes et de la grossesse

1.1. Caractéristiques sociodémographiques des mères

1.1.1. Statut marital

292 mères étaient mariées soit 97.3% et 8 mères étaient célibataires soit 2.7%.

1.1.2. Age

Les mères âgées entre 18 et 35 ans sont majoritaires avec un pourcentage de 84.3%.

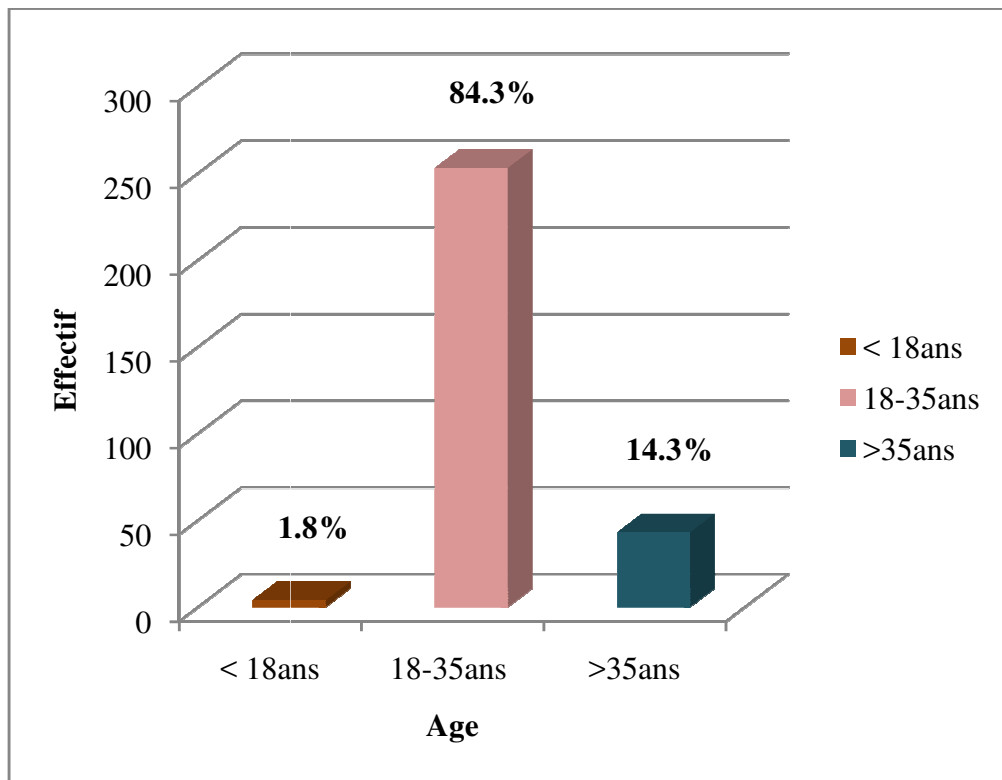


Figure 1 : Répartition des femmes selon l'âge

1.1.3. Origine

172 femmes viennent d'un milieu urbain et 128 femmes d'un milieu rural.

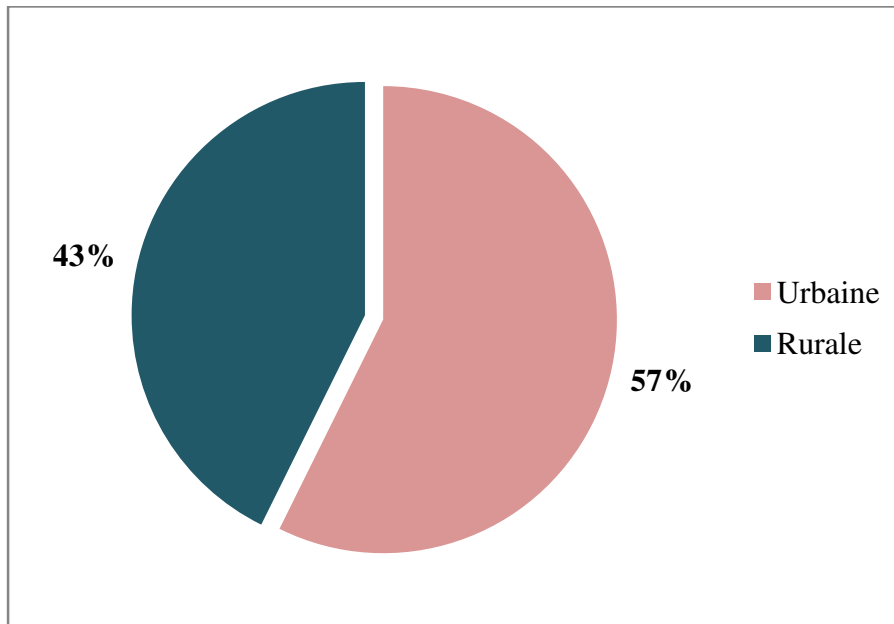


Figure 2 : Répartition des femmes selon l'origine géographique

1.1.4. Niveau socio-économique

161 mères (53.7%) ont un niveau socio-économique bas, et 139 mères (46.3%) ont un niveau socio-économique moyen.

1.1.5. Niveau d'instruction

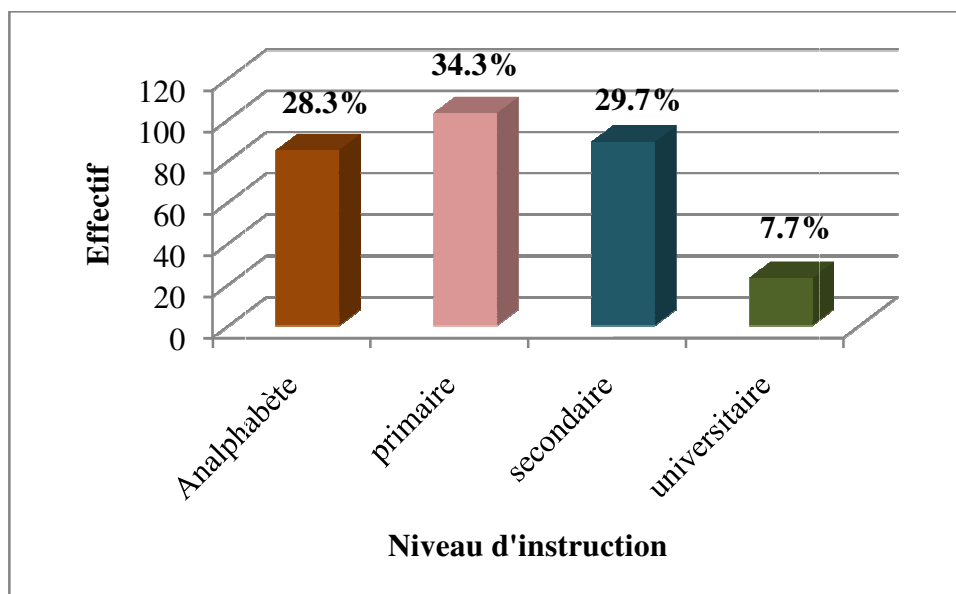


Figure 3 : Répartition des femmes selon le niveau d'instruction

1.1.6. Activité professionnelle

Les femmes au foyer sont majoritaires avec un pourcentage de 89.7% et seulement 10.3% des femmes ont un travail : 6% des ouvrières, 3.7% des fonctionnaires et 0.7% ayant une fonction libérale.

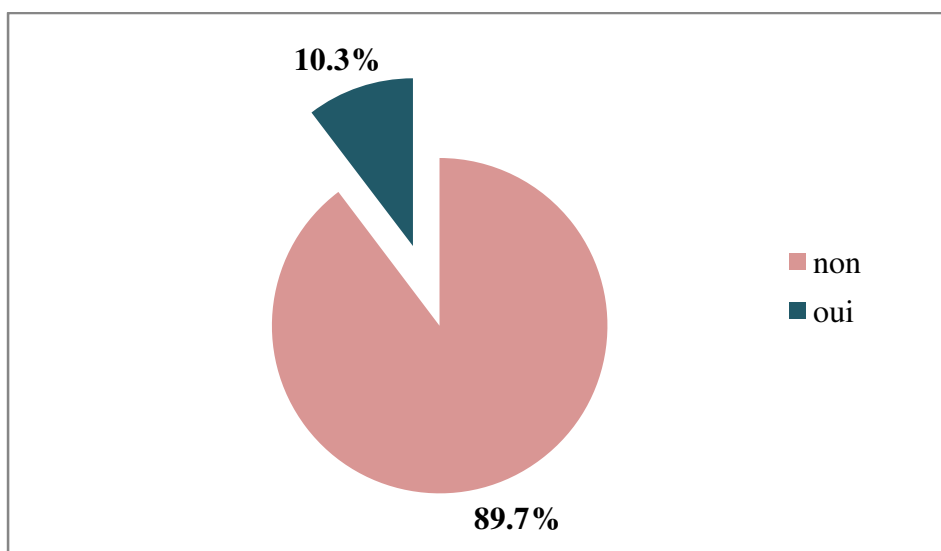


Figure 4 : Répartition des femmes selon l'activité professionnelle

1.1.7. Tabagisme

Six mères avaient une notion de tabagisme avant la grossesse soit 2%.

1.1.8. Parité

44.3% des mères sont des primipares.

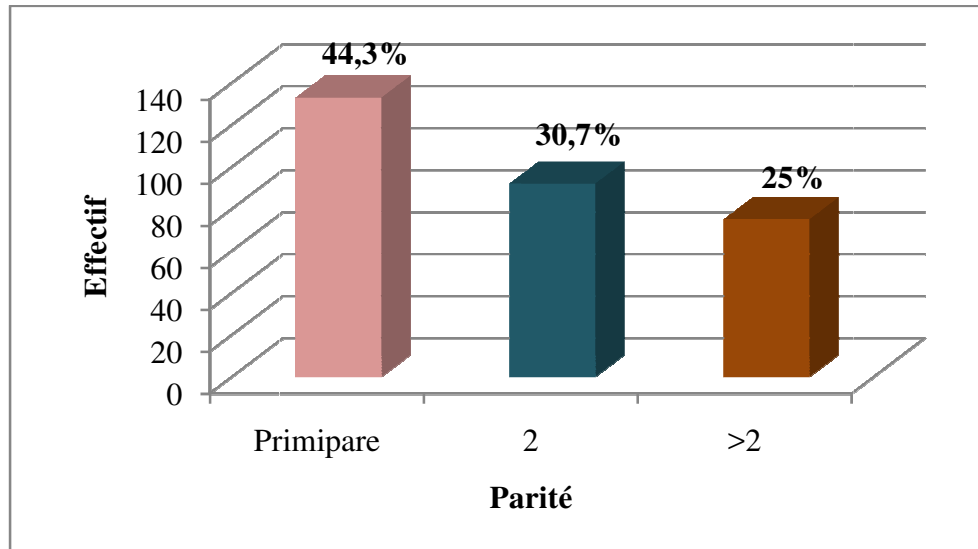


Figure 5 : Répartition des femmes selon la parité

1.1.9. Femme allaitée par sa mère ou non

273 (91%) femmes ont été allaitées par leur mère, 26 (8,7%) n'ont pas été allaitées au sein et une seule femme ne savait pas si elle a été allaitée par sa mère ou non.

Tableau 1 : Récapitulatif des caractéristiques sociodémographiques des mères

Critères	effectifs	Pourcentage
Statut marital		
<i>Mariée</i>	292	97,3
<i>Célibataire</i>	8	2,7
Age		
<i><18 ans</i>	4	1,8
<i>18-35 ans</i>	253	84,3
<i>>35 ans</i>	43	14,3
Origine		
<i>Rurale</i>	128	43
<i>Urbaine</i>	172	57
Niveau socio-économique		
<i>Bas</i>	161	53,7
<i>Moyen</i>	139	46,3
<i>Elevé</i>	0	0
Niveau d'instruction		
<i>Analphabète</i>	85	28,3
<i>Primaire</i>	103	34,3
<i>Secondaire</i>	89	29,7
<i>Universitaire</i>	23	7,7
Activité professionnelle		
<i>Sans</i>	269	89,7
<i>Ouvrière</i>	18	6
<i>Fonctionnaire</i>	11	3,7
<i>Fonction libérale</i>	2	0,7
Tabagisme		
<i>Oui</i>	6	2
<i>Non</i>	294	98
Parité		
<i>Primipare</i>	133	44,3
<i>Multipare</i>	167	55,7
Femme elle-même allaité		
<i>Oui</i>	273	91
<i>Non</i>	26	8,7
<i>Ne sait pas</i>	1	0,3

1.2. Déroulement et suivi de la grossesse:

1.2.1. Suivi de la grossesse :

En ce qui concerne le suivi de la grossesse, 233 femmes (77,7%) avaient un suivi régulier.

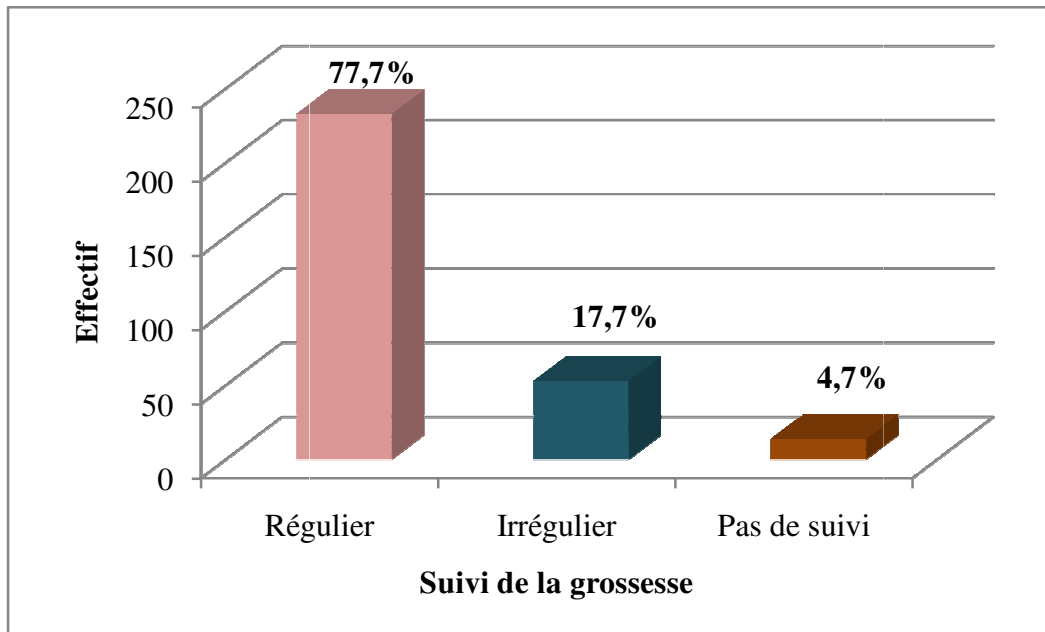


Figure 6 : Description du suivi de la grossesse

⇒ Par qui ?

163 femmes ont été suivies durant la grossesse par une sage femme soit 54,3%, 128 femmes par un médecin généraliste soit 42,7% et 124 par un gynécologue soit 41,3%.

A noter que 126 femmes ont consulté chez plus d'un personnel de santé :

- 62 femmes chez une SF + Généraliste ;
- 59 femmes chez SF + Gynécologue ;
- 3 femmes chez un généraliste + Gynécologue ;
- 2 femmes chez les trois.

1.2.2. Type de la grossesse

Les grossesses monofoetales étaient majoritaires avec un nombre de 296 grossesses soit 98,7% et seulement 4 jumeaux / jumelles soit 1,3%.

1.2.3. Examen des seins

En ce qui concerne l'examen des seins, 212 (70,7%) femmes n'ont pas bénéficié de cet examen lors de la grossesse et seulement 88 (29,3%) ont été examinées.

1.2.4. Mode d'accouchement

211 (70,3%) femmes ont accouché par voie basse et 89 (29,7%) ont accouché par césarienne.

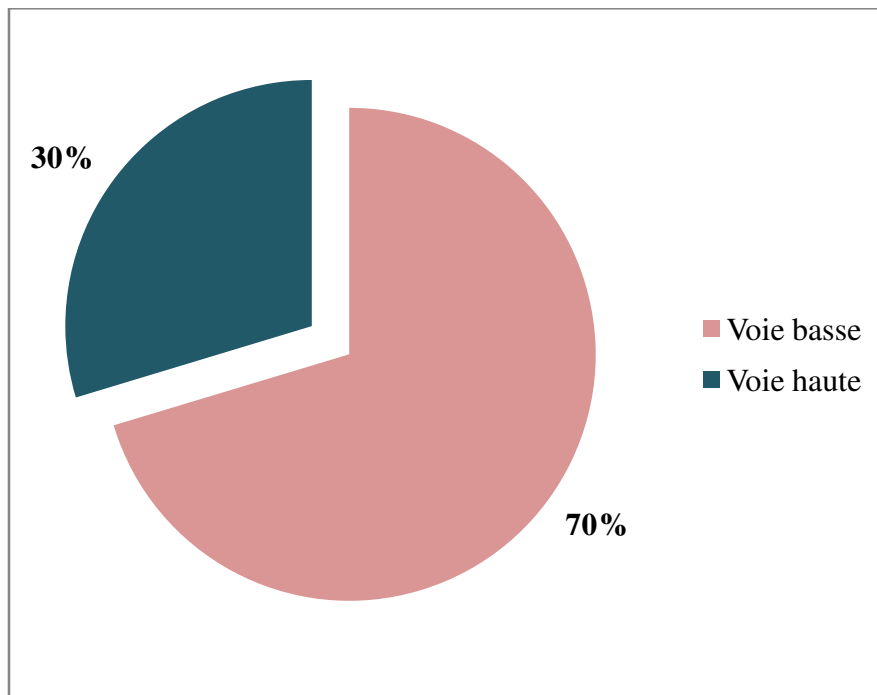


Figure 7 : Répartition des femmes selon le mode d'accouchement

1.2.5. IEC sur l'allaitement maternel :

209 femmes n'ont pas eu d'IEC et 91 ont bénéficié d'une IEC sur l'AM dont 86 (28,7%) pendant la grossesse et 5 (1,7%) après l'accouchement.

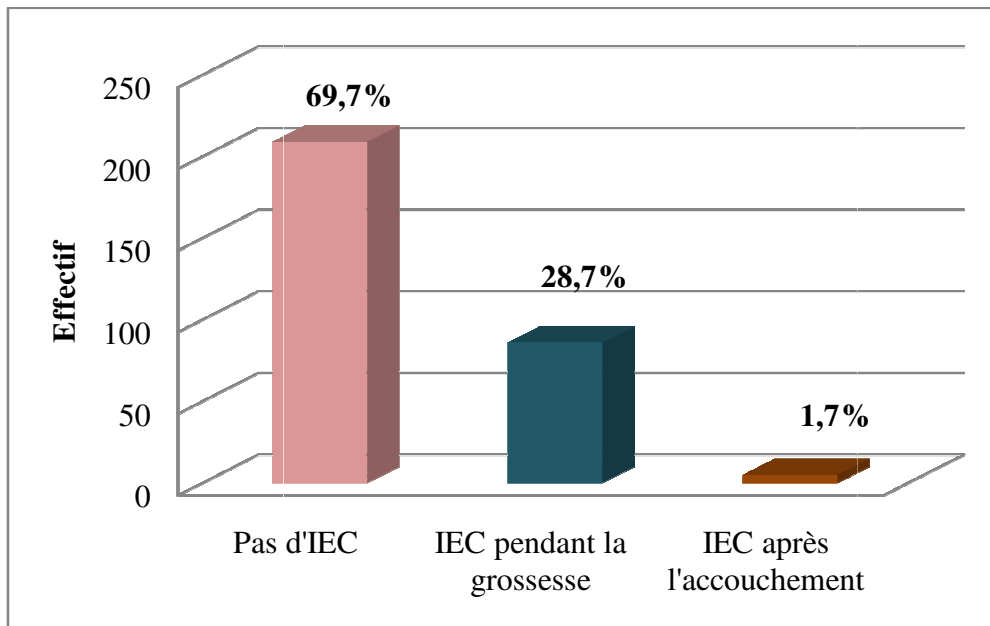


Figure 8 : Description de l'IEC sur l'allaitement maternel

1.2.5.1. Modalités de l'IEC

→ Par qui ?

A noter que la source de l'IEC a été multiple dans certains cas :

- SF + Gynécologue pour 2 femmes ;
- SF + Généraliste pour 2 femmes ;
- SF+ Autres pour 1 femme ;
- Gynécologue + Autres pour 1 femme.

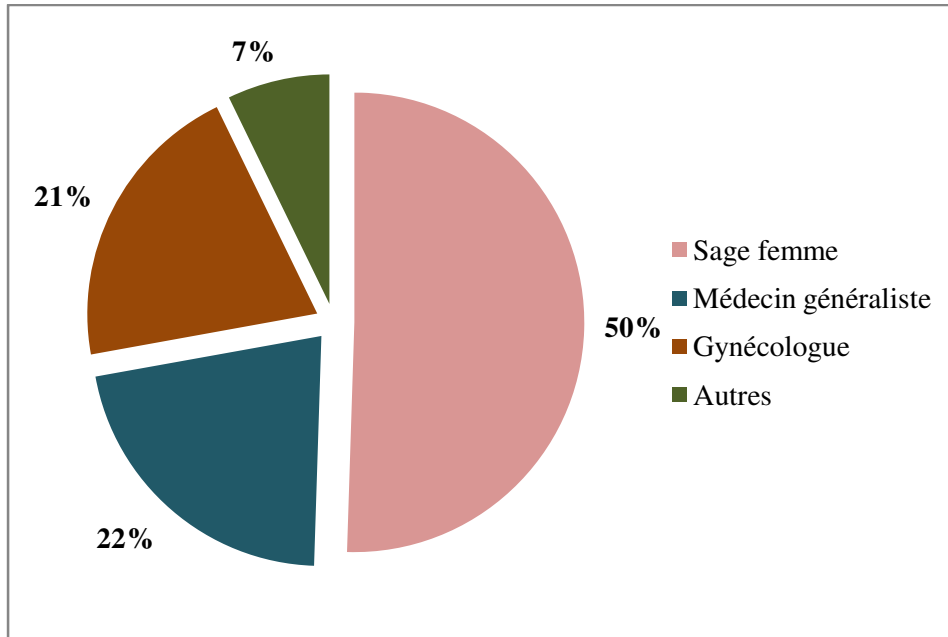


Figure 9 : Répartition de l'IEC selon le profil du professionnel de santé

⇒ **Par quel moyen ?**

A préciser que 14 femmes ont bénéficié d'une IEC par plusieurs moyens.

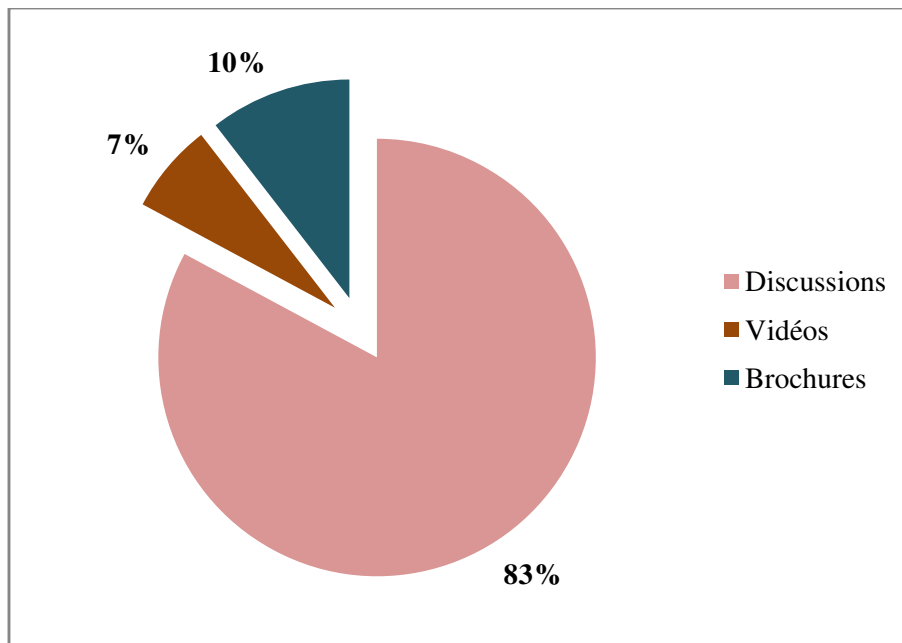


Figure 10 : Répartitions des différents moyens de l'IEC

⇒ **Comment ?**

69 (75,8%) femmes ont bénéficié de l'IEC de façon individuelle et 22 (24,2%) femmes ont été informées, éduquées et conseillées en groupe.

1.2.5.2. **Conseils reçus par la mère**

Tableau 2 : Répartition des conseils reçus lors de l'IEC

Conseils	Effectif	Pourcentage
<i>Avantages pour le Nné</i>	88	29,3
<i>Avantage pour la mère</i>	66	22
<i>Mise au sein précoce</i>	50	16,7
<i>Bonne prise du sein</i>	43	14,3
<i>Position du bébé</i>	41	13,7
<i>Position de la mère</i>	38	12,7
<i>Durée de tété</i>	33	11
<i>Tété à la demande</i>	61	20,3
<i>Comment tirer le lait</i>	3	1
<i>Conservation du LM</i>	2	0,7
<i>AME jusqu'à 6 mois</i>	46	15,3
<i>Cohabitation mère et Nné</i>	7	2,3
<i>AM et le travail de la mère</i>	0	0
<i>Hygiène des seins</i>	33	11
<i>Rôle du soutien de l'entourage</i>	4	1,3

1.2.5.3. IEC du père :

Sur les 300 femmes interrogées, elles ont toutes répondu que leurs conjoints n'ont pas bénéficié d'une IEC.

1.2.5.4. Documents reçus sur l'IEC :

12 femmes ont reçu un document sur l'IEC et 288 femmes n'ont rien reçu.

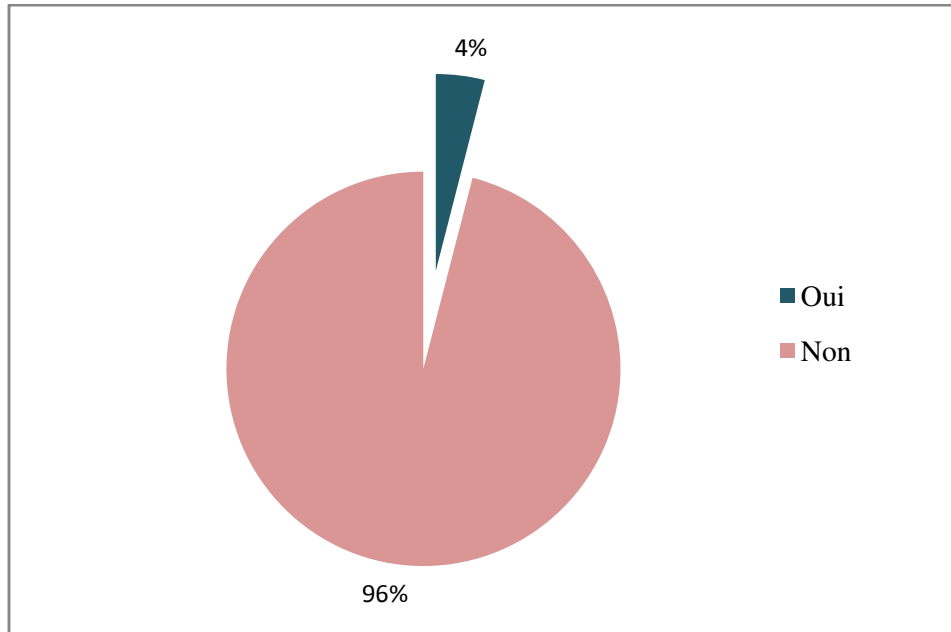


Figure 11 : Réception ou non des documents de l'IEC sur l'allaitement maternel

Tableau 3 : Récapitulatif des caractéristiques du suivi et déroulement de la grossesse

critères	effectifs	Pourcentage
Suivi de la grossesse		
<i>Régulier</i>	233	77,7
<i>Irrégulier</i>	53	17,7
<i>Pas de suivi</i>	14	4,7
<i>Sage femme</i>	163	60
<i>Médecin généraliste</i>	128	44,7
<i>Gynécologue</i>	124	43,3
Type de la grossesse		
<i>Monofoetale</i>	296	98,7
<i>Multiple</i>	4	1,3
Examen des seins		
<i>Oui</i>	212	70,7
<i>Non</i>	88	29,3
Mode d'accouchement		
<i>Voie basse</i>	211	70,3
<i>Voie haute</i>	89	29,7
IEC sur l'allaitement maternel		
<i>Avant la grossesse</i>	0	0
<i>Pendant la grossesse</i>	86	28,7
<i>Après l'accouchement</i>	5	1,7
<i>Pas d'IEC</i>	209	69,7
<i>Sage femme</i>	49	53,8
<i>Médecin généraliste</i>	21	23,1
<i>Gynécologue</i>	20	22
<i>Autres</i>	7	7,7
<i>Discussions</i>	87	83
<i>Vidéos</i>	7	10
<i>Brochures</i>	11	7
<i>Individuelle</i>	69	75,8
<i>Classe des femmes</i>	22	24,2
Documents reçu		
<i>Oui</i>	12	4
<i>Non</i>	288	96

2. Description et caractéristiques des nouveaux nés

2.1. Age

Au moment de l'entretien les 2/3 des enfants étaient âgés de moins de 48 heures.

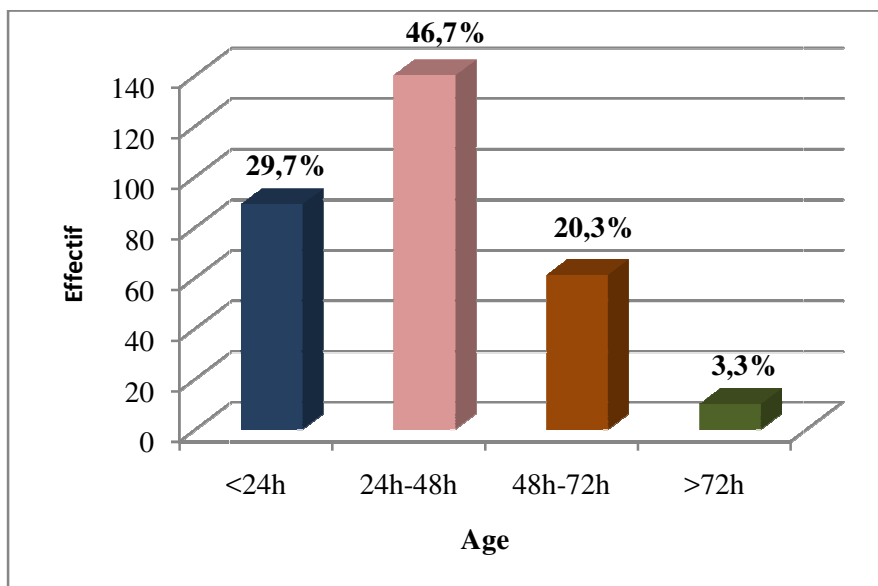


Figure 12 : Répartition des nouveaux nés selon l'âge

2.2. Terme

239 nouveaux nés soit 79.7% sont nés à terme, 49 nouveaux nés soit 16.3% sont des post terme et 12 soit 4% sont des prématurés.

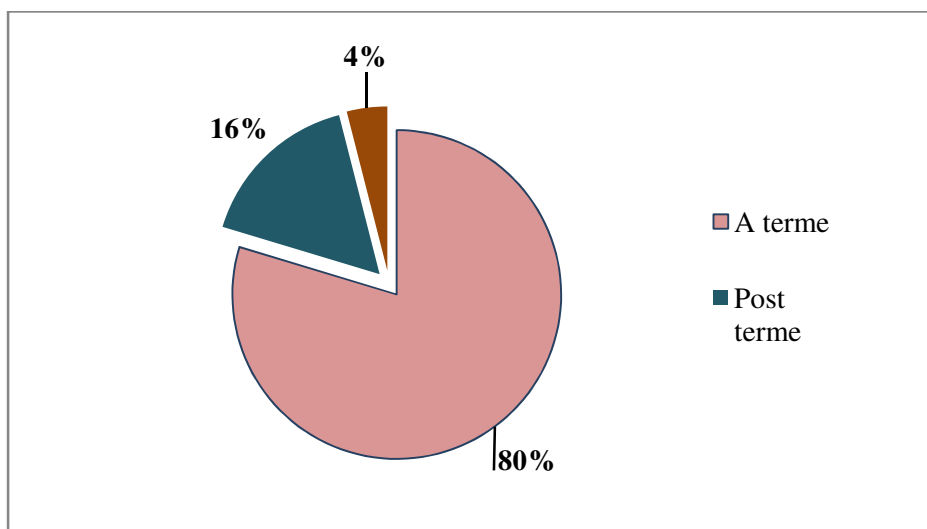


Figure 13 : Répartition des nouveaux nés selon le terme

2.3. Sexe

En ce qui concerne le sexe des nouveaux nés 50% sont de sexe masculin et 50% de sexe féminin.

2.4. Poids de naissance

Les 2/3 des nouveaux nés sont eutrophes et 19% sont hypotrophes.

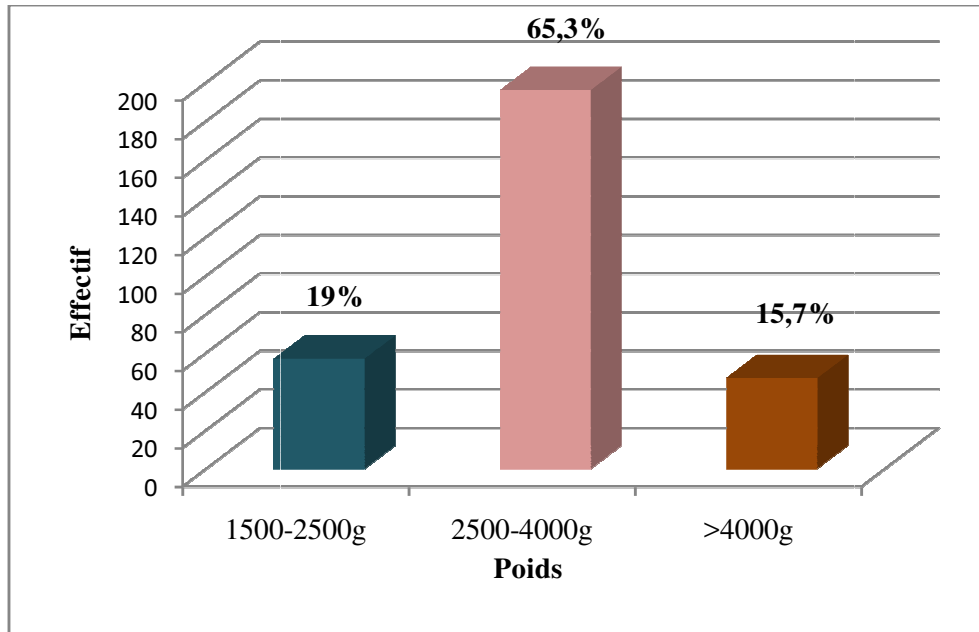


Figure 14 : Répartition des nouveaux nés selon le poids de naissance

2.5. Séparation mère nouveau-né dans les 24 premières heures

65 couples mères - nouveaux nés ont été séparés durant les premières 24 heures.

Concernant la durée de séparation de ces 65 couples, elle est de :

- <12h pour 60 Nnés (92.3%);
- 24h pour 1 Nné (1.5%) ;
- 48h pour 2 Nnés (3.1%) ;
- 72h pour 2 Nnés (3.1%).

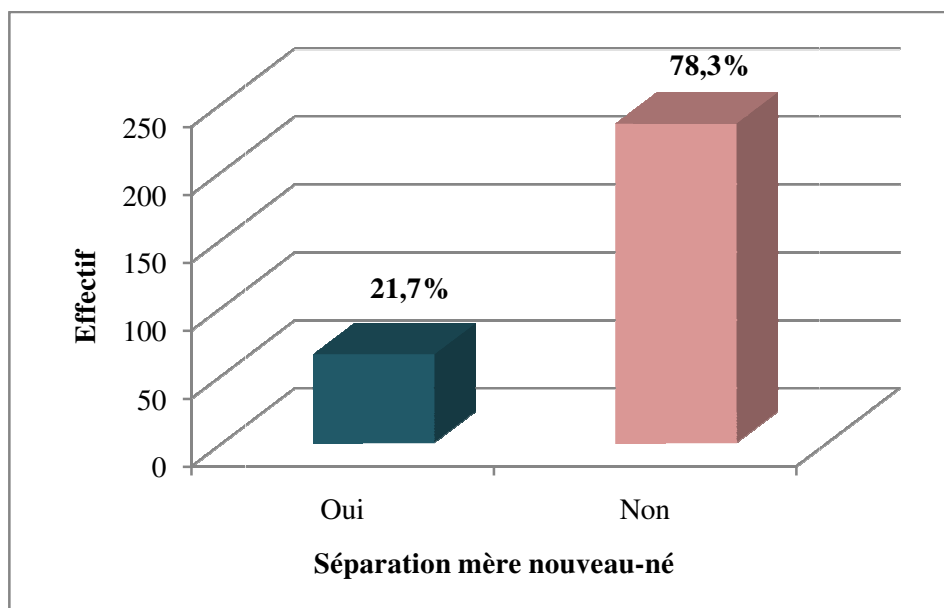


Figure 15 : Séparation ou non des couples nouveau-né – mère

2.6. Alimentation durant le séjour à la maternité

237 femmes ont allaité au sein exclusivement, 53 femmes ont opté pour un allaitement mixte et 10 femmes ont fait un allaitement artificiel.

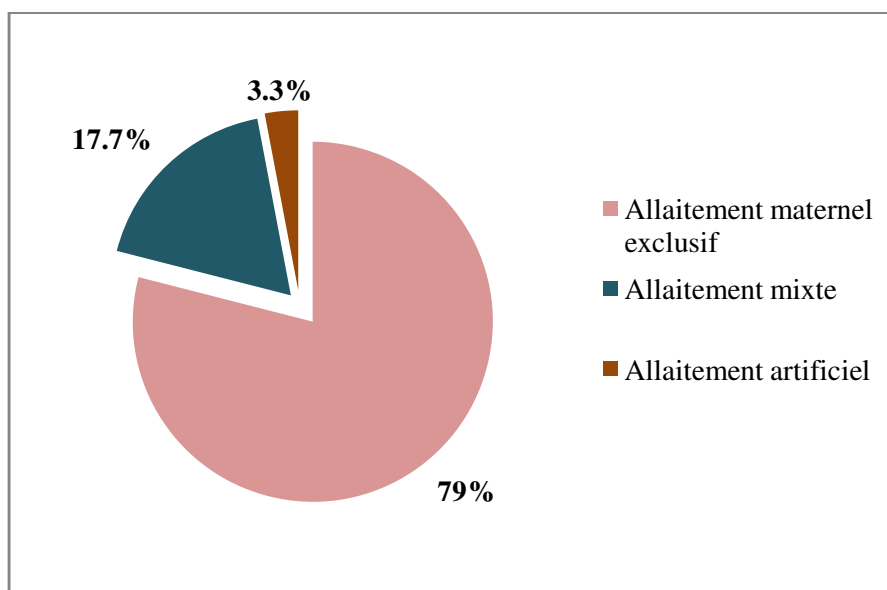


Figure 16 : Répartition du type d'allaitement durant le séjour à la maternité

2.7. Administration d'autres liquides que le lait maternel

162 femmes ont donné à leurs nouveaux nés que le LM et 138 femmes ont fait l'administration d'autres liquides que le LM.

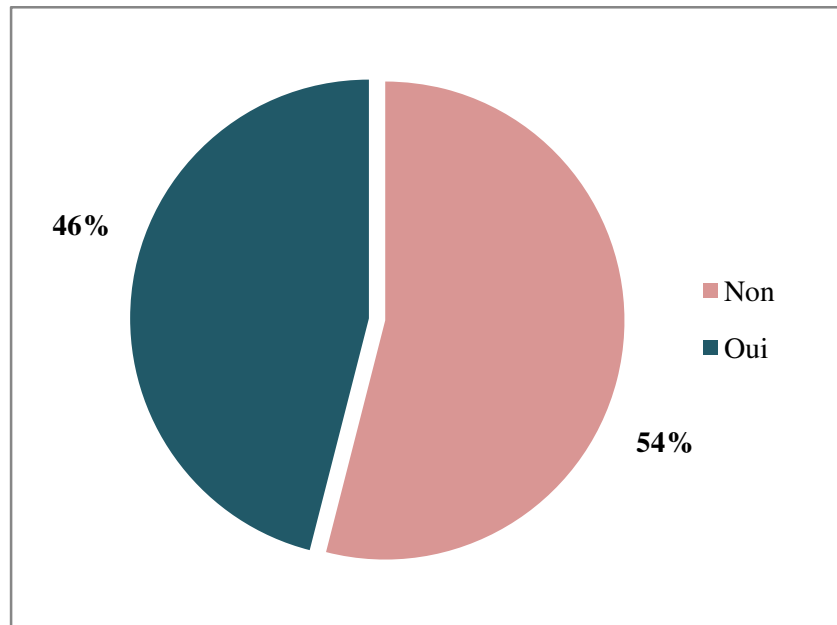


Figure 17 : Administration ou non d'autres substances que le lait maternel

Parmi les femmes qui ont administré autres liquides que le LM, on remarque que 45.6% ont donné de la verveine, 29% du lait artificiel et 16.8% ont administré les deux.

A noter que 76% des femmes ont donné ces aliments après la première mise au sein et 24% avant celle-ci.

Tableau 4 : Répartition des substances administrées au nouveau-né après l'accouchement

Substance administrée	Effectif	Pourcentage
<i>Infusion à la verveine</i>	63	45,6
<i>Lait artificiel</i>	40	29
<i>Lait artificiel + Verveine</i>	23	16,8
<i>L'eau</i>	10	7,8
<i>Lait artificiel + eau</i>	1	0,7
<i>Dattes</i>	1	0,7

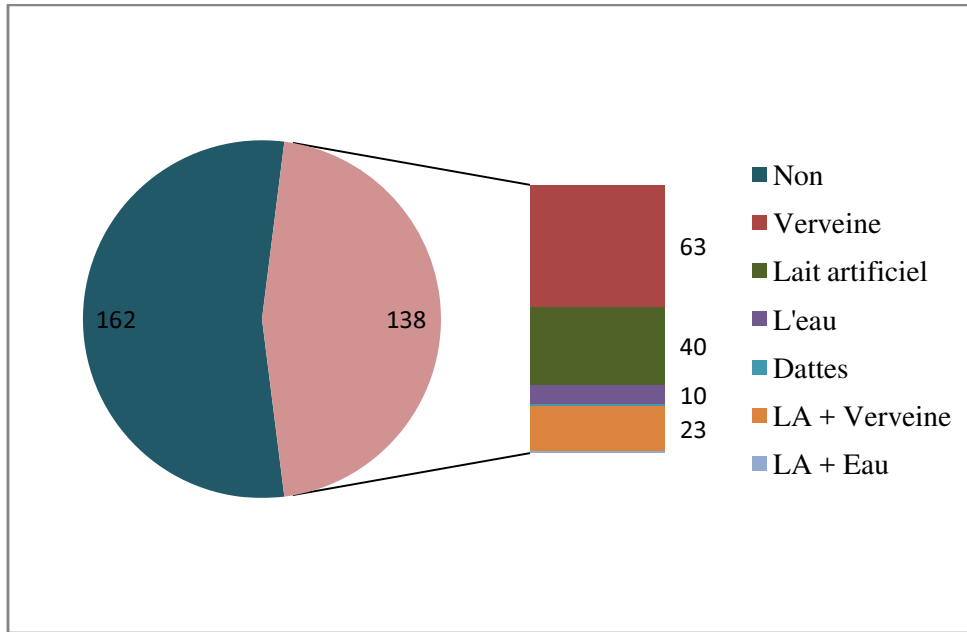


Figure 18 : Répartition du type d'aliment administré autre que le lait maternel

Tableau 5 : Récapitulatif des caractéristiques du nouveau-né

Critères	effectifs	Pourcentage
Age		
<24 h	89	29,7
24-48 h	140	46,7
48-72 h	61	20,3
>72 h	10	3,3
Terme		
A terme	239	79,7
Prématuré	12	4
Post terme	49	16,3
Sexe		
Féminin	150	50
Masculin	150	50
Poids de naissance		
1500-2500g	57	19
2500-4000g	196	65,3
>4000g	47	15,7
Séparation mère – nouveau-né		
Oui	65	21,7
Non	235	78,3
<12 h	60	92,3
24 h	1	1,5
48 h	2	3,1
72h	2	3,1
Alimentation		
Allaitement maternel exclusif	237	79
Allaitement mixte	53	17,7
Allaitement artificiel	10	3,3
L'administration d'autres liquides		
Oui	138	46
Non	162	54
Lait artificiel	40	29
Eau	10	7,2
Verveine	63	65,4
Dattes	1	0,7

3. La mise au sein précoce

3.1. Fréquence

270 femmes soit 90 % n'ont pas allaité dans l'heure qui suit l'accouchement et seulement 30 femmes soit 10 % ont allaité précocement.

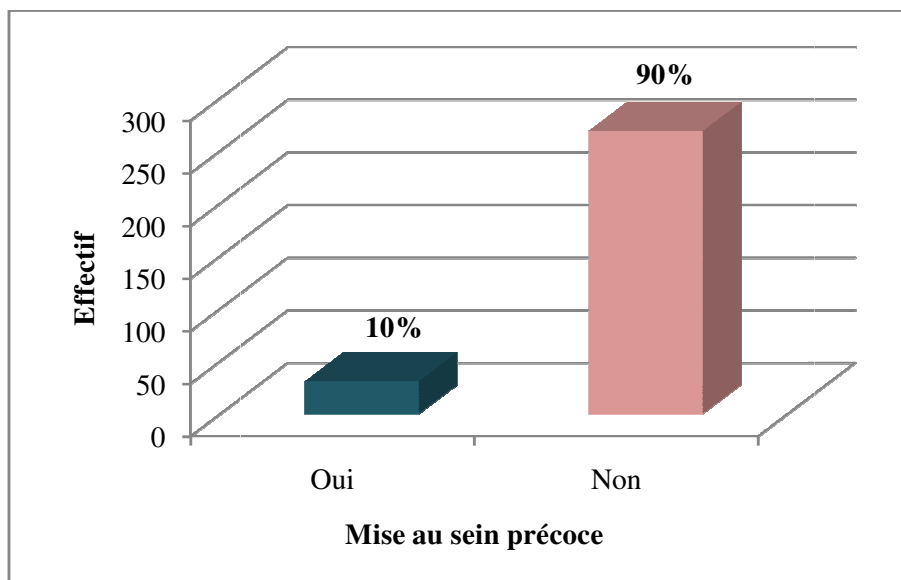


Figure 19 : Description de la mise au sein précoce après l'accouchement

3.2. Délais

Parmi les femmes qui ont allaité précocement, 10 (3.3%) ont allaité dans la demi-heure qui suit l'accouchement et 20 femmes (6,7%) une heure après l'accouchement. A noter que 4 femmes (1.3%) n'ont pas allaité au sein.

Tableau 6 : Répartition selon l'horaire de la mise au sein après l'accouchement

Délai d'allaitement	Effectif	Pourcentage
<i>1/2 h après l'accouchement</i>	10	3,3
<i>Dans l'heure après</i>	20	6,7
<i>Dans 2h après</i>	21	7
<i>3 à 6 h après</i>	125	41,7
<i>6 à 24 h après</i>	113	37,7
<i>Plus de 24 h</i>	7	2,3

3.3. Raisons du retard

Ci-dessous un tableau récapitulatif des raisons du retard de la mise au sein précoce.

Les principales raisons invoquées :

- La fatigue de la mère avec un pourcentage de 28.9%.
- La séparation du couple mère - nouveau-né avec un pourcentage de 21.7%.
- Les conditions désagréables de la salle d'accouchement avec un pourcentage de 16.7%.

Tableau 7 : Répartition des raisons du retard de la mise au sein

Raisons	Effectif	Pourcentage
<i>Fatigue maternelle</i>	78	28,9
<i>Nouveau-né dormait</i>	36	13,5
<i>Conditions désagréables Sa</i>	45	16,7
<i>Hémorragie de la délivrance</i>	10	3,7
<i>Retard remise du Nné à sa mère</i>	12	4,5
<i>Séparation mère Nné</i>	58	21,7
<i>Ne sait pas comment</i>	13	4,6
<i>Nouveau-né ne criait pas</i>	10	3,7
<i>Refus du nouveau-né</i>	6	2,3
<i>Contre-indication maternelle</i>	1	0,4

3.4. Intérêt

Les réponses concernant la question de l'intérêt de la mise au sein précoce :

- 85,7% pour sa qualité nutritionnelle ;
- 68% pour la protection contre les maladies ;
- 59,7% pour son pouvoir immunitaire ;
- 55,% pour ses avantages pour la mère ;
- 45% pour la croissance du Nné ;
- 29,7% pour l'intérêt psychoaffectif
- 1,3% pour la protection contre les allergies ;

- 9% pas d'intérêt.

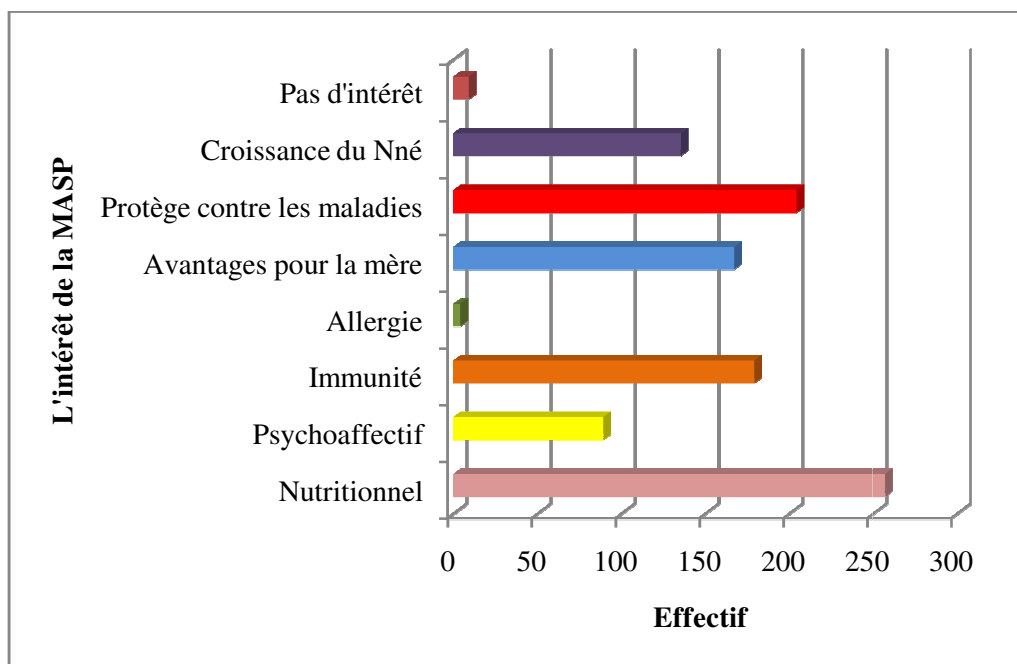


Figure 20 : Connaissances des femmes concernant l'intérêt de la mise au sein précoce

4. Les connaissances des mères et leurs pratiques en matière de l'AM

4.1. Expérience antérieure d'allaitement maternel

Parmi les 300 femmes, 159 (53%) ont déjà allaité au sein et 141 (47%) n'ont jamais allaité au sein dont 8 seulement sont des multipares. Ce qui veut dire que 125 des 141 n'ont jamais été confrontées à cette situation.

⇒ **Vécu :**

Le vécu l'expérience antérieure d'allaitement a été qualifié d'agréable pour 142 femmes soit 89% et désagréable pour 17 femmes soit 11%.

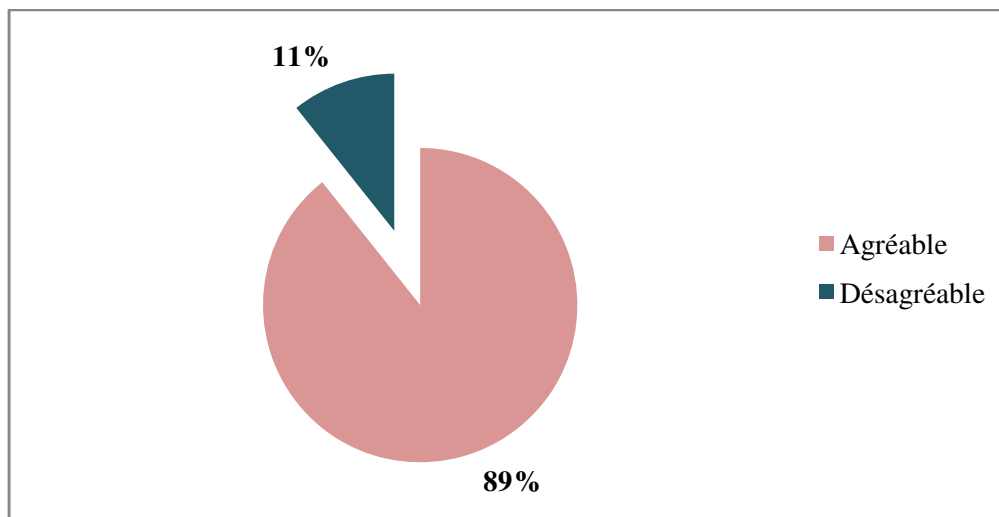


Figure 21 : Vécu des femmes des expériences antérieures d'allaitement maternel

4.2. Avis du conjoint concernant l'allaitement maternel

Selon les mères, 193 pères étaient pour l'AM soit 64,3%, 106 pères étaient indifférents soit 35,3% et 1 seul conjoint contre l'AM.

4.3. Colostrum

290 femmes soit 96,7% pensent que le colostrum est très utile pour le Nné et seulement 10 femmes soit 3,3% qui disent le contraire.

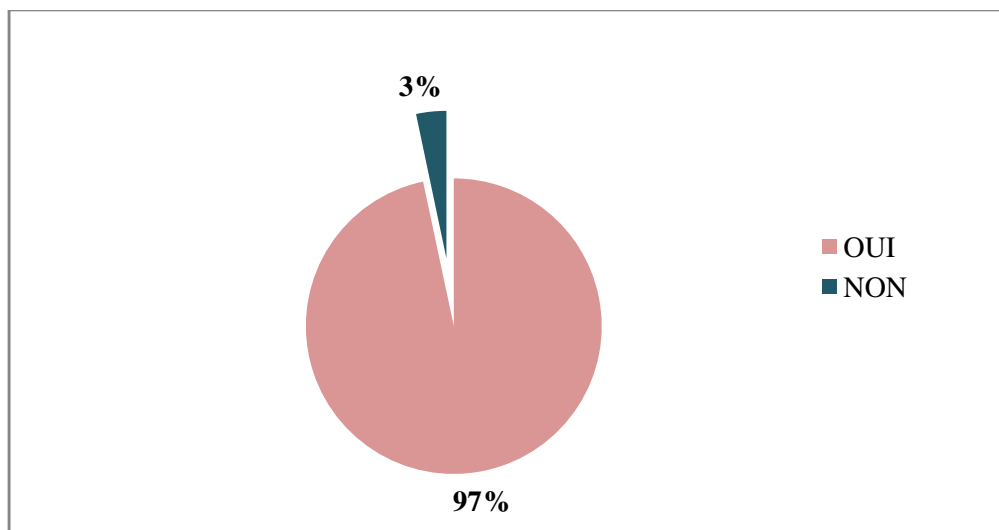


Figure 22 : Connaissance des femmes à propos du colostrum

4.4. Durée des tétées

78,3% des femmes allaitent leurs Nnés jusqu'à satiété, 17,3% des femmes les allaitent pendant 5 min, 4% des femmes allaitent jusqu'à la vidange du 1^{er} sein et le passage au second.

Tableau 8 : Répartition selon la durée des tétées

Durée	Effectif	Pourcentage
<i>Jusqu'à satiété</i>	235	78,3
<i>5 min</i>	52	17,3
<i>Vidange du 1^{er} sein et passage au 2^d</i>	12	4
<i>10 à 20 min</i>	1	0,3

4.5. Fréquence d'allaitement

278 (92,7%) allaitent à la demande, 16 (5,3%) font un allaitement programmé toutes les 3 heures et 6 (2%) réveillent leurs bébés pour les allaiter.

4.6. Position d'allaitement

115 ont opté pour la position assise pour l'allaitement soit 38,3%, 65 pour la position couchée soit 21,7% et 120 n'avaient pas de position précise lors de l'allaitement soit 40%.

229 (76,3%) femmes allaitaient leurs bébés de façon correcte et 71 (23,7%) de façon incorrecte.

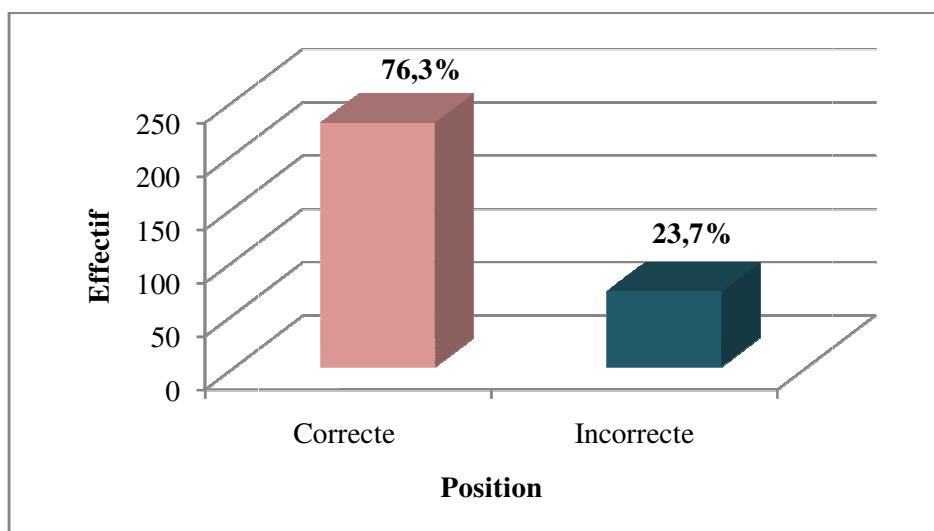


Figure 23 : Description de la position d'allaitement

4.7. Précautions d'hygiène

50 % des femmes font des précautions d'hygiène avant d'allaiter et 50% ne font rien. Parmi ces précautions d'hygiène on trouve :

131 (43,7%) femmes font une toilette des seins, 17 (5,7%) femmes font un lavage des mains avant chaque tété et 2 (0,7%) femmes seulement badigeonnent leurs seins avec une goutte de lait après chaque tété.

4.8. Difficultés à l'AM

130 femmes ont déjà connu des difficultés à l'allaitement au sein soit 43,3% et 170 ont pu allaiter sans problème soit 56,7%. La répartition de ces difficultés est représentée dans le graphique suivant :

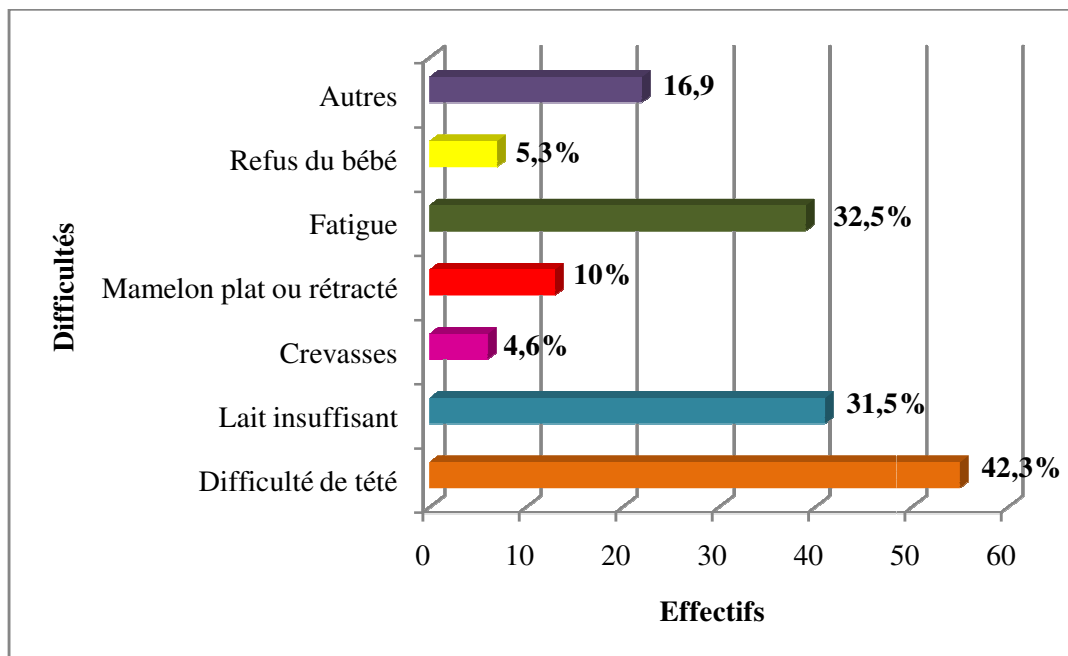


Figure 24 : Répartition des réponses des mères concernant les difficultés rencontrées lors de l'allaitement

⇒ Les difficultés rencontrées chez les primipares :

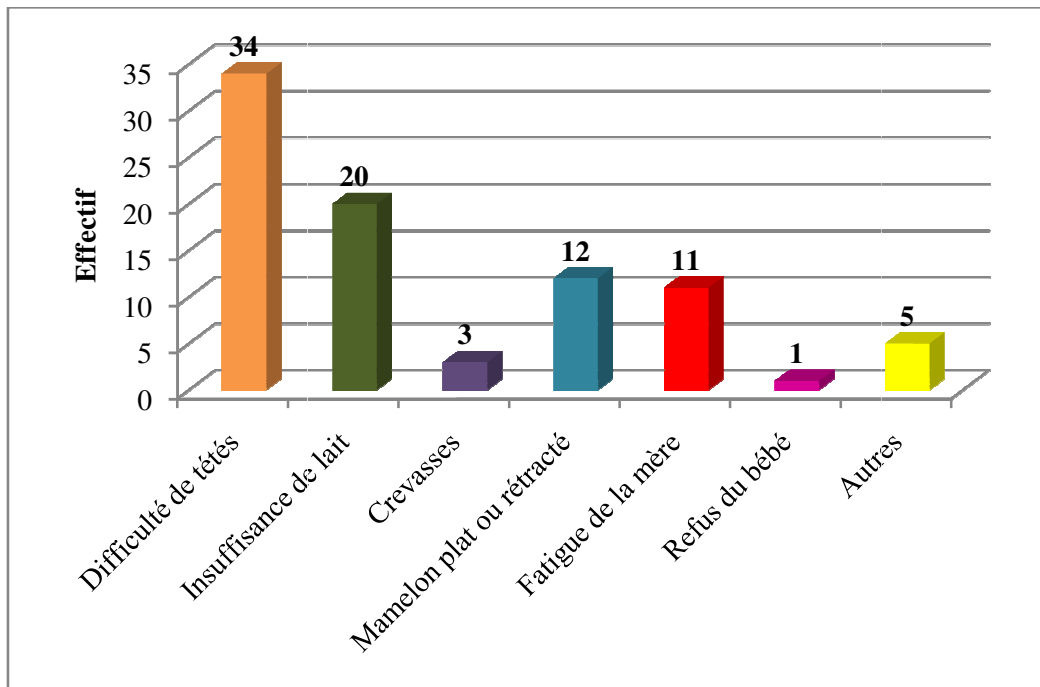


Figure 25 : Répartition des réponses des primipares concernant les difficultés rencontrées lors de l'allaitement

⇒ Les difficultés rencontrées chez les multipares :

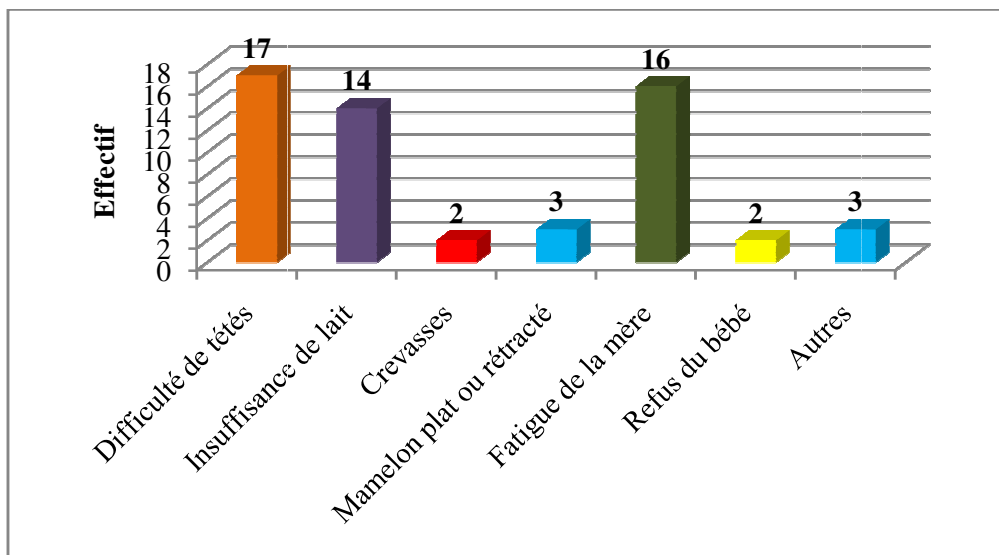


Figure 26 : Répartition des réponses des multipares concernant les difficultés rencontrées lors de l'allaitement

4.9. Sentiment de confiance en la capacité d'allaiter

248 (82,7%) ont répondu oui à cette question alors que 52 (17,3%) femmes ne ressentent pas le sentiment de confiance en leur capacité d'allaiter.

4.10. Interventions de soutien lors de l'allaitement

70 (23,3%) femmes seulement ont été soutenues lors de l'allaitement par un proche de l'entourage (13%), un professionnel de santé (9%) ou même par des femmes hospitalisées ayant déjà accouché (1,3%), alors que 230 (76,7%) femmes n'ont pas bénéficié d'une intervention de soutien lors de l'allaitement.

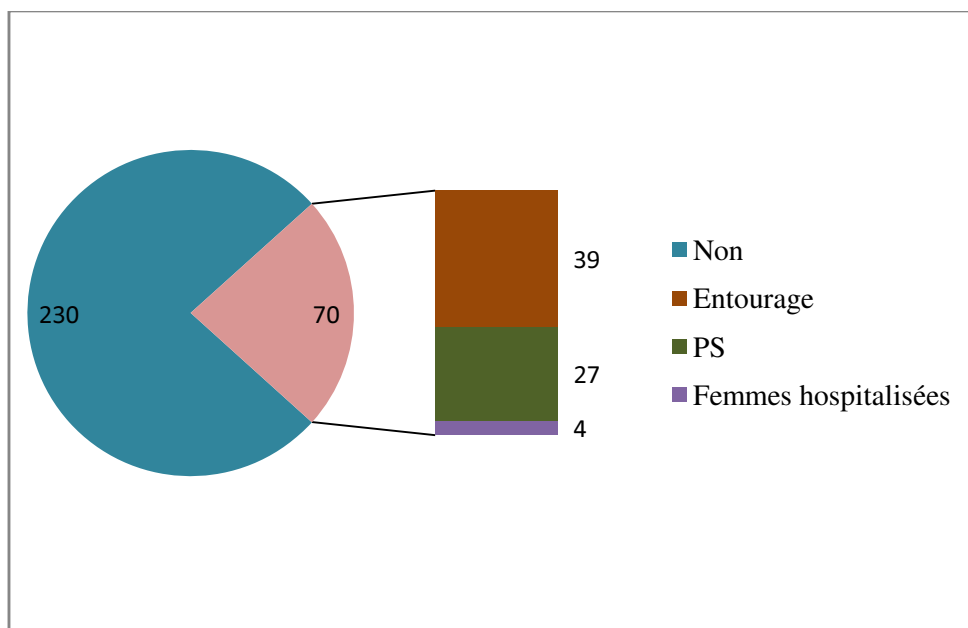


Figure 27 : Répartition des femmes selon l'intervention de soutien lors de l'allaitement maternel

4.11. Type d'alimentation à la sortie de la maternité

229 femmes allaitaient au sein exclusivement, 62 femmes ont opté pour un allaitement mixte et 9 femmes donnaient le lait artificiel.

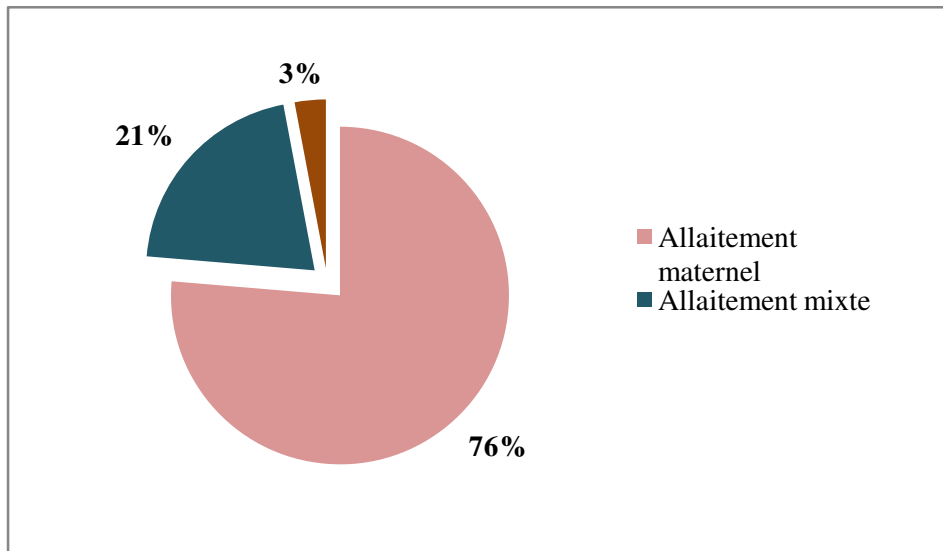


Figure 28 : Répartition des femmes selon le type d'allaitement à la sortie de la maternité

4.12. Durée prévue de l'AME

La durée prévue pour l'AME est de 5,9 mois en moyenne avec un maximum de 12 mois et un minimum d'un mois.

Tableau 9 : Répartition selon la durée envisagée de l'allaitement maternel exclusif

Durée	Effectif	Pourcentage
1	2	0,7
3	9	3
4	24	8
5	30	10
6	200	66,7
7	15	5
8	7	2,3
9	2	0,7
10	1	0,3
12	10	3,3

4.13. Sevrage du bébé

⇒ L'âge prévu :

La moyenne d'âge prévu pour le sevrage est de 19,8 mois avec un maximum de 36 mois et un minimum de 6 mois.

A préciser que les âges suivants 12 mois, 18 mois et 24 mois sont ceux qui ont été le plus mentionnés avec des pourcentages respectifs de 24,3%, 14% et 57%.

Tableau 10 : Répartition selon l'âge prévu du sevrage du bébé

Age	Effectif	Pourcentage
6	4	1,3
7	2	0,7
8	4	1,3
12	73	24,3
18	42	14
24	171	57
30	1	0,3
36	3	1

⇒ Les raisons

Pour la plupart des mères la principale raison pour le sevrage c'est qu'elles estimaient que la durée qu'elles choisissaient était suffisante avec un pourcentage de 52,7% pour cette réponse, suivie de 29% pour la raison religieuse.

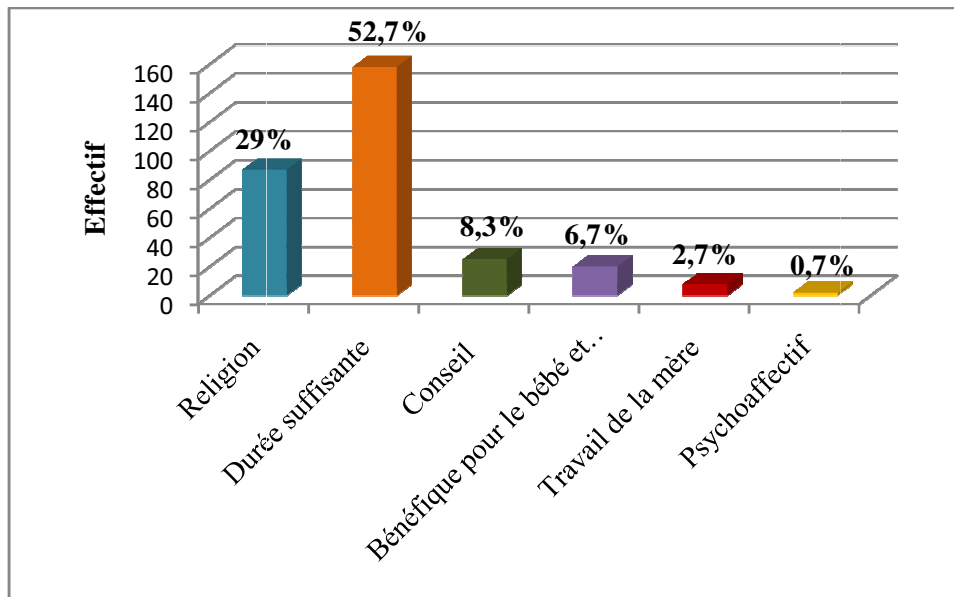


Figure 29 : Répartition des réponses des femmes concernant les raisons de sevrage

4.14. Utilisation de la tétine

166 (55,3%) femmes utilisent la tétine et la trouvent très pratique et 134 (44,7%) préfèrent ne pas l'utiliser pour les raisons suivantes :

- 81 Refus de la mère ou du père 27%
- 26 Refus du bébé 8,7%
- 21 Source de microbes 7,3%
- Angines 1,7%

4.15. Critères de choix de l'allaitement

⇒ L'allaitement maternel

Parmi les femmes qui ont choisi d'allaiter exclusivement au sein, voici leurs principales raisons citées ci-dessous :

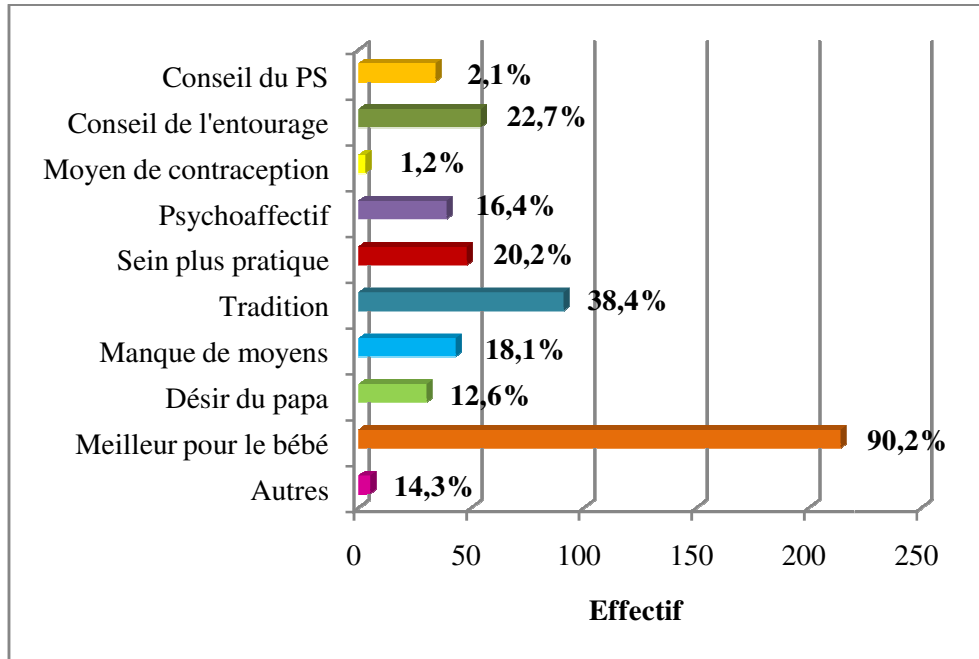


Figure 30 : Motivations du choix de l'allaitement maternel selon les femmes

⇒ L'allaitement mixte

Nous avons interrogé les femmes qui allaitent de façon mixte et même celle qui envisagent d'opter pour un allaitement mixte après leur sortie de la maternité sur leurs motivations et nous avons obtenu le résultat suivant :

A préciser que la réponse autre concerne le mamelon plat ou rétracté (5), prendre du poids rapidement (2), mieux gérer les jumeaux (1), mère malade (2) et les mères avec un retard de reprise du transit (4).

Pour les 50 femmes qui allaitaient déjà de façon mixte nous avons obtenu :

Tableau 11 : Motivations du choix de l'Am pour les femmes qui allaitent de façon mixte

Motivation	Effectif	Pourcentage
<i>Absence de sécrétion lactée</i>	1	2
<i>Insuffisance de sécrétion lactée</i>	43	86
<i>Bébé refuse le sein</i>	1	2
<i>Elle a été conseillée</i>	1	2
<i>Fatigue de la mère</i>	7	14
<i>Crevasse ou gerçures</i>	1	2
<i>But esthétique</i>	0	0
<i>Expérience antérieure d'AM négative</i>	1	2
<i>Travail de la mère</i>	1	2
<i>Publicité</i>	0	0
<i>Lait artificiel a été prescrit</i>	4	8
<i>Biberon plus pratique</i>	5	10
<i>Autres</i>	14	28

Concernant les 87 mères qui allaitaient exclusivement mais qui projetaient d'introduire le lait artificiel ultérieurement nous avons obtenu les raisons citées ci-dessous :

Tableau 12 : Motivations du choix de l'Am pour les femmes qui prévoient d'allaiter de façon mixte

Motivation	Effectif	Pourcentage
<i>Absence de sécrétion lactée</i>	3	3,4
<i>Insuffisance de sécrétion lactée</i>	57	65,5
<i>Bébé refuse le sein</i>	5	5,7
<i>Elle a été conseillée</i>	1	1,1
<i>Fatigue de la mère</i>	6	6,9
<i>Crevasse ou gerçures</i>	0	0
<i>But esthétique</i>	1	1,1
<i>Expérience antérieure d'AM négative</i>	1	1,1
<i>Travail de la mère</i>	10	11,5
<i>Publicité</i>	3	3,4
<i>Lait artificiel a été prescrit</i>	8	9,2
<i>Biberon plus pratique</i>	14	16
<i>Autres</i>	13	14,5

⇒ L'allaitement artificiel

Pour les 7 femmes qui allaitaient avec le lait artificiel, 4 d'entre elles avaient leurs bébés hospitalisés en service de réanimation, 2 présentaient une contre-indication à l'allaitement maternel et une femme avait les mamelons rétractés.

4.16. Avantages de l'allaitement maternel

Sur les 300 femmes nous avons interrogé 100 femmes sur leurs connaissances au sujet des avantages de l'allaitement maternel et nous avons obtenu les résultats suivants :

⇒ Pour le bébé

Les avantages de l'AM pour le bébé qui étaient le plus mentionnés nous trouvons : la prévention des infections avec un pourcentage de 96%, la bonne croissance du bébé (95%) et le renforcement du lien mère enfant (94%).

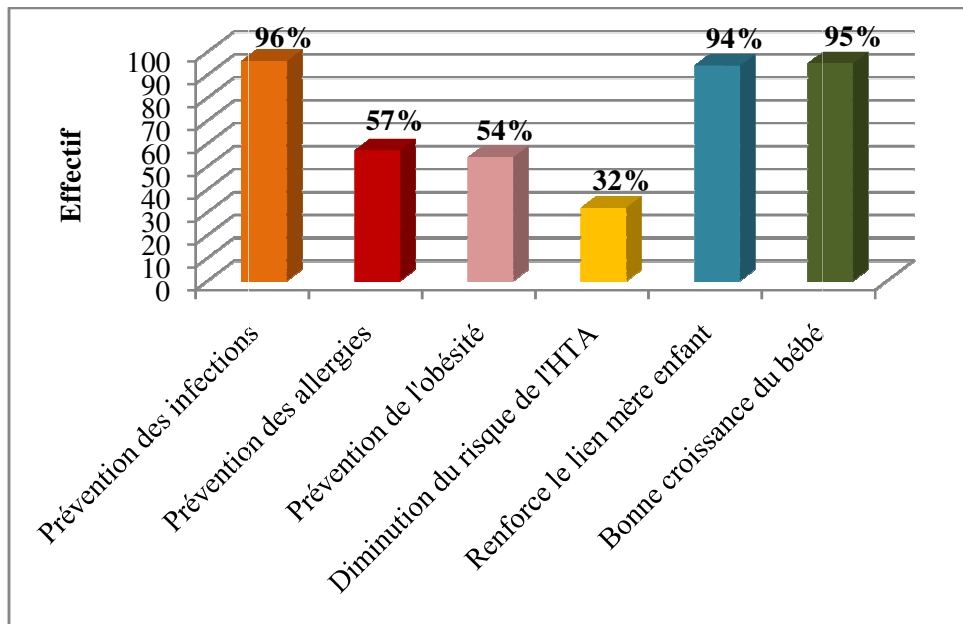


Figure 31 : Connaissances des femmes concernant les avantages de l'allaitement maternel pour le bébé

⇒ Pour la mère

Quant aux avantages pour la mère, nous trouvons : la diminution du risque du cancer du sein et de l'ovaire mentionnée dans 72% des cas et la perte de poids plus rapide dans 49% des cas.

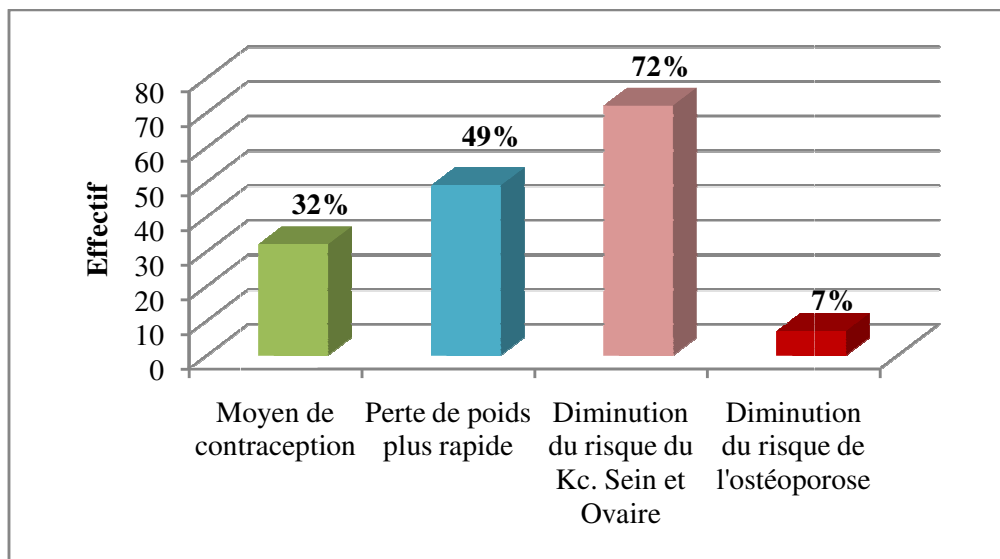


Figure 32 : Connaissances des femmes concernant les avantages de l'allaitement maternel pour la mère

II. Etude analytique de la mise au sein précoce

Afin de déterminer les facteurs associés à la mise au sein précoce c'est-à-dire dans l'heure qui suit l'accouchement, nous avons procédé à une analyse statistique en intégrant 24 variables portant sur des caractéristiques sociodémographiques des mères et des nouveaux nés, l'expérience antérieure de l'allaitement et son vécu, les caractéristiques et le déroulement de la grossesse, certaines pratiques des mères vis-à-vis de l'allaitement maternel ainsi que leurs connaissances. Parmi les 24 facteurs inclus, 6 facteurs se sont révélés significatifs ($p < 0,05$).

1. Analyse de l'impact des caractéristiques des parturientes et de la grossesse sur la mise au sein précoce

1.1. Caractéristiques sociodémographiques des mères

1.1.1. Statut marital

D'après nos résultats, il n'existe pas de relation significative entre la mise au sein précoce et le statut marital des mères ($p=0,811$).

Tableau 13 : Le statut marital des femmes et la mise au sein précoce

Critère	Mise au sein précoce		P
	Oui	Non	
Statut marital			0,811
<i>Célibataire</i>	1 (12,5%)	7 (87,5%)	
<i>Mariée</i>	29 (9,9%)	263 (90,1%)	

1.1.2. Age

Il n'existe pas de relation significative entre l'âge des mères et la mise au sein précoce ($p=0,750$), pourtant les femmes âgées entre 18-35 ans ont plus tendance à allaiter précocement.

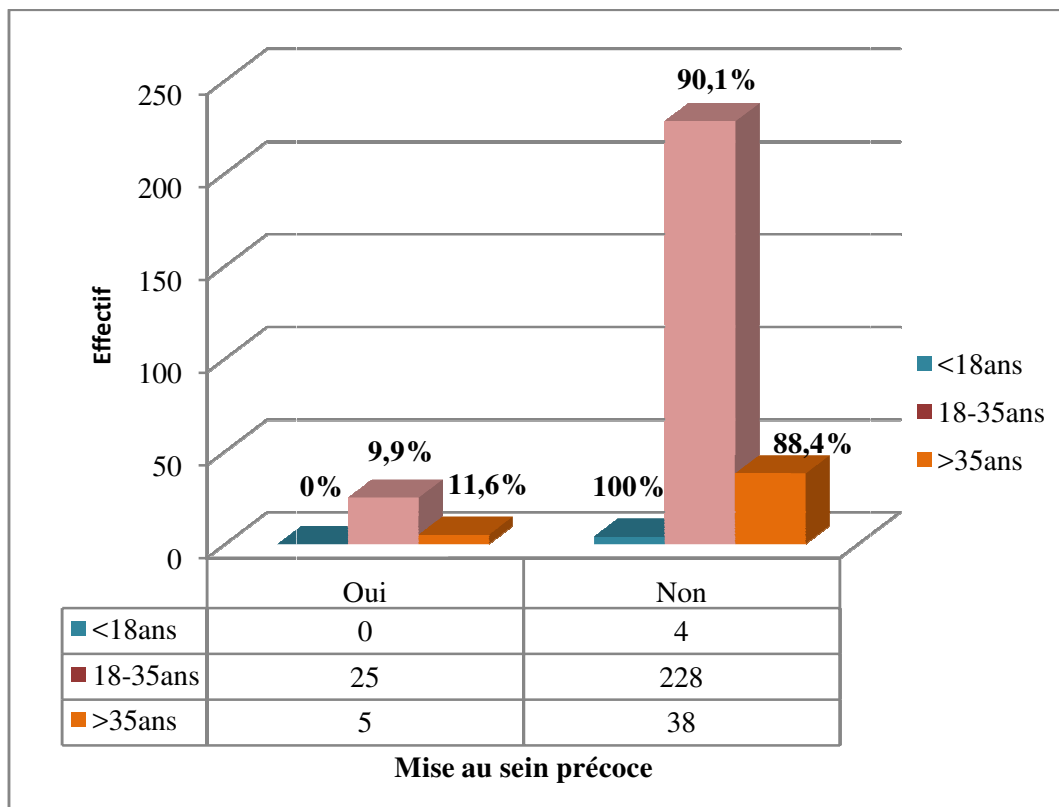


Figure 33 : L'âge des femmes et la mise au sein précoce

1.1.3. Origine

D'après nos résultats, l'origine des mères n'est pas liée de façon significative à la mise au sein précoce ($p=0,938$).

Tableau 14 : L'origine géographique des femmes et la mise au sein précoce

Critère	Mise au sein précoce		P
	Oui	Non	
Origine			0,938
<i>Urbaine</i>	17 (9,9%)	155 (90,1%)	
<i>Rurale</i>	13 (10,2%)	115 (89,8%)	

1.1.4. Niveau socio-économique

Dans notre étude, le taux de la mise au sein précoce est associé de façon significative au niveau socio-économique ($p=0.049$), les femmes avec un niveau moyen ont plus tendance à allaiter la première heure suivant l'accouchement que les femmes avec un niveau socio-économique bas.

Tableau 15 : Le niveau socio-économique et la mise au sein précoce

Critère	Mise au sein précoce		P
	Oui	Non	
Niveau socio-économique			0,049
<i>Bas</i>	11 (6,8%)	150 (93,2%)	
<i>Moyen</i>	19 (13,7%)	120 (86,3%)	

1.1.5. Niveau d'instruction

Il n'existe pas de relation significative entre la mise au sein précoce et le niveau d'instruction ($p=0,153$).

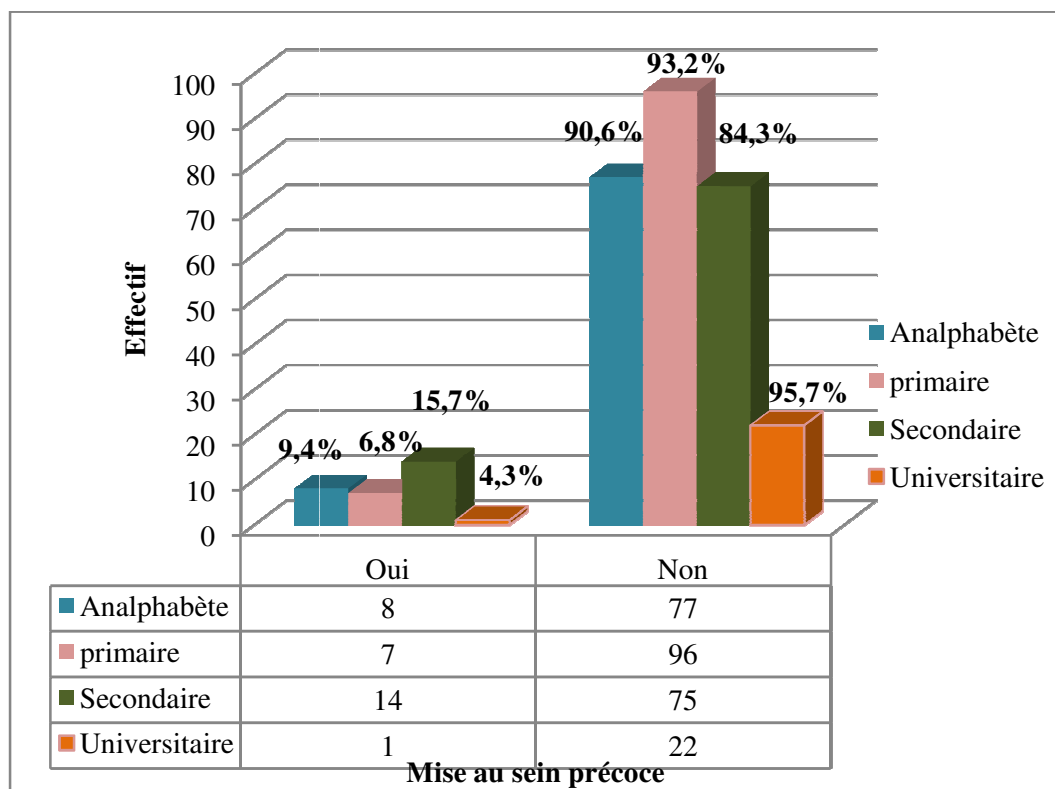


Figure 34 : Le niveau d'instruction des femmes et la mise au sein précoce

1.1.6. Activité professionnelle

D'après nos résultats, l'activité professionnelle n'est pas liée de façon significative à la mise au sein précoce ($p=0,230$).

Tableau 16 : L'activité professionnelle des femmes et la mise au sein précoce

Critère	Mise au sein précoce		P
	Oui	Non	
Activité professionnelle			0,230
<i>Oui</i>	5 (16,1%)	26 (83,9%)	
<i>Non</i>	25 (9,3%)	244 (90,7%)	

1.1.7. Parité

La parité est associée de façon très significative à la mise au sein précoce puisque les femmes multipares ont plus tendance à allaiter que les primipares ($p= 0,004$).

A noter que dans notre étude parmi les 30 femmes qui ont allaité précocement on trouve que 3,8% c'est des primipares, 13% ont 2 enfants et 17,3% ont plus de deux enfants.

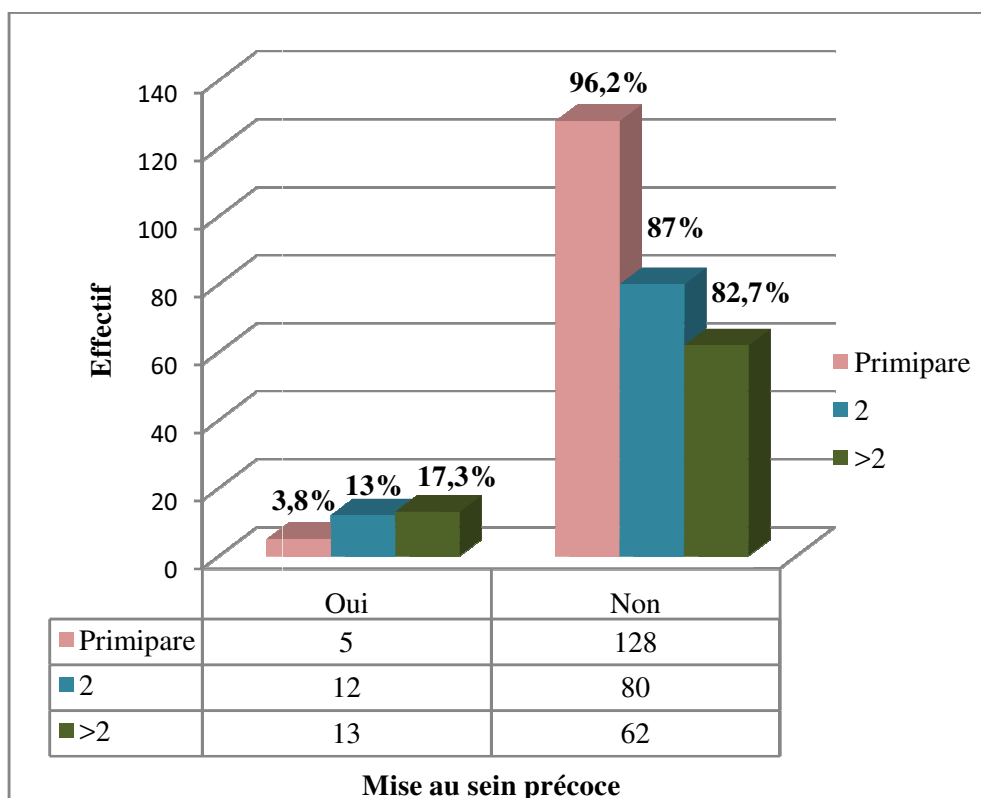


Figure 35 : La parité des femmes et la mise au sein précoce

1.1.8. Femme elle-même allaitée ou non

Il n'existe pas de relation significative entre la mise au sein précoce et le fait que la mère soit elle-même allaitée au sein ou non ($p=0,601$).

Tableau 17 : L'allaitement maternel de la mère elle-même et la mise au sein précoce

Critère	Mise au sein précoce		P
	Oui	Non	
Femme elle-même allaitée			0,601
<i>Oui</i>	26 (9,5%)	247 (26%)	
<i>Non</i>	4 (15,4%)	22 (84,6%)	
<i>NSP</i>	0 (0%)	1 (100%)	

1.2. Déroulement et suivi de la grossesse

1.2.1. Suivi de la grossesse

Dans notre étude il s'est avéré qu'il n'existe pas de relation significative entre le suivi de la grossesse et la mise au sein précoce ($p=0,465$), pourtant nous avons remarqué que les femmes qui ont bénéficié d'un suivi régulier ont plus tendance à allaiter dans l'heure qui suit l'accouchement que les femmes avec un suivi irrégulier de la grossesse.

Tableau 18 : Le suivi de la grossesse et la mise au sein précoce

Critère	Mise au sein précoce		P
	Oui	Non	
Suivi			0,465
<i>Régulier</i>	25 (10,7%)	208 (89,3%)	
<i>Irrégulier</i>	3 (5,7%)	50 (94,3%)	
<i>Non suivi</i>	2 (14,3%)	12 (85,7%)	

1.2.2. Mode d'accouchement

Le mode d'accouchement est lié de façon significative à la mise au sein précoce ($p=0,013$), en effet les femmes qui ont accouché par voie basse ont allaité précocement.

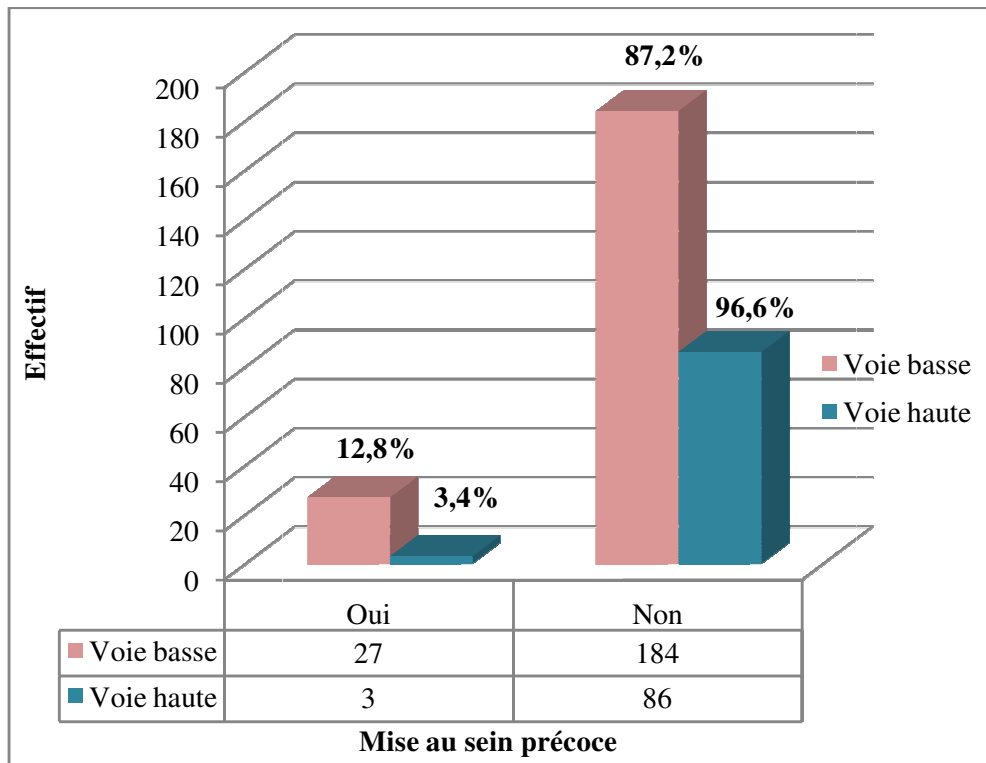


Figure 36 : Le mode d'accouchement et la mise au sein précoce

1.2.3. IEC

Il n'existe pas de relation significative entre la mise au sein précoce et le moment où l'IEC a été faite ($p=0,740$).

Tableau 19 : L'IEC et la mise au sein précoce

Critère	Mise au sein précoce		P
	Oui	Non	
IEC			0,740
<i>Pendant grossesse</i>	8 (9,3%)	78 (90,7%)	
<i>Après l'Acc</i>	1 (20%)	4 (80%)	
<i>Pas d'IEC</i>	21 (10%)	188 (90%)	

1.2.4. Document reçu sur l'AM

Il n'existe pas de relation significative entre la mise au sein précoce et les documents reçus sur l'allaitement maternel lors de l'IEC ($P=0,239$), pourtant nous avons remarqué que toutes les femmes qui ont allaité précocement n'ont pas reçu de documents.

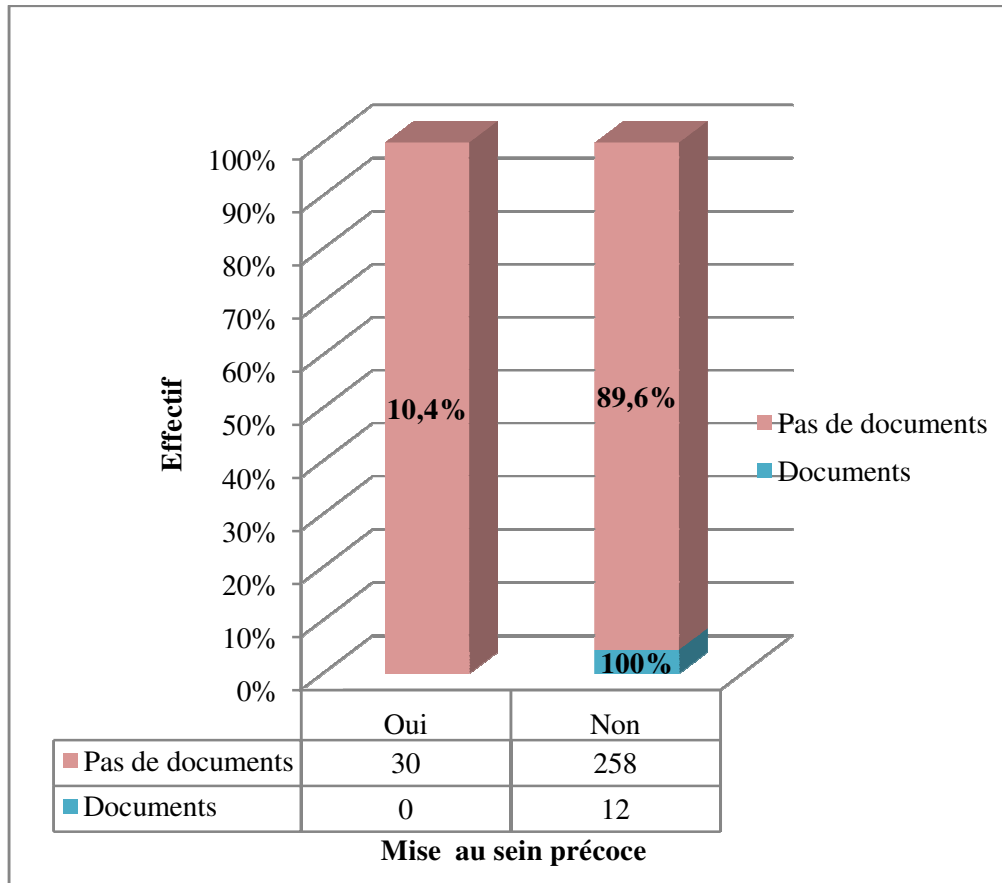


Figure 37 : Les documents de l'IEC et la mise au sein précoce

2. Analyse de l'impact des caractéristiques des nouveaux nés sur la mise au sein précoce

2.1. Terme

Le démarrage de l'allaitement maternel varie en fonction du terme du nouveau-né sans être significatif ($p=0,871$), les nouveaux nés à terme sont les plus allaités précocement.

Tableau 20 : Le terme du nouveau-né et la mise au sein précoce

Critère	Mise au sein précoce		P
	Oui	Non	
Terme			0,871
<i>A terme</i>	25 (10,5%)	214 (89,5%)	
<i>prématuré</i>	1 (8,3%)	11 (91,7%)	
<i>post terme</i>	4 (8,2%)	45(91,8%)	

2.2. Sexe

Il n'existe pas de relation significative entre la mise au sein précoce et le sexe du nouveau-né (p=0,441).

Tableau 21 : Le sexe du nouveau-né et la mise au sein précoce

Critère	Mise au sein précoce		P
	Oui	Non	
Sexe			0,441
<i>Masculin</i>	17 (11,3%)	133 (88,7%)	
<i>Féminin</i>	13 (8,7%)	137 (91,3%)	

2.3. Poids de naissance

D'après nos résultats, le démarrage de l'allaitement maternel varie en fonction du poids du nouveau-né sans être significatif (p=0,605), les nouveaux nés eutrophes (2500-4000g) ont plus tendance à être allaité dans l'heure qui suit l'accouchement.

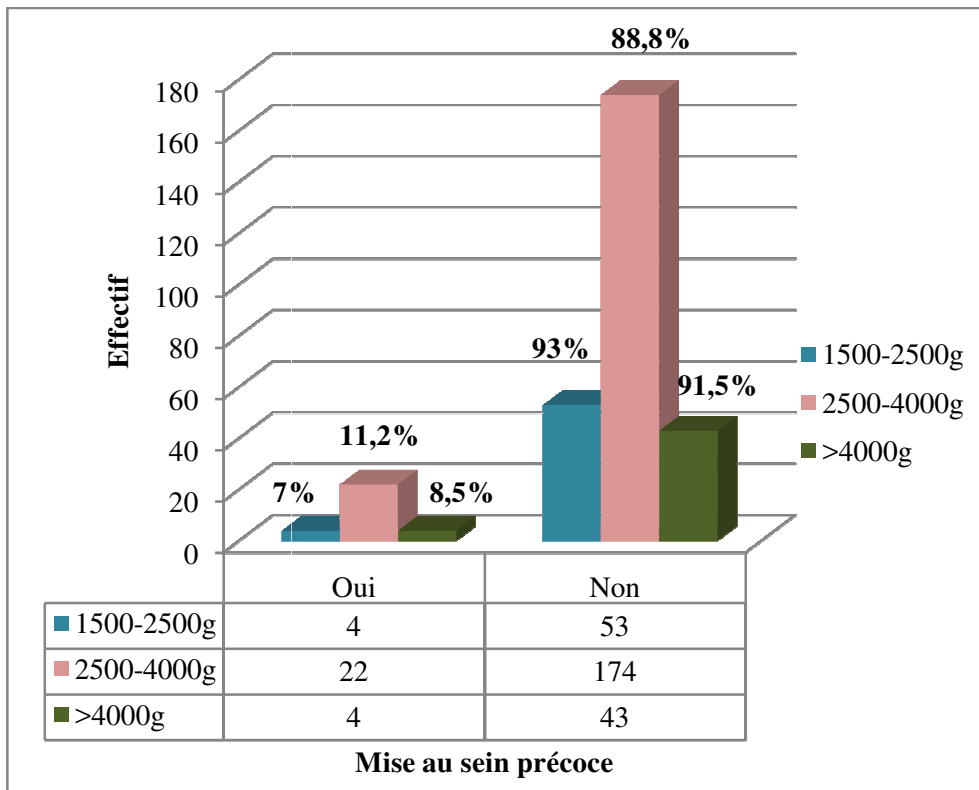


Figure 38 : Le poids de naissance et la mise au sein précoce

2.4. Séparation mère - nouveau-né

Il n'existe pas de relation entre la mise au sein précoce et la séparation dans les premières 24 heures entre la mère et le nouveau-né ($p=0,483$), pourtant les couples mères – nouveaux nés qui n'ont pas été séparés sont eux qui ont bénéficié de la mise au sein précoce.

Tableau 22 : La séparation mère - nouveau-né et la mise au sein précoce

Critère	Mise au sein précoce		P
	Oui	Non	
Séparation			0,483
<i>Oui</i>	5 (7,7%)	60 (92,3%)	
<i>Non</i>	25 (10,6%)	210 (89,4%)	

3. Analyse de l'impact des pratiques des mères en matière de l'AM

3.1. Expérience antérieure d'allaitement maternel et le vécu

Dans notre étude, il s'est avéré que les femmes qui ont déjà vécu une expérience antérieure d'allaitement maternel ont plus tendance à allaiter précocement et qu'il existe une association très significative entre l'expérience antérieure d'AM et la mise au sein précoce (**P=0,002**).

A noter que le vécu de cette expérience joue un rôle important, en effet la majorité des femmes qui ont allaité précocement avaient vécu cette expérience de façon agréable (**P=0,007**).

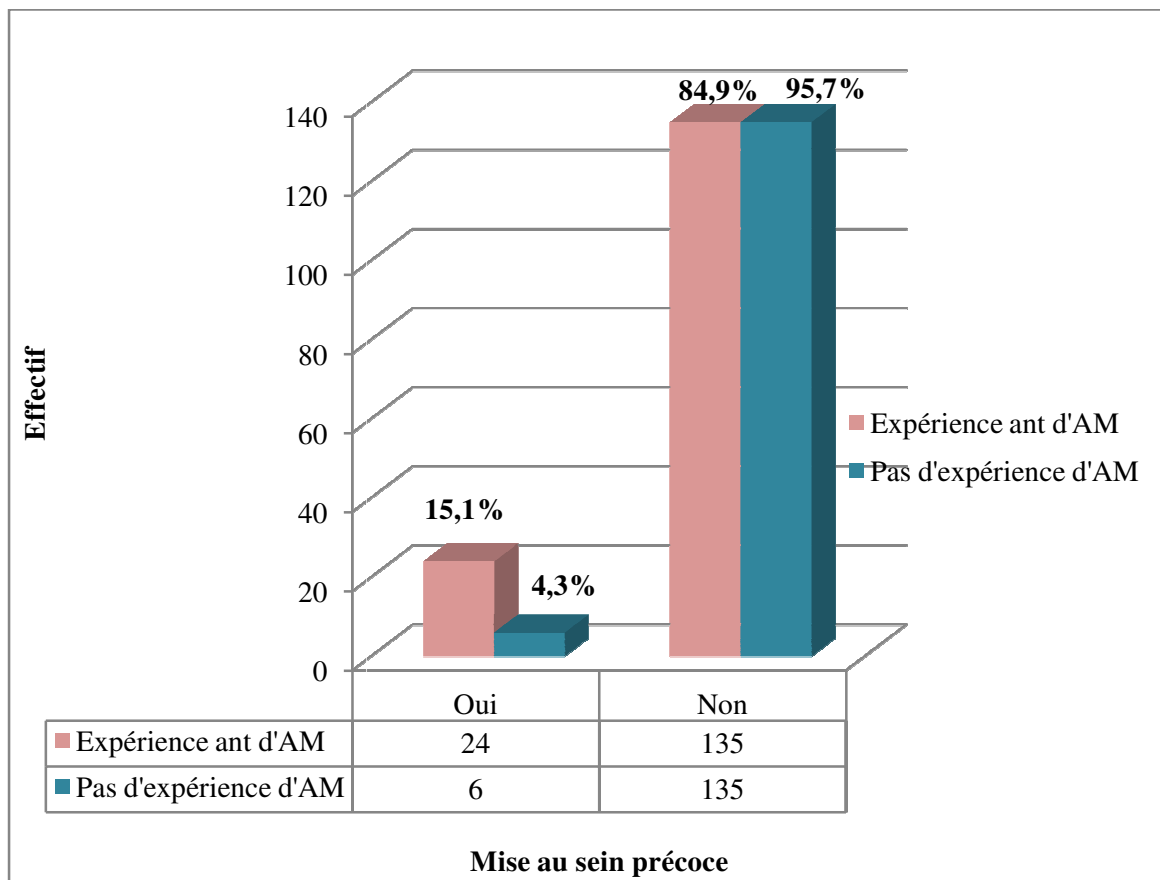


Figure 39 : L'expérience antérieure d'AM et la mise au sein précoce

Tableau 23 : Le vécu de l'expérience antérieure d'AM et la mise au sein précoce

Critère	Mise au sein précoce		P
	Oui	Non	
Vécu			0,007
<i>Agréable</i>	21 (14,8%)	121 (85,2%)	
<i>Désagréable</i>	3 (17,6%)	14 (82,4%)	

3.2. Avis du conjoint

Il n'existe pas d'association significative entre la mise au sein précoce et l'avis du conjoint (P=0,813). Tout en sachant que parmi les femmes qui ont allaité dans l'heure qui suit l'accouchement 18 conjoints étaient pour l'allaitement maternel et 12 étaient indifférents.

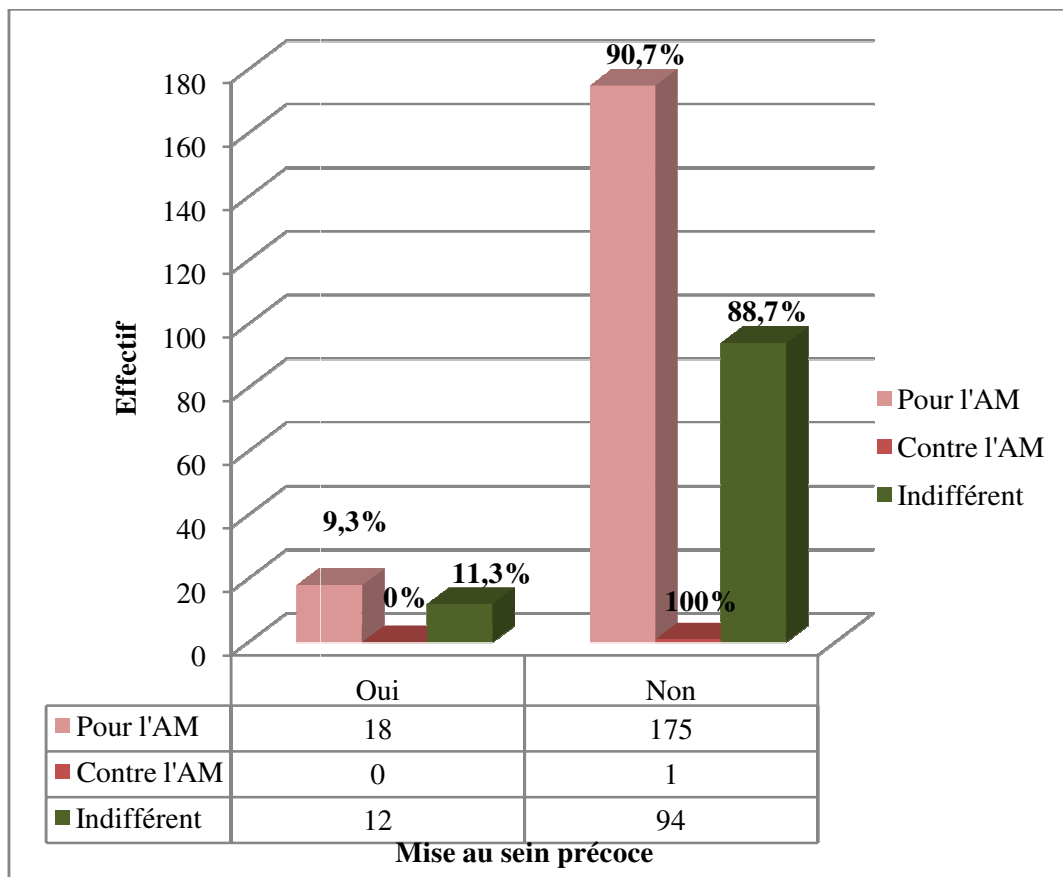


Figure 40 : L'avis du conjoint concernant l'AM et la mise au sein précoce

3.3. Durée des tétés

La durée des tétés est liée de façon significative à la mise au sein précoce ($p=0,023$).

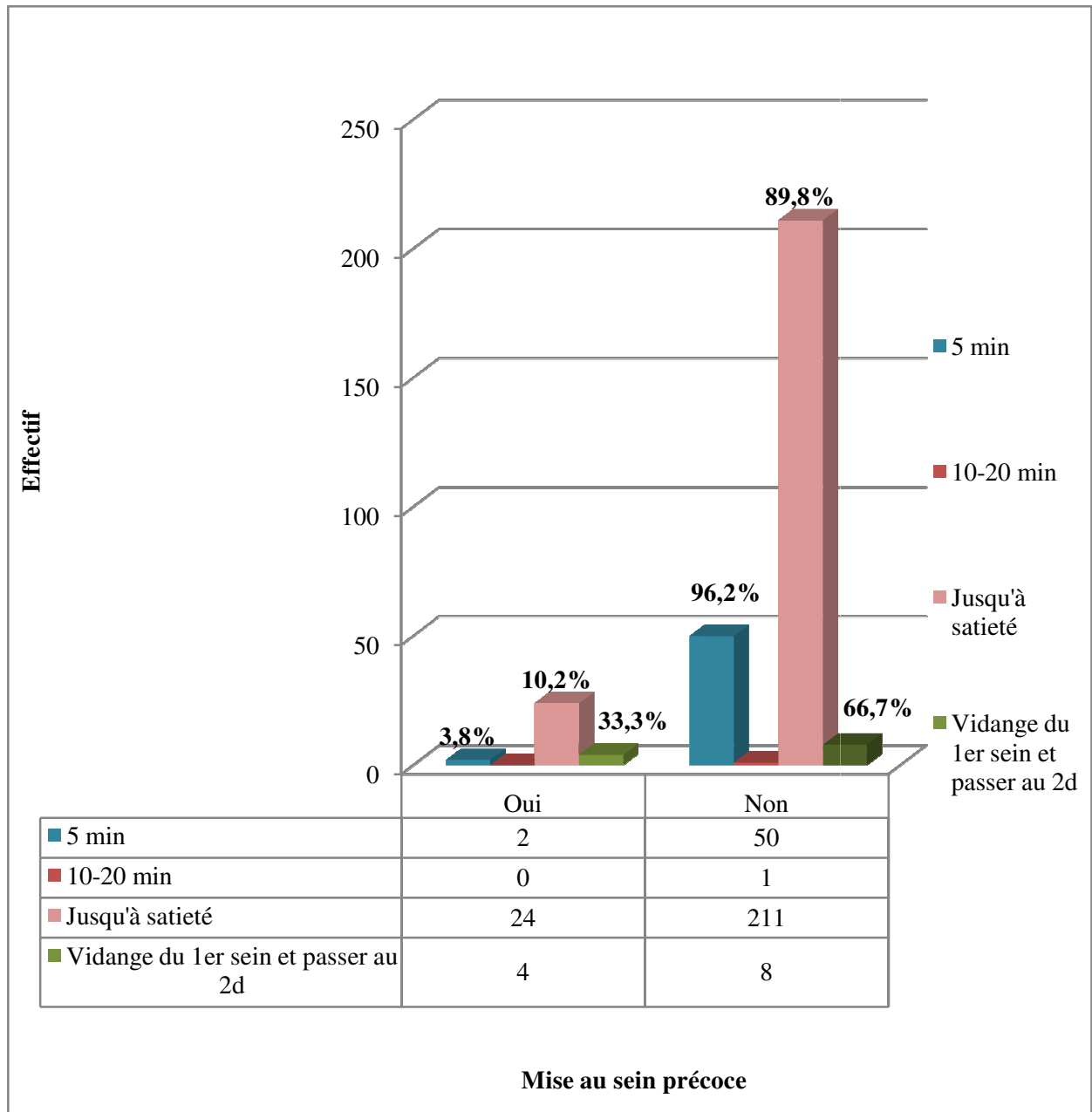


Figure 41 : La durée des tétés et la mise au sein précoce

3.4. Fréquence des tétées

La fréquence des tétées est associée de façon significative à la mise au sein précoce ($P=0,002$).

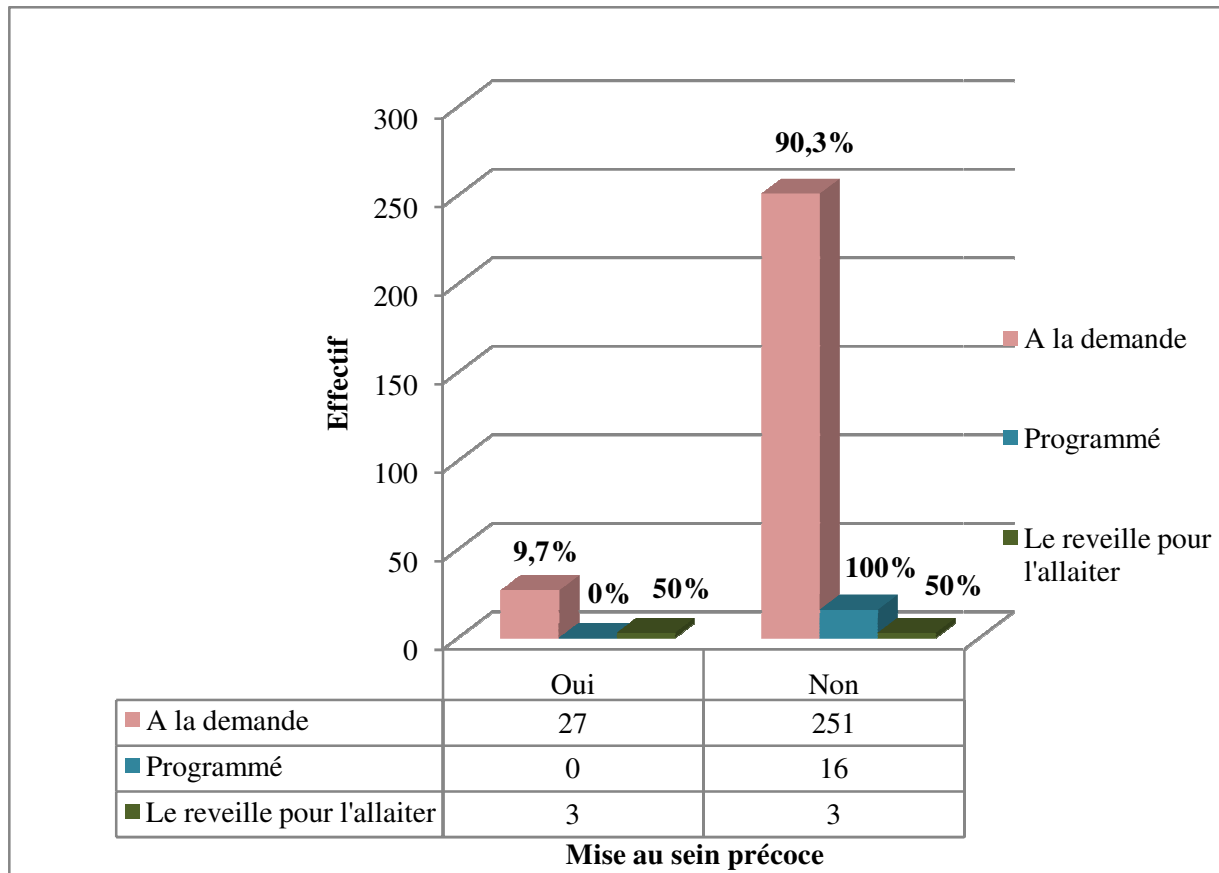


Figure 42 : La fréquence des tétées et la mise au sein précoce

3.5. Difficultés d'allaitement

Les femmes qui n'ont pas eu de difficultés à l'allaitement sont celles qui ont le plus tendance à allaiter précocement sans être lié de façon significative à la mise au sein précoce ($p=0,244$).

Tableau 24 : Les difficultés d'allaitement et la mise au sein précoce

Critère	Mise au sein précoce		P
	Oui	Non	
Difficultés			0,244
<i>Oui</i>	10 (7,7%)	120 (92,3%)	
<i>Non</i>	20 (11,8%)	150 (88,2%)	

3.6. Interventions de soutien

Il n'existe pas de relation significative entre la mise au sein précoce et les interventions de soutien lors de l'allaitement ($p=1,000$).

Critère	Mise au sein précoce		P
	Oui	Non	
Durée prévue de l'AME			0,911
<i>Moyenne</i>	5,57	5,99	
<i>Ecart-type</i>	1,135	1,556	

Tableau 25 : Les interventions de soutien et la mise au sein précoce

3.7. Durée prévue de l'AME

Il n'existe pas de relation significative entre la mise au sein précoce et la durée prévue de l'allaitement maternel exclusif ($p=0,911$).

Critère	Mise au sein précoce		P
	Oui	Non	
Durée prévue de l'AME			0,911
<i>Moyenne</i>	5,57	5,99	
<i>Ecart-type</i>	1,135	1,556	

Tableau 26 : La durée envisagée de l'AME et la mise au sein précoce

Tableau 27 : Récapitulatif des critères qui influencent la mise au sein précoce

Critères	Mise au sein précoce	Mise au sein tardive	P
• Caractéristiques des mères			
Niveau socio-économique			0,049
<i>Bas</i>	11 (6,8%)	150 (93,2%)	
<i>Moyen</i>	19 (13,7%)	120 (86,3%)	
Parité			0,004
<i>Primipare</i>	5 (3,8%)	128 (96,2%)	
2	12 (13%)	80 (87%)	
>2	13 (17,3%)	62 (82,7%)	
• <u>Déroulement de la grossesse</u>			
Mode d'accouchement			0,013
<i>Voie basse</i>	27 (12,8%)	184 (87,2%)	
<i>Voie haute</i>	3 (3,4%)	86 (96,6%)	
• <u>Pratiques des mères</u>			
Expérience antérieure d'AM			0,002
<i>Oui</i>	24 (15,1%)	135 (84,9%)	
<i>Non</i>	6 (4,3%)	135 (95,7%)	
Vécu			0,007
<i>Agréable</i>	21 (14,8%)	121 (85,2%)	
<i>Désagréable</i>	3 (17,6%)	14 (82,4%)	
Durée des tétées			0,023
<i>5 min</i>	2 (3,8%)	50 (96,2%)	
<i>10-20 min</i>	0 (0%)	1 (100%)	
<i>Jusqu'à satiété</i>	24 (10,2%)	211 (89,8%)	
<i>Vidange du 1er sein</i>	4 (33,3%)	8 (66,7%)	
Fréquence des tétées			0,002
<i>A la demande</i>	27 (9,7%)	251 (90,3%)	
<i>Programmé</i>	0 (0%)	16 (100%)	
<i>Le réveil pour l'allaiter</i>	3 (50%)	3 (50%)	

Tableau 28 : Récapitulatif des critères qui n'influencent pas la mise au sein précoce

Critères	Mise au sein précoce	Mise au sein tardive	P
• <u>Caractéristiques des mères</u>			
Statut marital			0,811
Mariée	29 (9,9%)	263 (90,1%)	
Célibataire	1 (12,5%)	7 (87,5%)	
Age			0,750
<18 ans	0 (0%)	4 (100%)	
18-35 ans	25 (9,9%)	228 (90,1%)	
>35 ans	5 (11,6%)	38 (88,4%)	
Origine			0,938
Rurale	13 (10,2%)	115 (89,8%)	
Urbaine	17 (9,9%)	155 (90,1%)	
Niveau d'instruction			0,153
Analphabète	8 (9,4%)	77 (90,6%)	
Primaire	7 (6,8%)	96 (93,2%)	
Secondaire	14 (15,7%)	75 (84,3%)	
Universitaire	1 (4,3%)	22 (95,7%)	
Activité professionnelle			0,230
Oui	5 (16,1%)	26 (83,9%)	
Non	25 (9,3%)	244 (90,7%)	
Femme elle-même allaité			0,601
Oui	26 (9,5%)	247 (26%)	
Non	4 (15,4%)	22 (84,6%)	
Ne sait pas	0 (0%)	1 (100%)	
• <u>Déroulement de la grossesse</u>			
Suivi de la grossesse			0,465
Régulier	25 (10,7%)	208 (89,3%)	
Irrégulier	3 (5,7%)	50 (94,3%)	
Non suivi	2 (14,3%)	12 (85,7%)	
IEC			0,740
Pendant la grossesse	8 (9,3%)	78 (90,7%)	
Après l'accouchement	1 (20%)	4 (80%)	
Pas d'IEC	21 (10%)	188 (90%)	
Documents reçus sur l'AM			0,239
Non	30 (10,4%)	258 (89,6%)	
Oui	0 (0%)	12 (10%)	
• <u>Caractéristiques des Nnés</u>			
Terme			0,871
A terme	25 (10,5%)	214 (89,5%)	
Prématuré	1 (8,3%)	11 (91,7%)	
Post terme	4 (8,2%)	45 (91,8%)	

Sexe			0,441
Masculin	17 (11,3%)	133 (88,7%)	
Féminin	13 (8,7%)	137 (91,3%)	
Poids de naissance			0,605
1500-2500g	4 (7%)	53 (93%)	
2500-4000g	22 (11,2%)	174 (88,3%)	
>4000g	4 (8,5%)	43 (91,5%)	
Séparation mère – nouveau-né			0,483
Oui	5 (7,7%)	60 (92,3%)	
Non	25 (10,6%)	210 (89,4%)	
• Pratiques des mères			
Avis du conjoint			0,813
Pour l'AM	18 (9,3%)	175 (90,7%)	
Contre l'AM	0 (0%)	1 (100%)	
Indifférent	12 (11,3%)	94 (88,7%)	
Difficulté d'allaitement			0,244
Oui	10 (7,7%)	120 (92,3%)	
Non	20 (11,8%)	150 (88,2%)	
Interventions de soutien			1,000
Oui	7 (10%)	63 (90%)	
Non	23 (10%)	207 (90%)	

4. Analyse univariée et multivariée par régression logistique

En analyse univariée, trois facteurs se sont révélés protecteurs vis-à-vis de la mise au sein précoce, ce sont :

- la multiparité, $p=0.002$, OR=2.1, IC (1.3,3.5)
- l'expérience antérieure d'allaitement, $p=0.003$, OR=4, IC (1.5,10.1)
- le vécu antérieur d'AM, $p=0.003$, OR=2, IC (1.3,4.7)

Alors que l'accouchement par voie haute s'est révélé être un facteur de risque pour la mise au sein précoce, $p=0.021$, OR 0.2 IC (0.7,0.8).

En analyse multivariée, Seule la voie d'accouchement haute est un facteur de risque de la mise au sein précoce, $p=0.024$, OR= 0.24, IC (0.7,0.8).



1. Taux d'allaitement maternel

Notre étude avait pour but d'estimer la prévalence de l'allaitement maternel en général et la mise au sein précoce en particulier, à la maternité Souissi grâce à un échantillon de 300 mères avant de définir les principaux facteurs qui influencent cette pratique. Tout ceci dans l'optique de pouvoir établir une stratégie de promotion de la mise au sein précoce pour les nombreux avantages qu'elle procure.

C'est pour cela que nous allons essayer dans cette discussion de comparer nos résultats avec les données que nous avons retrouvé dans une revue approfondie de la littérature au sujet de l'allaitement maternel, de ses statistiques ainsi que ses bienfaits.

Dans notre étude, nous avons trouvé que durant leur séjour en post-accouchement à la maternité Souissi, 96,7 % des femmes allaitaient au sein (dont 79% pratiquaient l'AME) et 3,3% optaient pour l'allaitement artificiel pour diverses raisons que nous allons citer par la suite.

Cependant, à leur sortie, seulement 76 % continuaient l'AME, contre 21 % qui pratiquaient l'allaitement mixte, et 3 % l'allaitement artificiel.

1.1. Au Maroc

Dans notre pays, et malgré les efforts de sensibilisation, d'éducation et d'information afin de promouvoir l'allaitement maternel, ce dernier ne cesse de connaître un déclin inquiétant.

Les études menées à l'échelle nationale ont montré des chiffres en baisse constante concernant l'incidence de l'allaitement maternel : en 1992, 51% des femmes pratiquaient l'AME à 6 mois. Ce chiffre est passé en suite à 41% en 1997, 32% en 2004, pour enfin finir à 27,8% en 2011 selon les derniers sondages [1]. Ainsi, ces dernières années, moins d'une femme sur trois allaite encore exclusivement son bébé à l'âge de 6 mois [2].

Concernant les modalités de l'allaitement maternel, sa durée moyenne ne dépassait pas 15 mois au Maroc en 2007. Ceci est du à l'introduction précoce du biberon croissante durant ces dernières décennies : 32% des bébés buvaient du lait artificiel dès le premier mois en 1995 contre 18% en 1992 [3] [4].

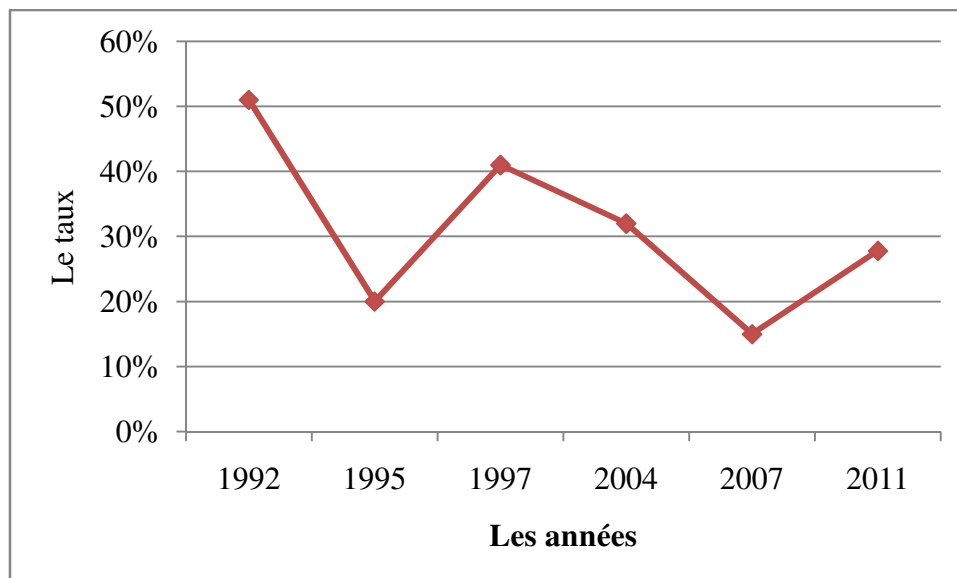
D'autre part, une enquête nationale réalisée en 2006 et 2007 par le ministère de la santé a montré des informations inquiétantes : seulement 52% des mères pratiquent la mise au sein

précoce et le taux d'allaitement maternel exclusif durant les 6 premiers mois de vie est passé de 20% en 1995 à 15% en 2007 [5].

Devant l'ampleur de ce problème de santé publique, le ministère de la santé a effectué une autre enquête en 2011 concernant l'allaitement maternel dans la population marocaine. Cette étude a trouvé que :

- 96,6% des enfants de moins de 5ans ont été allaités au sein (allaitement maternel exclusif et mixte), quel que soit leur sexe ou leur niveau socio-économique ;
- Seulement 27,8 % des nourrissons de moins de 6 mois sont allaités exclusivement au sein avec une légère différence concernant les milieux urbain et rural (24,4% pour le premier contre 30,5 % pour le second) ;
- La mise au sein précoce n'a été effectuée que chez 30 % des nouveaux nés;
- La durée de l'allaitement maternel a augmenté par rapport au passé pour atteindre une moyenne de 17,6 mois (15 mois en 2007) [6].

Figure 43 : Evolution de l'allaitement maternel au Maroc entre 1992 et 2011 [5]



1.2. Pays en voie de développement

Bien que les chiffres au Maroc soient inquiétants, les données concernant nos pays voisins de l'Afrique ou en voie de développement sont encore plus alarmants. La situation dans certains pays arabes était similaire à celle du Maroc en 2004 : l'AME à 6 mois atteignait un taux de 38% pour la Syrie et 28 % pour l'Egypte par exemple [1] [7].

Par contre, des études en 2006 dans nos pays voisins du Maghreb ont montré des taux effondrés : l'AME ne dépassait pas 6,2% en Tunisie et 6,9% en Algérie [1] [7] [8].

Contrairement à ce qu'on pourrait croire, le problème de l'allaitement maternel sévit plus dans les pays du tiers monde que dans les pays industrialisés. Ceci amplifie encore plus les problèmes majeurs de santé publique dont on citera principalement la mortalité infantile, la morbidité infectieuse et la malnutrition, véritable fléau en Afrique particulièrement.

Un rapport rédigé en 1998 par l'UNICEF à propos de l'allaitement dans les pays en voie de développement a montré la gravité de ce problème. Le taux des enfants allaités exclusivement au sein entre 0 et 3 mois dans certains pays en voie de développement est particulièrement ahurissant, on citera par exemple les exemples des pays suivants : 2% au Nigeria, 3% en Angola et à Haïti, 5% aux îles Comores, 7% au Cameroun et au Paraguay ou encore 9% au Sénégal [9] [10].

1.3. Pays développés

Alors que l'on pourrait croire que les pays développés tendraient plus à opter pour l'allaitement artificiel à cause de l'industrialisation, de l'évolution de la société et du rythme de vie, la situation est tout autre. Dans plusieurs de ces pays, la pratique de l'allaitement a connu un étonnant nouveau souffle, sans doute à cause de la prise de conscience des bienfaits et avantages qu'il confère.

Cependant, la situation varie tout de même selon les pays et des régions. Par exemple, en Europe en 2013, le taux d'allaitement en séjour à la maternité variait considérablement entre les pays : de moins de 40% en Irlande à plus de 95% dans les pays scandinaves, la Norvège étant une référence mondiale en la matière. Malgré ces différences, le bilan européen reste toutefois plus qu'honorable : 14 pays, dont l'Allemagne, présentaient un taux supérieur à 90% et 5 pays dont l'Espagne et la Grande-Bretagne avaient un taux compris entre 70 et 90% [133] [134].

L'expérience norvégienne est un véritable exemple en la matière. En effet, une fois l'allaitement maternel considéré comme une évidence, de nombreuses actions ont été entreprise par le pays. Dès 1987, le gouvernement norvégien prend des mesures encourageant l'allaitement comme la prolongation du congé de maternité, atteignant aujourd'hui une durée variant de 42 à 52 semaines ou encore le respect des 10 recommandations de l'OMS sur

l'allaitement maternel (voir annexe 1). Grâce à cela, le taux d'allaitement maternel en Norvège en 2001 a atteint 89% à la naissance et 68% à six mois, avant d'augmenter pour arriver aux taux ahurissants de 98% d'allaitement à la naissance et 74% à six mois en 2011 [11].

Les autres pays d'Europe du nord font preuve également de la même volonté de promouvoir l'allaitement avec plus de 90% des nourrissons allaités à la naissance en Suède, en Suisse et au Danemark, 85% en Allemagne environ et 75% au Luxembourg et en Italie [11].

Concernant l'Amérique, une étude réalisée en 2012 a montré une hausse du taux d'allaitement maternel par rapport à l'année 2003. Au Canada et aux Etats-Unis, les taux d'allaitement maternel sont respectivement passés 83% et 70% en 2003, à 89% et 77% en 2012 [12].

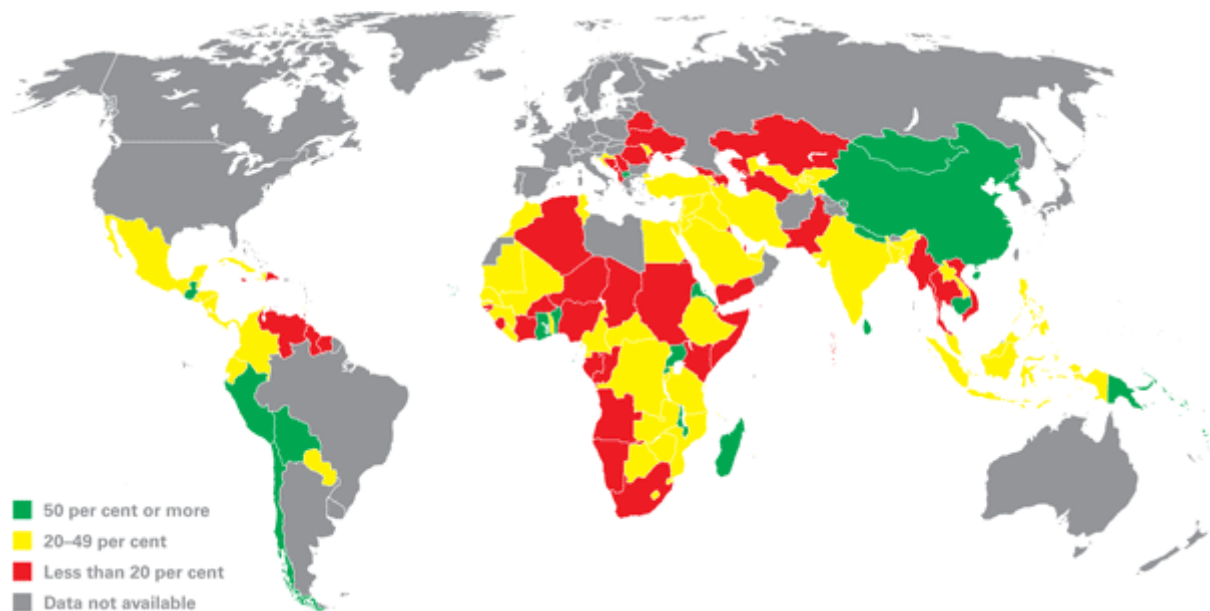


Figure 44 : Carte du monde montrant le pourcentage des enfants de plus de six mois allaités exclusivement au sein (2000-2006) [168]

2. Raisons du choix du mode d'allaitement

2.1. Déterminants de choix de l'allaitement maternel exclusif

Dans notre enquête, presque la majorité des mères ont manifesté leur désir d'allaiter au sein leurs enfants et ce choix était toujours multifactoriel.

La principale raison avancée par les mères ayant choisi l'allaitement maternel est le bénéfice qu'il procure à la santé de l'enfant (90.2%). Parmi les autres motivations citées, nous trouvons par ordre d'importance :

- L'allaitement maternel par tradition sociale (38,4%) ;
- Les conseils de l'entourage sur les bénéfices de l'allaitement au sein (22,7%) ;
- Le fait que l'allaitement au sein soit plus pratique (20,2%) ;
- Le manque de moyen décourageant l'achat de lait artificiel (18,1%) ;
- Le côté psychoaffectif notamment la contribution de l'allaitement à l'amélioration de la relation mère-enfant (16,4%) ;
- Les conseils d'un personnel de santé (14.3%) ;
- Le désir du père de voir son enfant allaité au sein (12,6%) ;
- Le désir de contraception naturelle par allaitement (1,2%).

Les résultats de notre étude sont conformes à ceux des études publiées qui mettent toutes elles aussi en avant les bénéfices 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 [13] [14] [15] [20]. Une étude réalisée en 2001 démontre que le taux d'allaitement maternel augmente proportionnellement avec le nombre d'informations que connaissent les mères sur les qualités du lait maternel, notamment la diminution du risque infectieux chez le nourrisson [14].

La tradition sociale; on entend par ce facteur l'influence sociale et familiale pure sur l'allaitement maternel. Alors que nous avons trouvé que cela avait plus une influence positive sur le choix de la mise au sein, les données que nous avons trouvées dans la littérature ont plus retrouvé le contraire [16].

D'après d'autres études, l'influence de l'entourage représenterait un des facteurs prépondérants du choix de l'allaitement artificiel : certains préjugés comme le fait que l'allaitement puisse altérer la forme du sein ou qu'il puisse déranger la vie de couple engendrent une attitude négative de la famille et du conjoint en particulier vis-à-vis de l'allaitement maternel. La mère, devant cette pression sociale et le manque de soutien quant à l'allaitement au sein, se voit presque obligée parfois d'opter pour l'allaitement artificiel [17] [18].

Ceci montre donc l'importance de l'information et l'éducation aussi bien chez la mère que chez le père et la société en général, pour bien expliquer les bienfaits de l'allaitement et d'infirmer les fausses idées qui se révèlent néfastes au choix du mode de l'allaitement. Ainsi, convaincre la population en général de l'allaitement maternel est primordial pour que de plus en plus de femmes et de foyers adhèrent à cette pratique.



Figure 45 : Différents acteurs jouant un rôle dans l'allaitement [169]

Par ailleurs, l'allaitement au sein reste objectivement plus pratique car il ne demande aucune préparation ni achat régulier de lait : il est bien évident que donner le sein en pleine nuit après le réveil de l'enfant au lit est plus facile que d'aller préparer un biberon voire de partir acheter du lait artificiel à la pharmacie de garde.

Le critère de « difficultés financières » invoqué par les mères est surprenant. D'une part il traduit le fait qu'elles ne pratiquent l'allaitement au sein que parce qu'elles ne peuvent financièrement se procurer du lait artificiel qui semblerait être leur première option si elles en avaient les moyens. D'autre part, il traduit la complexité des profils des femmes maintenant un allaitement de longue durée au Maroc et la place qu'occupe le côté socio-économique quant au choix du mode d'allaitement, qui constitue dès lors uniquement une solution moins chère que le lait artificiel.

Concernant l'argument du lien psychoaffectif que crée l'allaitement entre la mère et son enfant, il a été confirmé par des études menées par Arora et al. [22]. Ces dernières ont trouvé 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.

Bien que la production lactée soit un processus physiologique inné, l'allaitement n'en demeure pas moins un comportement acquis. L'entourage de la mère possède donc un rôle important en termes de soutien psychologique, d'information et d'apprentissage pratique. Ceci sera déterminant dans le choix et le bon déroulement l'allaitement maternel à court et à long terme [23].

Concernant la principale source d'information qui a influencé le choix des mères, l'étude de BAKALI [25] a par exemple trouvé 88,1% des femmes étaient conseillée par leur famille. Dans une autre enquête menée par JEBNOUN [24], 69,3% des femmes recevaient l'information de leur entourage, 46,5% ont cité les médias de masse, 35,4% des femmes ont évoqué les professionnels de santé et l'expérience personnelle a été citée chez 27% des femmes.

Dans l'étude de VENDITELLI [26], 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 [27], la famille était le principal acteur dans l'influence du choix l'allaitement maternel avec 38% des cas, alors que le personnel médical ressortait dans 21% des cas.

Dans notre étude, le choix du mode d'alimentation a été influencé dans seulement 14,3% par les conseils des professionnels de santé.

Ces résultats indiquent qu'il est nécessaire de renforcer la formation des professionnels de santé, et de mettre l'accent sur la sensibilisation de la société en général par le biais des médias de masse pour élargir la promotion et l'incitation à l'allaitement maternel pour combler le manque d'information et d'éducation qui leur est dispensée par les professionnels de la santé.

Nous avons trouvé dans notre étude que le désir du père de voir son enfant allaité naturellement revenait dans pas moins de 12,6% des cas, ce qui reste insuffisant mais assez encourageant.

En Australie par exemple, une étude de Scott et al. [28] a trouvé que 59 % des femmes ayant un soutien de leur partenaire quant à l'allaitement l'ont maintenu jusqu'à six mois et que 53 % ont allaité exclusivement leur enfant jusqu'à trois mois, contre 30% et 26 %, respectivement, pour les femmes dont le partenaire préférait le biberon ou l'allaitement mixte. Ceci exprime donc là encore l'importance que joue le désir du père dans le choix de la mère, qui ne semble donc pas dépendant du seul désir de la mère. Toujours selon cette étude, les mères ayant allaité leur enfant plus de neuf mois expriment une plus grande satisfaction à propos du soutien émotionnel reçu de la part de leur conjoint ou de leur propre mère que les mères qui ont plus rapidement sevré leur enfant.

Au Maroc, l'idée reçue selon laquelle l'allaitement constituerait un moyen infaillible et durable de contraception semble disparaître des raisons d'allaitement évoquées par les mères. En effet, le choix d'allaitement maternel pour éviter une grossesse a été mentionnée dans seulement 1,2% des réponses.

La contraception par allaitement est une information qui doit être expliquée au couple après un accouchement. Cette méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée, aussi appelée méthode MAMA, est une méthode de contraception naturelle durant les 6 premiers mois ou au moins jusqu'au retour de couches. Cependant, pour qu'elle soit efficace, un allaitement exclusif e jour et nuit et la persistance d'une aménorrhée sont nécessaires. En effet, les tétées continues entretiennent une hyperprolactinémie. Dans ces conditions, le taux de grossesses observé pour un allaitement de 6 mois est inférieur à 2 %. Cependant, il faut toujours informer

les couples de la possibilité de grossesse pour qu'ils choisissent selon leur désir une méthode de contraception adaptée.

2.2. Déterminants de choix de l'allaitement artificiel

Concernant le recours des mères au lait artificiel, que ce soit dans le cadre de l'allaitement mixte ou artificiel exclusif, nous avons cherché les motifs mentionnés par les mères justifiant ce choix. Les principaux facteurs déterminants le choix de l'utilisation de lait artificiel ont été les suivants, par ordre d'importance :

- Une production lactée insuffisante (73%) ;
- Le fait que le biberon soit plus pratique comme moyen d'allaitement (13%) ;
- La fatigue maternelle (9,4%) ;
- La prescription par un personnel de santé du lait artificiel (8,7%) ;
- La vie professionnelle des mères (8%).

Lors de notre revue de la littérature et comme dans notre étude, l'insuffisante production lactée revenait fréquemment comme le principal motif d'introduction de lait artificiel [29] [30] [31]. Les mères justifient leur choix par leur désir de compléter la nutrition de l'enfant pour lui garantir une meilleure satiété et croissance.

L'aspect pratique du biberon et sa facilité d'utilisation sont aussi des facteurs fréquemment retrouvés dans la littérature comme le confirment de nombreuses études [32] [33]. La possibilité d'allaiter n'importe où ou de nourrir l'enfant sans même la présence de sa mère (par son père ou un autre membre de la famille) semblent être de bons arguments en la faveur de l'allaitement artificiel.

La fatigue maternelle (9,4%) comme étant un motif de choix du biberon est un facteur intéressant à étudier.

En effet, certaines études suggèrent que ce facteur masque d'autres facteurs ayant poussé la mère à l'allaitement artificiel, relevant plus du côté socio-psychologique. Il peut aussi bien s'agir d'une pudeur excessive, d'un rejet incompréhensible du concept de l'allaitement maternel, d'une gêne à l'égard du contact physique entre le sein et le bébé ou une crainte de ne pas réussir à allaiter, ce dernier facteur ressortant de façon étonnamment fréquente chez les primipares [13] [21]. D'où la nécessité d'apporter un soutien psychologique de la part des

professionnels de santé durant le processus d'IEC pendant la grossesse, afin de dépister les angoisses et les peurs des patientes et de les rassurer si besoin.

Dans notre modèle société conservatrice marocaine, la pression sociale et familiale demeurent non négligeables. Même de simples questions posées par les membres de la famille comme les belles-sœurs et les grands-mères (« As-tu assez de lait ? », « N'a-t-il pas encore faim ? », « Il pleure ! Tu ne l'as pas assez allaité ») peuvent profondément altérer la pratique saine de l'allaitement maternel en agissant sur la confiance des mères en soi et le choix du mode de l'allaitement.

Il faut noter que le lait artificiel a été prescrit par un professionnel de la santé pour les raisons suivantes :

- Nouveau-né hypotrophe pour essayer de rattraper le retard pondéral ou macrosome pour éviter l'hypoglycémie ;
- Pas de sécrétion lactée ;
- Contre indication maternelle à l'allaitement.

Concernant la situation professionnelle des femmes marocaine, elle paraît étroitement liée à la possibilité d'allaiter par soucis d'organisation. Les femmes avec un travail trouvent plus de contraintes à l'allaitement ce qui les pousse en quelque sorte à l'allaitement artificiel. À l'opposé, l'absence d'activité professionnelle serait significativement en faveur de l'allaitement maternel durable [19].

Parmi les autres motifs d'allaitement artificiel un peu moins importants que ceux cités plus haut, nous avons pu identifier :

- Refus du bébé de prendre le sein (4,3%) ;
- Absence de sécrétion lactée (4%).
- Malformation des seins (mamelon rétracté par exemple) ;
- Les complications à type de crevasse ou gerçure ;
- But esthétique ;
- Une expérience antérieure négative vis-à-vis de l'allaitement au sein.

Dans notre étude nous avons constaté que les 7 femmes qui allaitaient uniquement avec le lait artificiel, 4 d'entre elles avaient leurs bébés hospitalisés en service de réanimation, 2

présentaient une contre-indication à l'allaitement maternel et une femme avait les mamelons rétractés.

3. Mise au sein précoce

La question du temps est cruciale lorsque l'on parle de mise au sein. Plus cette dernière est précoce, c'est-à-dire durant la première heure de vie, plus le nouveau-né a des chances de survivre et d'échapper à la mortalité infantile. Il est important à noter aussi que cet effet protecteur est présent même si l'allaitement maternel n'est pas exclusif, pourvu qu'il soit précoce. Le colostrum, premier lait maternel ingéré par les nouveau-nés pendant les premiers jours de vie, est extrêmement riche en éléments nutritifs et en anticorps procurant une protection vitale contre les maladies et la mort.

Une récente méta-analyse de cinq études effectuées dans quatre pays différents et ayant porté sur plus de 130 000 nouveau-nés allaités au sein a montré que ceux qui ont été allaités entre 2 et 23 heures après leur naissance présentaient déjà un risque de décès 33 % plus supérieur à celui des nourrissons mis au sein pendant l'heure ayant suivi l'accouchement. Les nouveau-nés mis au sein 24 heures ou plus après leur naissance présentaient quant à eux un risque jusqu'à plus de deux fois plus élevé de mortalité [144].

Le rôle du colostrum étant prouvé lorsque l'on parle d'immunologie, les enfants non mis au sein dans leur première heure de vie sont également exposés à un risque plus élevé d'infections courantes. En Tanzanie, une étude effectuée sur plus de 4000 nouveau-nés a montré que le démarrage tardif de l'allaitement était lié à un risque 50 % plus supérieur de toux et troubles de la respiration au cours des six premiers mois de vie par rapport aux nouveau-nés ayant bénéficié d'un allaitement durant la première heure de vie [159].

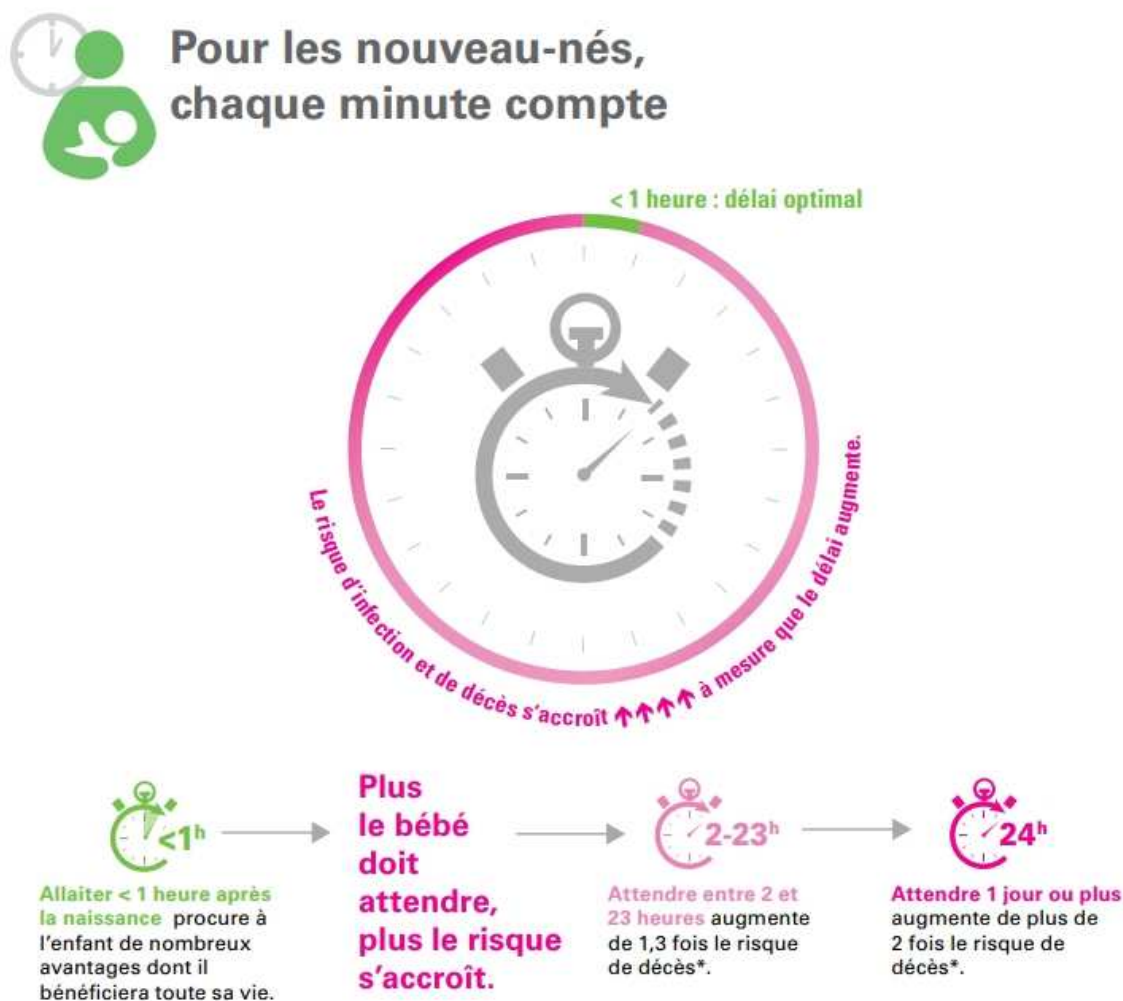


Figure 46 : Représentation visuelle des données relatives à l'importance de mettre le bébé au sein dans l'heure qui suit sa naissance [144]

3.1. Le contact peau à peau

L'importance de la mise au sein précoce débute avec le contact physique immédiat après l'accouchement entre le nouveau-né et la mère. D'après plusieurs études, ce contact précoce aurait des répercussions positives sur l'allaitement maternel en termes de durée et de réussite [34] [35].

Pour ce faire, une fois s'être assuré du bon état général du nouveau-né, de le placer immédiatement après l'accouchement sur la poitrine ou abdomen de la mère. Ce contact

physique renforcerait la relation nouveau-né-mère et rendrait plus facile la prise de sein spontanée [36].

De plus, les nouveau-nés sont dotés dès la naissance du réflexe inné de succion lui permettant de téter, d'avaler et de se nourrir immédiatement après la naissance. Pour favoriser ce comportement inné, le contact peau à peau et la proximité entre la mère et le bébé dans les moments suivant immédiatement l'accouchement est primordial.

Le contact immédiat peau à peau présente aussi de nombreux avantages aussi bien à court qu'à long terme. Par exemple, il contribue à régulariser la température corporelle du nouveau-né ou permet la colonisation de la peau du nouveau-né par des bactéries bénéfiques provenant de l'épiderme de la mère. Ces populations commensales de bactéries assurent une protection contre les maladies infectieuses et contribuent au renforcement du système immunitaire du bébé [156].

La première tétée déclenche quant à elle chez la mère une libération de prolactine, importante pour la stimulation de la montée lactée et donc la nutrition continue du nouveau-né [157]. Il a aussi été démontré que ce contact précoce et durant tout le premier allaitement prolonge significativement la durée de l'allaitement au long terme et pourrait également contribuer à l'expansion de la pratique de l'allaitement exclusif dans la société [158].

3.2. L'importance et les avantages

La mise au sein précoce fait partie de nos jours des recommandations internationales concernant l'allaitement maternel. Elle figure parmi les « Dix étapes pour réussir l'allaitement maternel », principes adoptés en 1992 par l'initiative « Hôpitaux amis des bébés ». La quatrième étape stipule qu'il faut « Aider les mères à commencer l'allaitement au sein dans une demi-heure qui suit la naissance » [37].

Nous retrouvons aussi la mise au sein précoce parmi les recommandations de l'OMS et de l'UNICEF concernant la nutrition optimale des nourrissons en préconisant « un allaitement maternel précoce dans l'heure qui suit la naissance » [38].

Il est important de souligner que la mise au sein précoce n'est pas une pratique « forcée ». En effet, le comportement naturel et inné du nouveau-né dès la naissance est compatible avec une prise au sein dès les premières minutes de vie. Quelques instants après l'accouchement, le bébé est tonique, peut assurer le maintien de la tête, sentir au toucher la texture d'un tissu et

surtout reconnaître l'odeur que produit l'aréole de sa mère. Grâce à ce comportement, le nouveau-né est déjà apte à reconnaître le sein et le prendre dès les premiers instants de vie. [39].

Un autre signe de l'aspect naturel et important de la mise au sein précoce est la présence du réflexe de succion présent dès la naissance et qu'il faut rechercher par le pédiatre à l'examen. Sa présence est une preuve de la capacité du nouveau né à réussir sa première tétée. Cependant, ce réflexe tend à disparaître entre la 6^{ème} et 48^{ème} heure de vie [40]. Le personnel de santé devra donc profiter de la mise au sein précoce pour favoriser l'allaitement maternel et sa bonne poursuite en évitant cette fenêtre où le nouveau-né tend à « perdre » ce réflexe [41].

Le nouveau-né, profitant de l'intensité de ses réflexes de succion et de fuissement et de sa mémorisation vive de ces sensations profitera de cette mise au sein précoce pour assurer une meilleure expérience d'allaitement maternel au long cours.

En immédiat, la mise au sein précoce présente des avantages indispensables : il bénéficiera tout d'abord du colostrum, il évitera l'hypoglycémie qui peut s'avérer dangereuse, il favorisera l'élimination du méconium, la diminution du taux de bilirubinémie néonatale, la prise du poids de l'enfant durant les deux premières semaines et enfin stimulera les seins pour provoquer une montée laiteuse plus rapide et plus durable [40] [42] qui s'accompagne d'une élévation thermique modérée 38 à 38,5°C et d'un gonflement des seins qui deviennent tendus. Il a été prouvé que les femmes ayant allaité précocement allaitent plus longtemps que celles qui n'ont pas pu le faire. Les avantages de cette prise de sein durant la première heure ne sont pas propres au nouveau-né : chez la mère elle permet de stimuler la sécrétion lactée par stimulation de la sécrétion hormonale de l'ocytocine. Cette dernière favorise aussi l'involution utérine et est importante dans la prévention des complications de la délivrance [43].

Devant tous ces arguments, la généralisation et l'application de la mise au sein précoce au sein des maternités s'imposent comme mesure dans l'optique de la promotion générale de l'allaitement maternel exclusif, et tous les professionnels de santé de la maternité doivent y veiller.

A l'opposé, si la mise au sein est tardive et difficile, le nouveau-né gardera un mauvais souvenir de cette expérience et cherchera à éviter ces mises au sein désagréables. S'en suivent

alors toutes les complications d'un allaitement insuffisant : une production lactée insuffisante, une mauvaise prise pondérale ou stagnation de la courbe de poids, voire une perte de poids excessive chez le nouveau-né avec le risque de déshydratation plus au moins sévère qu'il engendre, voire même une malnutrition [44] [45] [46].

De nombreuses études ont montré aussi que ces difficultés de mise au sein seraient en association avec le phénomène de sevrage précoce non désiré et le passage à l'allaitement artificiel. [47].

Cependant, et bien que la première mise au sein ait une grande influence sur l'allaitement à long terme, il ne faut pas être fataliste en cas de mauvaise expérience : de nombreuses femmes arrivent à surmonter ces difficultés et à garantir à leur enfant un allaitement maternel exclusif correct par la suite. Cela génère de plus un sentiment de satisfaction et une bonne confiance en soi.

Au vu de tout ce qui a été cité plus haut, et comme le confirment les données internationales, la mise au sein précoce est un pilier de la prise en charge néonatale et doit être considérée comme une étape nécessaire de la prise en charge des nouveau-né en post-natal.

Pour souligner cela, lors de la trente-quatrième session du comité permanent sur la nutrition en 2007 [48], le groupe de travail sur l'allaitement maternel a conclu que l'on pouvait réduire la mortalité néonatale de 31% si 99% si les 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 ».

De ce fait, l'initiation de l'allaitement maternel à la première heure de vie est considéré depuis comme l'un des objectifs majeurs du millénaire pour la lutte contre la mortalité infantile [48].

3.3. Le colostrum

Le colostrum est une substance jaunâtre secrétée par la mère avant la montée laiteuse. Il est très précieux et disparaît au plus tard après quelques jours. Sa richesse en anticorps est un atout efficace dans la lutte contre les infections bactériennes et virales [49] [50]. Mais il diffère aussi du lait maternel « normal » par plusieurs aspects au niveau de sa composition car il est [51] :

- est plus dense ;
- contient moins de lactose et lipides mais contient 2,5 fois plus de protéines ;

- renferme moins d'acides gras à courte chaîne, plus d'acides gras à longue chaîne et de cholestérol ;
- contient 100 fois plus de d'immunoglobulines aux propriétés anti-infectieuses ;
- est 10 fois plus riche en vitamines liposolubles : 3 fois plus de Vitamine A, 2 à 4 fois plus de vitamine E ;
- contient davantage de minéraux et d'oligo-éléments, en particulier de sodium, de potassium, de chlore, de cuivre et de zinc.

Le colostrum est sécrété pendant les 5 premiers jours de la naissance environ. En cas de prématurité, cette phase colostrale s'adapte en durait plus, avec une composition plus enrichie en acides gras poly-insaturés pour une meilleure maturation cérébrale du nourrisson prématuré.

Ensuite viendra le lait de transition dont la composition commence à varier : sa concentration protéique diminue, alors que sa teneur en lipides, caséine et lactose augmente. A partir du 14^{ème} jour, le lait prend sa composition définitive de lait mature.

Concernant les connaissances des femmes sur les bienfaits et avantages du colostrum, 96,7% des mamans dans notre étude à Rabat connaissaient la valeur nutritive du colostrum.

Dans d'autres enquêtes menées au Maroc, des résultats inquiétants ont parfois été retrouvés : 34 % des femmes ne connaissent pas la valeur du colostrum et 9% vont même jusqu'à le considéré comme nocif dans l'étude d'ARABI [52]. NINEB [53] lui aussi a trouvé que 16% des femmes ne reconnaissent même pas le colostrum et que pour 2% des femmes, il était complètement inutile.

Une étude « investigation par focus Group » [54] a certes trouvé des données généralisées à l'échelle nationale comme le fait que la majorité des mères reconnaissent le colostrum et savent le décrire, mais elle a aussi retrouvé des particularités régionales qui varie d'un extrême à l'autre :

- Marrakech : l'entourage, notamment les grands-mères s'accordent à louer les bénéfices du colostrum pour le nouveau-né. De ce fait, il était administré de façon « traditionnelle » suite aux conseils concernant ses avantages;

- Khemisset : l'intérêt du colostrum n'est pas clairement énoncé par les mères mais il était reconnu et administré de façon « machinale » ;
- Tétouan : le colostrum est considéré comme une substance sans aucun intérêt et qu'il est tiré et jeté en attendant la production du lait de transition ou du lait mature.

Nous avons trouvé dans notre étude des résultats plutôt rassurants, mais la revue bibliographique concernant les études précédentes au Maroc demeurent inquiétantes.

Le colostrum et ses bienfaits devraient être clairement expliqués lors des consultations prénatales et même présentés au grand public pour éliminer ce préjugé négatif présent dans certaines traditions.



Figure 47 : les différents types du lait maternel [170]

3.4. La mise au sein précoce et l'introduction d'autres aliments

Selon les résultats de notre étude, 138 femmes ont fait l'administration d'autres liquides que le lait maternel. A savoir que parmi ces femmes, 76% ont donné ces aliments après la première mise au sein et 24% avant celle-ci.

Les aliments administrés principalement sont : 45.6% ont donné de la verveine, 29% du lait artificiel et 16.8% ont administré les deux.

Dans de nombreuses régions dans le monde, l'introduction d'aliments ou liquides autres que le lait dès les premiers jours de vie est courante, purement par influence culturelle et sans se reposer sur des preuves scientifiques. Cette pratique varie d'un pays à l'autre et peut aussi

bien consister en jeter le colostrum et donner du miel ou de demander à un membre de la famille ou un personnel de santé de donner au bébé de l'eau sucrée ou de lui faire une préparation pour nourrissons.

Ces pratiques sont néfastes et retardent le premier contact du nouveau-né avec sa mère [160] [161][162]. Une étude dans 51 pays s'est intéressée sur les données du premier allaitement et l'ingestion de liquides ou d'aliments autres que le lait. La figure 46 montre que, parmi les bébés ayant reçu des liquides à base de lait au cours des trois premiers jours de vie, près de deux bébés sur trois n'ont pas pu bénéficier de la mise au sein précoce au cours de la première heure.

A l'inverse, près de 60 % des nouveau-nés ayant été allaités exclusivement au lait maternel pendant les premiers jours de vie ont pu être mis au sein pendant la première heure de vie. Par ailleurs, les taux de mise au sein précoce étaient légèrement supérieurs chez les nouveau-nés ayant reçu des aliments à base d'eau en rapport avec ceux qui ont reçu d'autres aliments ou liquides, mais ils restaient significativement inférieurs à ceux des nouveau-nés ayant reçu uniquement du lait maternel.

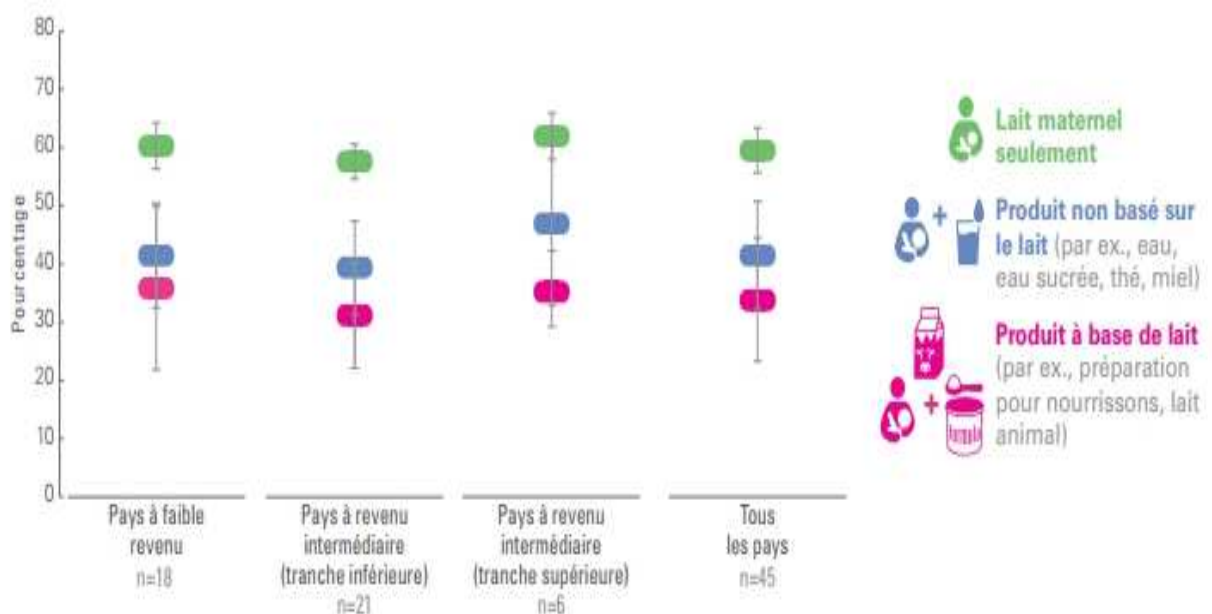


Figure 48 : Pourcentage de nouveau-nés mis au sein dans l'heure qui suit la naissance, par type d'aliment reçu dans les trois premiers jours de vie, et par groupe de pays en fonction du revenu, selon la classification de la Banque mondiale, 2017 [144]

3.5. L'incidence

Dans notre échantillon, si les parturientes étaient motivées pour allaiter leur bébé dès la naissance, seules 10 % d'entre elles ont pu réaliser la mise au sein précoce dont 3,3% dans les 30 min suivant l'accouchement et 6,6% dans une heure.

Concernant les données retrouvées dans la revue bibliographique, au niveau du Maroc, et selon l'enquête nationale réalisée par le ministère de la santé entre 2006 et 2007 sur l'allaitement, seulement 52% des mères ont pratiqué la mise au sein précoce.

Selon une autre étude effectuée à la maternité du centre hospitalier d'Agadir [52], 44% des mères ont été pour une mise au sein immédiate.

Deux autres études sur l'allaitement maternel à la maternité réalisées en 2001 et en 2003 respectivement à la maternité Ibn Tofail de Marrakech et à la maternité de l'hôpital provincial Sidi Lahcen de Temara à Rabat [55], ont permis de trouver que le délai moyen de mise au sein sur ces trois enquêtes variait entre 4 et 24 heures. Mais aucune mise au sein dans l'heure suivant l'accouchement n'a pu être recensé dans ces deux maternités. (Voir figure ci-dessous)

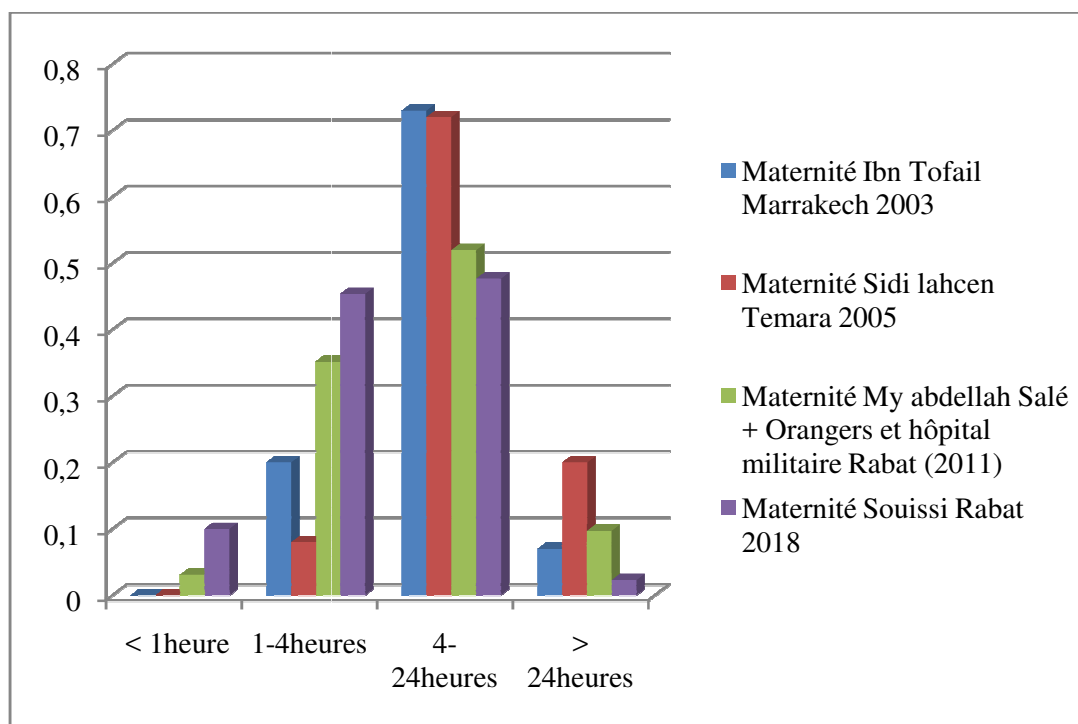


Figure 49 : Comparaison du délai de mise au sein précoce au niveau de différentes maternités du Maroc [55]

Cependant, une étude nationale a trouvé que la composante géographique était liée aux variations du délai de mise au sein. Par exemple, presque toutes les mères qui pratiquent l'allaitement maternel exclusif en milieu urbain de Khemisset assurent n'avoir donné le sein à leur enfant que trois jours après la naissance, alors qu'à Marrakech, toujours en milieu urbain, le groupe des mères non allaitantes affirment majoritairement avoir allaité leur nouveau-né dans les 24 heures suivant l'accouchement [54].

Mais généralement au niveau national, le taux de la mise au sein précoce reste faible. Ceci est représenté sur le graphique ci-dessous (Figure 50) qui montre l'évolution de la mise au sein précoce d'après les 3 études réalisées par le ministère de la santé de 1992 à 2004 [56] :

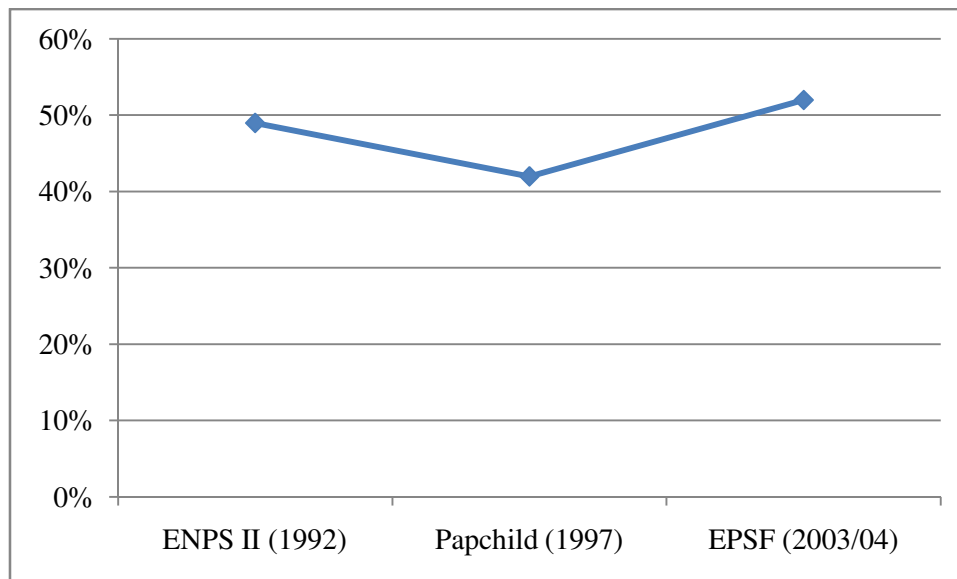


Figure 50 : L'évolution des taux de la mise au sein précoce au Maroc [56]

Cela reste un problème de santé majeur qu'il faudra résoudre en essayant déjà d'en comprendre la source. Il semblerait qu'il y ait en tout cas un manque d'informations délivrées à la mère concernant le moment optimal pour le début de l'allaitement maternel.

Plusieurs solutions peuvent être proposées et soutenues : L'amélioration des pratiques en matière d'alimentation des nouveau-nés encouragée par la politique nationale de promotion de l'allaitement maternel et l'accompagnement et le soutien des mères par les professionnels de santé.

Concernant la comparaison avec les autres pays, le taux de mise au sein précoce au Maroc est similaire à celui de certain pays arabe comme l'Égypte, la Tunisie et la Syrie, ce qui laisse poser la question du facteur socioculturel.

Les statistiques mondiales récentes ont montré que la plupart des nouveau-nés du monde ne bénéficient toujours pas d'une mise au sein précoce correcte : en 2017, quelques 78 millions de nouveau-nés ont été mis au sein après plus d'une heure de vie. En d'autres termes, environ deux enfants sur cinq seulement (42 %), dont la plupart sont nés dans des pays à revenus faible et intermédiaire, ont pu bénéficier d'une mise au sein pendant la première heure de vie. Il y a eu bien sûr une légère amélioration par rapport à statistiques enregistrées en 2005 (37%), mais cette augmentation reste encore trop lente [144].

Pour détailler un peu plus les statistiques, les taux de mise au sein précoce varient énormément selon la région du globe étudiée : 35 % au Moyen-Orient et en Afrique du Nord par exemple contre 65 % en Afrique de l'Est et australe (voir la figure 49). Concernant les pays d'Amérique du Nord ou d'Europe de l'Ouest, il n'existe pas encore de chiffres exacts [144].

Contrairement aux pratiques régionales, les taux de mise au sein précoces ne varient pas dans le monde en fonction du sexe de l'enfant, du niveau de vie de la famille ou de sa zone de résidence (rurale ou urbaine) [144].

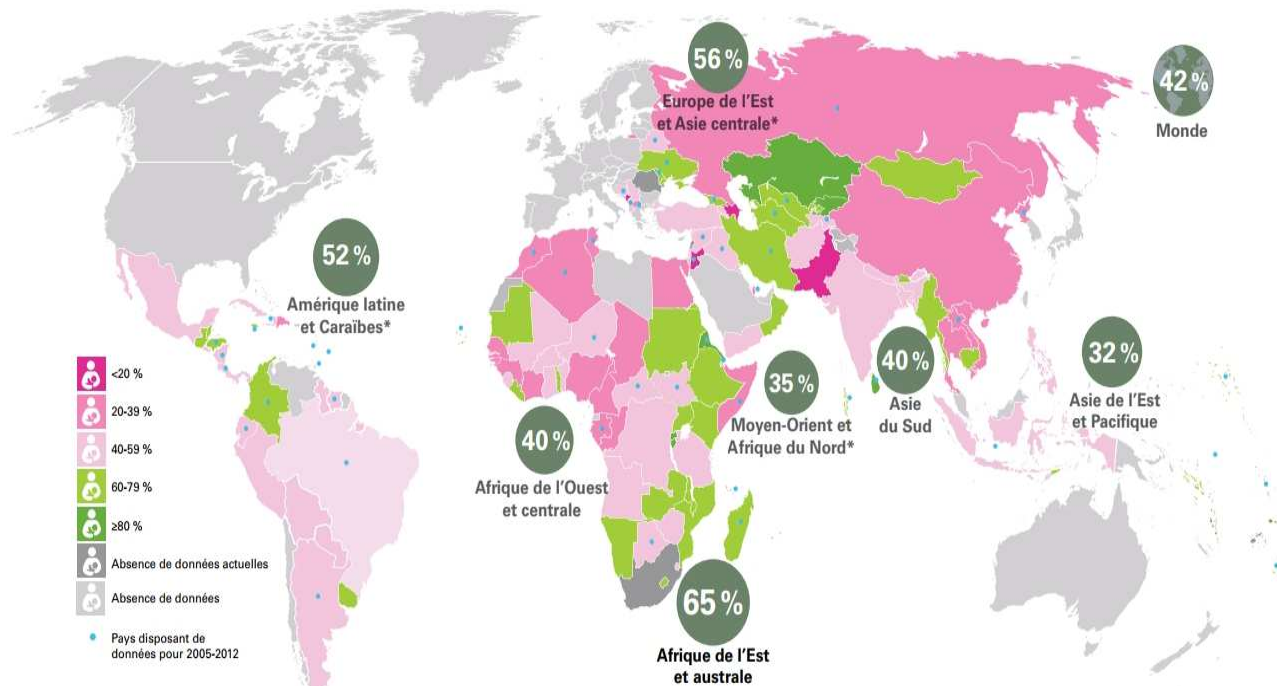


Figure 51 : Pourcentage de nouveau-nés mis au sein pendant l'heure qui suit la naissance, par pays et par région, 2017 [144]

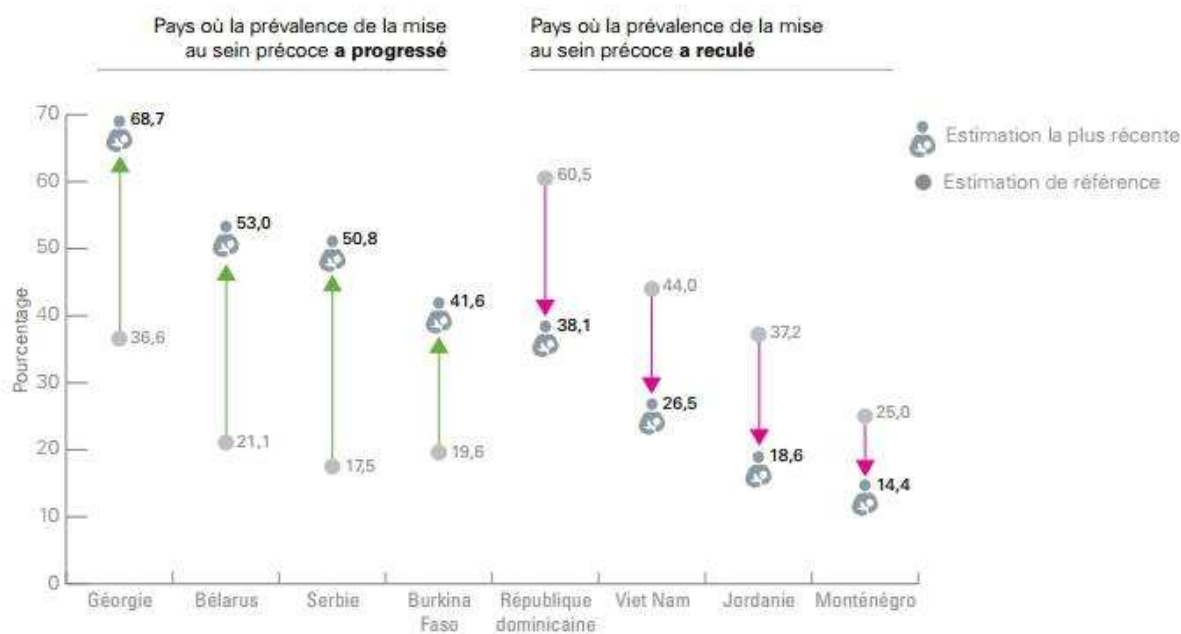


Figure 52 : Tendances en pourcentage de la mise au sein une heure ou moins après la naissance, par pays, vers 2005 et vers 2017 [144]

3.6. Facteurs associés ou non la mise au sein précoce

3.6.1. Caractéristiques des mères

➤ Statut marital

Notre étude n'a pas conclu à un lien de corrélation entre le statut marital et le démarrage de l'allaitement maternel.

Cependant, de nombreuses enquêtes assurent que le fait que la mère soit mariée ou non est déterminant dans le choix du mode et la durée de l'allaitement maternel, les mères mariées allaitant plus et plus longtemps que les mères célibataires [59] [60].

➤ Age des mères

La plupart des données retrouvées lors de notre revue bibliographique s'accordent sur le fait que l'âge maternel élevé est lié à un désir plus important à allaiter et résulte en une meilleure pratique [61] [62] [64] [65].

Dans une étude menée en France par CROST et KAMINSKI [63] ont trouvé que 58,5 % des mères de plus de 35 ans donnent le sein contre seulement 37,3% des mères plus jeunes âgées de moins de 19 ans. Quant à notre enquête, elle confirme les données suscitées, bien qu'il n'existe pas de relation statistiquement significative entre l'âge et la mise au sein précoce dans notre étude, nous avons retrouvé que les 30 femmes qui ont allaité précocement étaient âgées de plus de 18 ans (25 femmes entre 18 et 35 ans et 5 femmes plus de 35 ans).

Le démarrage précoce de l'allaitement maternel a eu tendance à augmenter chez les femmes plus âgées, ceci peut s'expliquer par une plus grande maturité et par le fait que les femmes un peu plus âgées soient plus souvent multipares, et donc bénéficient de plus d'expérience en matière d'allaitement maternel.

C'est pour cela qu'il faut porter une attention particulière aux jeunes mères dans les programmes de promotion de l'allaitement maternel notamment en prénatal.

➤ Origine

LABARERE [66], dans une étude française, stipule que les femmes vivant dans le milieu urbain présentaient un taux élevé d'allaitement maternel, tout le contraire des études menées au Maghreb : NINEB [53] au Maroc et MZID [65] en Tunisie ont trouvé qu'en milieu urbain les femmes allaitaient beaucoup moins [53].

Nous n'avons pas trouvé dans notre série de relation significative entre les 2 paramètres. En revanche, notre enquête montre une fréquence d'allaitement maternel légèrement plus élevée chez les 17 femmes vivant en milieu urbain (9,9%) alors que les 13 femmes vivant en milieu rural représentent (10,2%).

➤ **Niveau socioéconomique**

Il existe une relation de corrélation entre le niveau socioéconomique et la mise au sein précoce. Nous avons notamment trouvé que la majorité des femmes qui allaitent précocement sont d'un niveau socio-économique moyen.

Au niveau des pays industrialisés, on retrouve une corrélation positive entre le niveau socio-économique aisé des femmes et la précocité de la mise au sein en maternité [26] [62] [63] [67].

A l'opposé, les pays en voie de développement ont connu un déclin en matière d'allaitement maternel chez la population de niveau socioéconomique élevé ou moyen. Mais cette relation reste quand même relative au pays et ne peut être généralisée [53] [68] [69].

➤ **Niveau d'instruction**

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

Le haut niveau de scolarité des mères favorise l'allaitement maternel dans les pays développés. Les études de JEGU [70] et LEFEBVRE [27] en France vont dans ce sens, ayant démontré l'effet positif du niveau d'étude élevé sur le choix et la durée de l'allaitement maternel.

En effet, dans ces pays, les mères allaitent plus précocement et plus longtemps d'autant que leur niveau d'éducation est élevé. Cette corrélation a été retrouvée fréquemment dans les données de la littérature [13] [14] [16] [63] [71] [72] [73] [74].

Dans les pays en voie de développement, la situation est tout autre. Les femmes analphabètes allaitent 1,9 fois plus leur nouveau-né que les mères de niveau scolaire supérieur (7ans de scolarisation). De même la durée d'allaitement est elle aussi plus longue [75].

Une étude prospective a été réalisée à la maternité Souissi de Rabat en 2010 et a trouvé qu'un niveau d'instruction plus élevé est plus favorable à une mise au sein précoce. En effet, dans

cette enquête, 49% des femmes scolarisées ont donné le sein dans l'heure suivant l'accouchement contre seulement 38% des parturientes analphabètes [71].

La série marocaine de NINEB [53] a trouvé des résultats contraires, avec une relation inversement proportionnelle entre le niveau d'instruction des mères et la durée de l'allaitement maternel.

Dans notre étude à nous, il n'existe pas de relation significative entre le niveau d'étude des femmes et la précocité d'allaitement, avec cependant une prédominance chez les femmes avec un niveau secondaire qui étaient au nombre de 14, 7 avec un niveau scolaire primaire, 1 universitaire contre 8 analphabètes.

Tout ceci souligne quand même 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, d'autant plus que notre pays combat de plus en plus l'analphabétisme et l'absentéisme scolaire chez les femmes.

➤ **Activité professionnelle**

Nous avons mis en évidence dans notre série que les femmes au foyer (25) ont plus tendance à opter pour l'allaitement maternel.

Dans tous les pays du monde, qu'ils soient développés ou en voie de développement, le travail des mères semble avoir une influence négative sur la bonne pratique et la durée de l'allaitement maternel [65] [75] [76].

Dans les études marocaines de MEZIANE [68] et JOUBAIRI [69], les femmes au foyer étaient plus nombreuses à allaiter au sein leurs enfants par rapport à celles en activité professionnelle, pour des raisons de disponibilité et de temps libre et d'organisation.

En France, CROST et KAMINSKI ont trouvé une légère différence due à l'activité professionnelle, rapportant que 51,1% des femmes au foyer allaitent leurs enfants au sein contre 45% de celles ayant un travail.

➤ **Parité**

Dans notre étude, il existe une relation significative entre la parité des femmes et la mise au sein précoce. En effet, les multipares choisissent plus l'allaitement maternel, 17,3% ont plus de 2 enfants et 13% ont 2 enfants.

Plusieurs travaux s'accordent sur le fait que la primiparité présente un impact négatif sur la réussite de l'allaitement maternel [65] [77].

En 2005, une étude réalisée à la maternité Souissi du CHU de Rabat a trouvé que la primiparité était associée à une mise au sein tardive et à un désir d'écourter la durée de l'allaitement maternel ($p < 0.0001$) [78].

Dans une autre étude dans la même maternité effectuée 5 ans plus tard en 2010 a trouvé que 58% des femmes multipares allaitent avant la première heure suivant l'accouchement contre seulement 33% des femmes primipares ($p < 0,001$).

Notre enquête a trouvé des chiffres encore plus bas, avec seulement 12,5% des primipares qui ont donné le sein dans l'heure qui suit l'accouchement contre 28,9% des multipares ($p = 0,08$).

La différence que joue la parité dans la mise au sein peut s'expliquer par l'expérience acquise lors des naissances précédentes, qui confère à la mère une certaine confiance en soi, une meilleure technique et pratique de l'allaitement, un réflexe plus naturel de mise au sein précoce et une aisance à gérer le stress de l'accouchement. Il est important de noter que ce dernier influence directement la lactation par stimulation du système nerveux central et inhibition le réflexe d'éjection et donc la sécrétion de l'ocytocine. De ce fait, les primipares n'ayant pas eu d'expérience antérieure d'allaitement et d'accouchement expriment plus de stress, ce qui s'exprime par un retard et diminution de la sécrétion ocytotique [78] [80].

Une fois de plus ces données soulignent l'importance de l'information et de la sensibilisation en particulier des primipares au sujet de la première tétée, notamment durant les consultations prénatales. Il est aussi important de les aider à donner le sein à la première heure après l'accouchement et leur apprendre les principes de cette pratique.

➤ **Femme elle-même allaitée**

Dans notre étude, le fait d'avoir été allaitée ou non par sa propre mère n'est pas associé de façon significative au démarrage de l'allaitement. Toutefois nous avons quand même constaté que les femmes qui ont été allaitées (25 femmes) choisissent plus souvent d'allaiter. Ce résultat est conforme à certaines données retrouvées dans la littérature [81][82][83][85].

Toujours dans la littérature, on a pu lire dans certaines publications que l'expérience d'allaitement des femmes par leur propre mère ne semble pas influencer significativement la durée de l'allaitement [83][84].

3.6.2. Déroulement de la grossesse

➤ Suivi médical de la grossesse

Dans notre étude nous n'avons pas réussi à trouver une relation significative entre le suivi et la mise au sein précoce. Il est néanmoins important de préciser que dans notre série, 25 femmes qui ont donné le sein précocement ont bénéficié d'un suivi régulier, 3 irrégulier et 2 seulement n'ont pas suivi leur grossesse.

La promotion de l'allaitement maternel est un temps capital dans la consultation prénatale. Il est important d'y informer les mères enceintes des avantages de l'allaitement maternel et de l'importance de la mise au sein précoce, de leur enseigner la pratique et d'évoquer les problèmes pouvant survenir afin de préparer la mère et de lui en apprendre les solutions [21] [63] [65].

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 [86] a rapporté dans son étude que la préparation à l'allaitement lors des consultations prénatales facilite aux mères la réussite de l'allaitement en évitant les problèmes pouvant survenir.

Les travaux faits par VOGEL [87], SABLE [88] et LU-MICHAEL [89] trouvent que le rôle de l'obstétricien est primordial et que son intervention avait un effet positif sur l'initiation, la durée et l'exclusivité de l'allaitement maternel.

Cependant, malgré tous les avantages que peut donner cette communication lors de la consultation prénatale, de nombreuses études montrent que ce phénomène n'est pas encore assez répandu. Les travaux de LEMENESTEREL [75] VENDITELLI [21] et IZATI [90] montrent respectivement que seulement 3% ,25% et 23% des mères ont eu l'occasion de parler d'allaitement avec leurs obstétriciens.

Le problème ne limite pas seulement aux médecins spécialistes. Une enquête menée par LUCAS a montré que seule la moitié des médecins généralistes évoquent de façon spontanée l'allaitement maternel en période prénatale. La même étude souligne aussi qu'une partie non négligeable des médecins généralistes ne maîtrisent pas non plus la connaissance des conseils élémentaires pour faire face aux soucis quotidiens de l'allaitement maternel [75].

L'amélioration de la pratique de l'allaitement passe donc aussi par l'amélioration de la formation des professionnels de la santé sur l'allaitement maternel et l'importance de la sensibilisation lors des consultations prénatales [91].

➤ **Information, éducation et communication**

Non seulement nous n'avons pas trouvé de corrélation entre l'IEC et la mise au sein précoce dans notre étude, mais nous avons aussi remarqué que toutes les femmes qui ont allaité dans l'heure qui suit l'accouchement dans notre enquête n'ont même pas reçu de documents sur l'IEC concernant l'AM et que même les 12 femmes qui ont reçu le documents n'ont pas pratiqué de mise au sein précoce.

Toutes les mères que nous avons interrogées avaient bénéficié d'au moins une consultation prénatale, mais seules 9 d'entre elles étaient informées sur l'allaitement maternel lors du suivi de la grossesse (8 pendant la grossesse et 1 après l'accouchement). Ainsi, le professionnel de santé assurant la consultation prénatale joue un rôle primordial dans la réussite de la mise au sein précoce, mais il ne la remplit pas systématiquement.

Ces résultats sont concordants avec les études nationales. ARABI [52] a lui aussi trouvé que seulement 9% des femmes ont reçu 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. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), reconnaît le conseil prénatal comme un moyen primordial dans la promotion de l'allaitement maternel et le rôle des professionnels de la santé dans le succès de cette démarche est indéniable [92].

C'est dans cette optique là que l'OMS et l'Unicef ont lancé en 1992 l'initiative « hôpitaux amis des bébés », où dix principes ont été définis pour impliquer l'ensemble du personnel médical puisse participer au changement positif dans l'allaitement maternel au sein des maternités [93].

On pourrait expliquer l'importance de l'IEC par le fait que cette période prénatale constitue un moment privilégié pour encourager la mère à allaiter précocement, gérer ses craintes et

modifier ses intentions afin de corriger les fausses idées et l'éclairer au sujet de l'importance de l'allaitement maternel et ses avantages.

La situation actuelle au Maroc incite donc à encourager la systématisation de la promotion de l'allaitement maternel durant les consultations prénatales.

➤ **Mode d'accouchement**

À l'échelle mondiale, les accouchements par voie haute ou césarienne ont augmenté du taux de 13 % en 2005 à plus de 20 % en 2017. Cette augmentation s'est remarquée de façon plus ou moins homogène dans toutes les régions du globe sauf en Afrique subsaharienne où ces taux sont restés relativement stables [163].

L'accouchement par césarienne est un moyen vital, lorsque l'indication est bien posée, d'assurer la survie aussi bien du nouveau-né que de la mère et de diminuer la morbidité postnatale. Malheureusement, le taux de césariennes de convenance, c'est-à-dire sans indication médicale stricte, a considérablement augmenté et a eu un impact direct sur le taux de mise au sein précoce dans le monde.

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.

Plusieurs études ont montré qu'une intervention chirurgicale réduit la possibilité d'un contact peau à peau et de la mise au sein précoces [164][165][166]. Lors d'une étude effectuée dans 51 pays, il a été trouvé que, dans 47 de ces pays, le taux de mise au sein précoce était plus de deux fois plus supérieur chez les nouveau-nés par accouchement vaginal que chez ceux issus d'un accouchement par césarienne (voir la figure 52).

Cependant, toujours selon une étude, les femmes ayant accouché par césarienne non planifiée, à savoir après échec du travail, étaient plus susceptibles de commencer à allaiter pendant la première heure que celles ayant accouchées par nouvelle césarienne planifiée. A noter que par nouvelle césarienne, nous entendons une femme ayant déjà accouché par voie haute par le passé, et donc qui présente un utérus cicatriciel.

Ce constat est malheureusement inquiétant lorsque l'on connaît l'importance du contact peau à peau immédiat et de la mise au sein précoce pour les bébés nés par césarienne et leur mère. La mise en place de la flore commensale du nouveau-né, importante pour l'immunité du nouveau-né, se fait vraisemblablement lors de son passage dans la filière pelvigénitale pour

l'accouchement par voie basse. Ce passage n'étant pas possible lors d'une césarienne, ce processus est compensé par le contact étroit entre la mère et le bébé en post accouchement par voie haute, grâce aux « bonnes » bactéries du corps de la mère. D'autre part, des études montrent que le contact peau à peau immédiat ou rapide après une césarienne peut contribuer à accroître la mise au sein précoce [167].

Dans l'article publié par Chalmers et al. en 2010 [94], la césarienne représente toujours un obstacle à l'initiation précoce de l'allaitement maternel, avec seulement 18,3% des femmes ayant accouchées par césariennes ont pu mettre leur enfant au sein avant 30 minutes de vie, contre 49,5% des femmes ayant accouché par voie basse.

Certains praticiens stipulaient que la mise au sein précoce dès la sortie du bloc opératoire pourrait favoriser l'hypothermie. Or, dans le travail de Gouchon et al. en 2010 [94], un protocole randomisé favorisant le contact peau à peau à la sortie du bloc opératoire, a 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. Bien au contraire, les nouveau-nés de ces femmes césarisées prenaient plus rapidement le sein (22 minutes en moyenne). Ce résultat va dans le sens des recommandations retrouvées dans la littérature médicale, notamment parmi les principes de l'Initiative Hôpital Amis des Bébé (IHAB).

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

Quant à notre étude, Le mode d'accouchement est lié de façon significative à la mise au sein précoce ($p=0,013$), en effet les 27 femmes, qui ont allaité de façon précoce, avaient accouché par voie basse. Et cela est du au fait que les femmes qui avaient subi une 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 seraient 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.

Au niveau psychologique aussi, l'allaitement est aussi bénéfique pour la mère césarisée qui lui permet de reprendre confiance en elle et de se rassurer après avoir accouché de façon « non naturelle ». De ce fait, la relation mère-nouveau-né est renforcée, et l'allaitement permet à la mère de se sentir capable de donner le meilleur à son bébé bien qu'elle doive se remettre d'une intervention majeure [95].

Dans le but d'augmenter la fréquence d'initiation de l'allaitement maternel, d'assurer son maintien durable, et devant les difficultés que les femmes césarisées peuvent affronter lors de la première mise au sein, il est nécessaire de mettre en œuvre plusieurs stratégies pour encourager la mise au sein précoce quel que soit le mode d'accouchement. C'est pour cela qu'il faut respecter les « Dix Conditions pour le succès de l'allaitement maternel », et ne pas négliger la place importante 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.

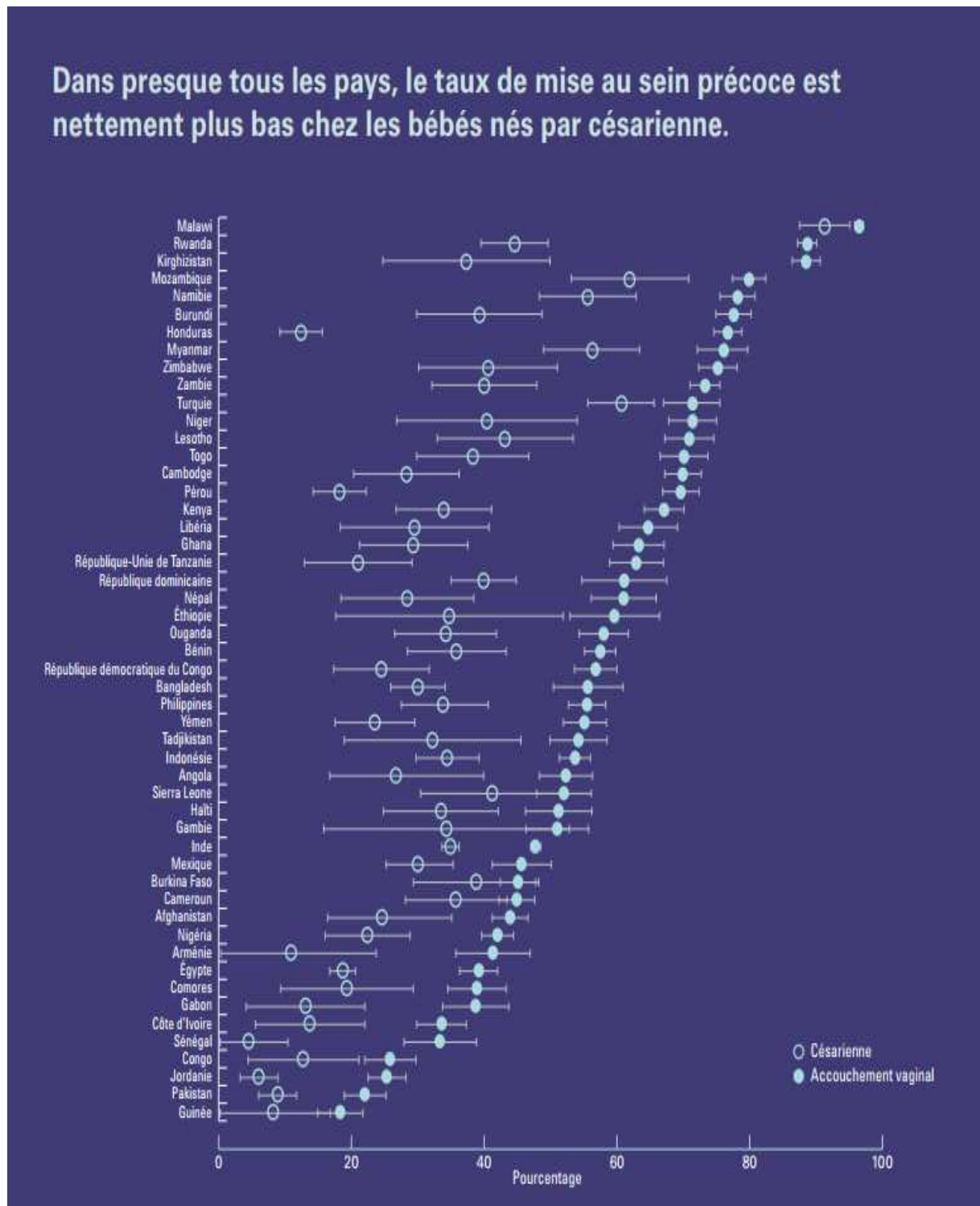


Figure 53 : Pourcentage de nouveau-nés mis au sein une heure ou moins après la naissance, par type d'accouchement [144]

3.6.3. Caractéristiques des nouveaux nés

➤ Poids de naissance

La littérature n'est pas catégorique sur la relation de corrélation entre le poids de naissance et le mode d'allaitement [96].

CROST M et KAMINSKI. M [63] trouvaient dans leur étude que la fréquence de l'allaitement maternel augmentait avec le poids de naissance.

Un sentiment d'anxiété de la mère devant le faible poids de son nouveau-né peut engendrer une diminution de production de lait, favoriser ainsi l'engorgement et les problèmes de mamelons douloureux, ce qui pourrait éventuellement déboucher sur le recours au biberon ou à la tétine.

La corrélation entre poids et allaitement peut-être biaisée par le fait que les facteurs prédisposant à la prématurité et l'hypotrophie sont beaucoup plus fréquents dans les milieux sociaux les moins favorisés, milieux où l'allaitement est moins fréquent [97].

Dans notre étude, nous avons eu 4 hypotrophes et 4 macrosomes qui n'avaient pas pu bénéficier 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.

A l'opposé, 22 nouveau-nés eutrophiques ont été mis au sein dans la première heure de vie. Malgré cela nous n'avons pas réussi à trouver une corrélation significative entre le poids de naissance et la mise au sein précoce.

➤ Séparation du couple mère – nouveau-né dans les premières 24h

Dans notre étude, bien que 25 des 30 femmes qui ont allaité dans l'heure qui suit l'accouchement n'ont pas été séparé de leur bébé, l'analyse n'a pas pu établir de lien de corrélation significatif.

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 leur mère, ce qui peut perturber l'unité formée par la mère et le nouveau-né [98] [99].

➤ Terme

Aucune corrélation n'a pu être retrouvée dans notre étude concernant le terme de la grossesse et la mise au sein précoce. On peut néanmoins indiquer que 25 des femmes qui ont pratiqué la mise au sein précoce étaient à terme à l'accouchement.

➤ Sexe

Dans notre étude, la sex-ratio était parfaitement équitable 1/1. Nous n'avons pas trouvé de relation significative entre le sexe des nouveau-nés et la mise au sein précoce.

Ce résultat concorde avec celui de l'enquête périnatale de 1995 [63].

3.6.4. Pratique et connaissances des mères

➤ Expérience d'allaitement antérieur

Ce critère est similaire à la multiparité que nous avons discuté plus haut, dans le sens où la notion d'expérience antérieure d'allaitement est intimement liée au choix du mode d'allaitement et la mise au sein précoce : une femme qui a déjà allaité par le passé lors de ses parités antérieures aura plus tendance à choisir de nouveau l'allaitement maternel, comme l'ont prouvé de nombreuses études [85] [100].

En général, toute expérience d'allaitement antérieure est favorable à l'allaitement du nouveau-né par sa mère : en effet les femmes qui ont soit elles-mêmes été allaitées [101] [102] ou qui ont déjà allaité un de leurs enfants précédemment [103] allaitent plus précocement et plus longtemps que les autres.

De plus, toute expérience positive d'allaitement procure aux multipares une confiance en soi et une efficacité plus importante que chez les primipares. En revanche, si la mère retient un mauvais souvenir d'une expérience précédente, cela se répercutera parfois par un impact négatif sur la confiance en sa capacité à allaiter et entraîne la peur de revivre le même échec.

Blyth et al. [104] ont publié un travail effectué en Australie qui a trouvé qu'une meilleure confiance en soi concernant la capacité d'allaiter faisait en sorte que les mères allaitent plus et plus longtemps.

De même, les femmes ayant dû arrêter prématurément l'allaitement par le passé avaient moins de chance de pratiquer la mise au sein précoce chez leur nouveau-né.

Puisque ce facteur est déterminant dans la pratique saine de l'allaitement, des mesures doivent être prises pour préserver et renforcer la confiance auprès des mères. Blyth a d'ailleurs mis en

place plusieurs stratégies dans ce sens-là en Australie [104]. La recherche d'une expérience antérieure qu'elle soit positive ou négative doit donc toujours être recherchée par les personnels de santé en consultations prénatales, afin d'éliminer ou de prévenir toute anxiété à cet égard, tout en corrigeant les éventuelles idées reçues. De même, il faut s'assurer qu'à la sortie du séjour de maternité la mère ne conserve pas de mauvais souvenirs quant à la mise au sein afin de ne pas développer une anxiété ou crainte lors des grossesses ultérieures.

Dans notre travail, la quasi-totalité des femmes (24) avec un vécu agréable qui ont allaité antérieurement au sein répètent la pratique. En effet, il existe une relation très significative ($p=0,002$) entre l'expérience d'allaitement antérieur de la fratrie par rapport à la mise au sein précoce actuelle. Les femmes qui avaient allaité lors de l'expérience antérieure ont donc plus de chance d'allaiter précocement leurs bébés.

➤ *Durée des tétées*

Concernant la durée des tétées, nous avons trouvé une relation significative de corrélation, 24 nouveaux nés allaitant jusqu'à satiété ($p=0,023$).

➤ *Fréquence des tétées*

En général, la fréquence des tétées est dictée essentiellement par la demande du bébé : c'est lui-même qui va contrôler le rythme et la durée des tétées, tout comme la quantité de lait ingérée [105].

Selon les statistiques de l'Association Internationale De Consultant en Lactation, la fréquence moyenne de tétées par jour durant le premier mois devrait être située entre 8 et 12, soit une tétée toutes les 2 à 3 heures [18]. Cette fréquence est par ailleurs efficace pour assurer une bonne production de lait tout en évitant l'engorgement mammaire, tout comme elle permet d'obtenir un gain du poids rapide chez le nouveau-né [106].

La Haute Autorité de Santé (HAS) quant à elle préconise un allaitement au sein « à la demande » sans le nombre ni la durée précis de tétées. En gros, elle prend en compte les particularités de chaque nouveau-né et ses besoins et recommande donc que la prise de sein se fasse « aussi souvent et aussi longtemps que l'enfant en montre le besoin [106].

Une faible fréquence d'allaitement peut être par contre nocive, la lactation étant un phénomène continu. De ce fait, l'accumulation de lait peut engendrer un engorgement et

toutes ses complications [107]. C'est pour cela qu'il est conseillé d'éviter de donner en même temps un biberon ou la tétine pour ne pas perturber ce rythme.

Quant à notre enquête, la quasi-totalité des femmes soit 27 allaitaient à la demande, ce qui rejoint ce qui a été cité ci-dessus.

➤ **Interventions de soutien des professionnels de la santé**

Concernant les parturientes qui ont réussi à allaiter leurs bébés à la première heure de vie, 23 n'ont pas bénéficié du soutien d'un professionnel de santé, contrairement à ce qui a été décrit dans la littérature. Aucune relation significative n'a pu cependant être établie.

Les interventions de soutien de la part des professionnels de santé auprès des mères pour encourager la mise au sein précoce n'est pas une option, mais un droit reconnu par la convention relative aux droits de l'enfant [108]: « la convention relative aux droit de l'enfant reconnaît à tout enfant le droit inhérent à la vie et vise à assurer leur survie et leur développement. L'allaitement dans l'heure suivant l'accouchement contribue à assurer la survie des enfants. Les femmes ont un droit à cette connaissance et de recevoir le soutien dont elles ont besoin pour commencer l'allaitement».

Les professionnels de la santé devraient identifier durant les consultations prénatales tous les obstacles à l'allaitement notamment. Cela passe aussi bien par un examen des seins que par l'identification de contre-indications à l'allaitement. Il faudra aussi assurer une sensibilisation concernant l'importance de la mise au sein précoce et l'informer du déroulement de la première tétée.

Ainsi, tous les appuis pouvant être fournis par le personnel de santé pour la pratique de la mise au sein précoce doivent être utilisés : initiation et démonstration chez la primipare, disponibilité et proximité du nouveau-né pour la mise au sein, connaissances pratiques pour un meilleur soutien des mères, attitude positive, présence rapprochée des équipes médicales devant tout obstacle... L'exécution et la réussite de ces manœuvres dépendent aussi bien de la formation des professionnels que de leur disponibilité et leur nombre [109] [110].

Le rôle des professionnels de santé est donc primordial dans le choix et le déroulement de l'allaitement. Malheureusement, au Maroc, l'encadrement des mères est encore trop insuffisant. Beaucoup de problèmes restent encore à résoudre pour y remédier, dont on pourra citer le manque d'information lors des consultations prénatales, le débordement du personnel

de santé, son insouciance ou indifférence, le manque de connaissances pratiques ou encore la séparation encore trop longue entre le nouveau-né et la mère, parfois non justifiée.

➤ **Avis du conjoint**

L'avis du conjoint n'a pas été analysé comme étant un facteur significatif dans notre étude.

➤ **Difficultés à l'allaitement**

Lors de notre enquête, nous avons relevé plusieurs difficultés à l'allaitement évoquées par les mères. Parmi celles-ci, on pourra citer : la difficulté de tétée, la fatigue, l'insuffisance de production lactée, un mamelon plat ou rétracté, refus du bébé de téter, crevasses... Nous les étudierons plus en détails dans une partie qui leur sera réservée.

En tout cas, notre analyse ne trouve pas de corrélation entre ces difficultés et la mise au sein précoce. Toutefois, il est important de noter que 20 femmes ayant allaité précocement n'ont pas eu de difficultés.

Nous avons réalisé par la suite une étude statistique par un modèle de régression logistique binaire, suite à quoi nous avons obtenu les résultats suivants :

En analyse univariée, nous avons eu comme facteur protecteur :

- La multipartite avec un $p=0.002$ et $OR=2.1$, IC (1.3,3.5)
- L'expérience antérieure d'allaitement avec un $p=0.003$ et $OR=4$, IC (1.5,10.1)
- Le vécu antérieur d'AM avec un $p=0,003$ et $OR=2$, IC (1.3,4.7)

Et en ce qui concerne les facteurs de risque :

- L'accouchement par voie haute avec un $p=0.021$ OR 0.2 , IC (0.7,0.8)

En analyse multivariée, Seule la voie d'accouchement haute a été obtenue comme facteur de risque de la mise au sein précoce avec un $p=0.024$ et $OR= 0.24$, IC (0.7,0.8)

L'accouchement par voie haute représenterait donc un obstacle à la mise au sein précoce. Ceci peut être expliqué par le fait que la femme qui vient d'être césarisée souffre de complications physiques comme l'asthénie ou la douleur postopératoire limitant sa mobilité et donc rendant le contact avec son nouveau-né plus dur, spécialement pendant les premières heures en post-opératoire. Elle semblerait constituer aussi une barrière mentale rendant l'établissement des premiers liens entre la mère et son bébé plus délicat et difficile.

Cependant, le type d'anesthésie utilisé lors de la césarienne a lui aussi une conséquence directe sur l'initiation de l'allaitement.

L'anesthésie locorégionale (rachianesthésie ou péridurale) maintient les mères éveillées pendant l'accouchement. De ce fait, elles étaient conscientes en post-natal immédiat et pouvaient donner le sein immédiatement à la réception de leur nouveau-né. La difficulté résidait seulement dans la limitation de leur mobilité, vu qu'elles devaient rester allongées ou qu'elles avaient à leur bras des perfusions. Ces soucis peuvent être résolus par une simple assistance de la part des personnels de santé.

Toutefois, et d'après le rapport de L'Anaes, l'analgésie péridurale pendant le travail peut entraîner un retard d'apparition du réflexe de succion, gênant parfois la mise au sein précoce. Mais un soutien adapté offert à la mère serait suffisant pour contourner cet obstacle [111].

En revanche, l'anesthésie générale empêchait bien évidemment toute mise au sein précoce, l'allaitement étant retardé de plusieurs heures après le réveil de la mère.

Parmi les études qui se sont penchées sur ce sujet, nous retrouvons en Australie une enquête datant de 2003 qui a recherché à établir un lien entre mode d'accouchement et retard d'allaitement. Il a été retrouvé que la mise au sein était plus précoce chez les femmes ayant un accouchement par voie basse spontanée que celles qui ont eu besoin d'une extraction instrumentale. Mais les femmes césariées montraient le délai le plus long entre accouchement et mise au sein [112].

Toutefois il est important de signaler que la césarienne n'est pas à elle seule incriminée dans le retard de mise au sein. L'organisation et le protocole établi au sein de chaque hôpital jouent un rôle aussi. Ainsi, une étude comparative entre quatre services de maternité a montré que 60% des femmes césariées présentes dans le service portant le label Hôpital Ami des Bébé ont pu mettre leur enfant au sein dans l'heure suivant l'accouchement contre aucune des femmes césariées dans les trois autres services.

Donc, la réussite ou l'échec de l'allaitement sont à mettre sur le compte de la qualité du soutien global dont bénéficient ou non les mères notamment au moment de la mise en œuvre de l'allaitement, et ce quel que soit la voie d'accouchement, comme le montre cette dernière étude. Il est donc possible de favoriser un démarrage précoce de l'allaitement quel que soit le mode de naissance, et en particulier la voie haute.

D'autant plus que l'allaitement précoce offre les mêmes avantages dans les deux voies d'accouchement, voire même que la mise au sein précoce présenterait de nombreux avantages

chez la femme césarisée : profiter de l'effet anesthésiant pour vivre un moment agréable lors de la première tétée exempt de toute douleur, renforcer le moral de la mère dont l'accouchement ne s'est pas passé comme prévu et la rassurer quant à sa capacité à donner le meilleur d'elle à son enfant [113].

Allaiter après une césarienne revient donc à éprouver les mêmes sentiments et difficultés que dans le cas de l'accouchement par voie basse, avec cependant une asthénie et une douleur plus importantes et une certaine dépendance vis-à-vis de l'entourage. Toutes ces difficultés seront à l'origine de plus de difficultés à prendre soin de son bébé de façon complètement autonome et retarderont la première tétée. Une fois de plus, il faudra donc souligner l'importance des professionnels de santé dans le soutien, la mise en œuvre et l'encouragement à la mise au sein précoce.

4. Difficultés de l'allaitement

Concernant les raisons invoquées par les mères pour justifier l'arrêt précoce de l'allaitement maternel ou l'introduction du lait artificiel elles sont dominées par :

Tableau 29 : Comparaison des difficultés d'allaitement entre les primipares et les multipares

Difficulté	Primipare	Multipare	Pourcentage
Difficultés de téter	34	17	42,3%
Fatigue maternelle	11	16	32,5%
Lait insuffisant	20	14	31,5%
Mamelon plat/rétracté	12	3	10%
Refus du bébé	1	2	5,3%
Crevasses	3	2	4,6%

4.1. Difficultés de téter

Dans notre étude ce critère représente le problème majeur rencontré chez les mères au moment de l'allaitement avec un pourcentage de 42,3% et ceci peut être expliqué par divers

facteurs. Lors de notre revue de la littérature, les principales causes à l'origine des difficultés de téter sont nombreuses. Parmi elles, on retrouve [114]:

- Une hypersensibilité de la tête du nouveau-né si une pression importante a été appliquée sur la tête ;
- La perturbation des reflexes du nouveau-né à cause du biberon qui entraînerait parfois une confusion ;
- Une difficulté à la succion, le sein ne pouvant pas être maintenu pendant longtemps dans la bouche du nouveau-né ;
- Prise de sein interrompue régulièrement par l'enfant ;
- Pas de succion ;
- Œdème des aréoles, parfois observable en cas d'engorgement ou de perfusions importantes pendant le travail.

Devant ces difficultés et ces problèmes possibles, plusieurs solutions peuvent être proposées [114]:

- Contact peau à peau plus prolongé ou au moins préserver une proximité entre la mère et son enfant ;
- Essayer les positions de type « transat » ou de type « madone inversée » ;
- Profiter des moments d'accalmie de l'enfant pour effectuer une présentation du sein avec la main en U ;
- Assurer une posture correcte de la nuque et du dos chez l'enfant et un appui plantaire ;
- Assouplissement des aréoles par contre-pression juste avant la tétée.

4.2. Fatigue maternelle

Selon certaines études, le fait seul de penser que l'allaitement est fatigant peut avoir plus d'impact sur la fatigue de la mère que le fait d'allaiter en lui-même. Cette conviction agirait comme un effet « nocebo » [22].

En 2005, une enquête dans une maternité de la ville de Toulouse en France n'a trouvé aucune différence significative dans le niveau de fatigue éprouvé entre les femmes qui pratiquaient l'allaitement maternel exclusif et celles qui n'allaitaient pas du tout (allaitement artificiel

exclusif). De même, le niveau de fatigue maternel ne changeait pas après le sevrage chez l'enfant [22].

Ceci voudrait dire que les femmes évoqueraient la fatigue comme cause de sevrage précoce car cette raison leur paraît acceptable par la société et leur permet de ne pas se sentir coupables. Il faut toutefois prendre en compte la fatigue psychologique non négligeable qui peut être reliée à la pratique de l'allaitement.

De toute façon, il ne faut pas incriminer l'allaitement seulement pour la fatigue maternelle. Il ne faut pas négliger le rôle joué par l'accouchement, le manque de sommeil et de confort et l'ensemble des soins qui peuvent aussi fatiguer la mère. Selon certaines études, l'allaitement maternel aiderait la mère à dormir mieux et plus longtemps, grâce à la sécrétion d'endorphine et d'ocytocine durant la lactation, ces deux hormones ayant un rôle dans l'augmentation de la durée du sommeil paradoxal [115].

Il faut donc bien informer les mères et les sensibiliser à propos de l'allaitement et sa relation avec la fatigue. Les professionnels de santé doivent bien leur expliquer que la fatigue ressentie ne dépend pas vraiment de l'allaitement en lui-même, et qu'arrêter précocement ce dernier ne diminuera pas leur sentiment de fatigue, qui est tout à fait normal en post-partum et en période d'allaitement.

4.3. L'insuffisance de production lactée

Dans la littérature, la production insuffisante de lait est la première raison et difficulté à l'origine d'un arrêt d'allaitement.

Culturellement, beaucoup de mères et de personnes dans la société pensent qu'il existe une proportion non négligeable de femmes qui ne peuvent pas produire suffisamment de lait quoi qu'elles fassent. Ce préjugé est malheureusement très répandu.

G. Gremmo-Féger, dans son article «Allaitement maternel, l'insuffisance de lait est un mythe culturellement construit » [116], stipule que ce « syndrome » n'était pas très répandu dans les pays où l'allaitement maternel est valorisé. De même, cette croyance n'existait quasiment pas dans le passé lorsque l'allaitement était considéré comme le standard d'alimentation dans les pays occidentaux. Cette expression n'existait d'ailleurs pas avant le début des années 80.

De nombreuses études [117] [118] ont montré que la perception d'une insuffisance de lait semble être la raison majeure amenant les mères à introduire le lait artificiel et/ou à mettre fin

à l'allaitement maternel. Dans l'étude de Kronborg et Vaeth [119], 47% des mères ont présenté un doute concernant la quantité de lait tétée par le bébé, ce qui influence négativement la durée de l'allaitement maternel. Par ailleurs, 35% des mères ont cité cette incertitude comme raison les ayant poussées à utiliser le biberon [22]. Les mères veulent toujours s'assurer que leur nouveau-né ait pris suffisamment de lait.

Une enquête menée en 2012 à la maternité Souissi a trouvé que près d'un tiers des patientes présentent des craintes et anxiétés à la sortie de la maternité. Parmi celles-ci, on retrouve la peur de ne pas produire suffisamment de lait chez 59 % des mères.

Selon notre étude, elle représentait une cause d'arrêt de l'allaitement maternel ou d'introduction du lait artificiel dans 31,5 % des cas.

Les résultats retrouvés dans les études de LEFEBVRE [27] et NINEB [53] sont comparables aux nôtres, l'insuffisance lactée ayant été identifiée comme première cause de sevrage précoce dans respectivement 31,4% et 33,9% des cas.

Malgré que ce chiffre soit impressionnant, l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (Anaes) [102] insiste sur le fait que l'insuffisance lactée physiologique réelle est très rare. Il s'agirait plus d'une impression ou perception liées soit au manque de confiance en soi ou à une mauvaise gestion, pratique et organisation de l'allaitement (rythme de tétées, introduction de compléments, problème de position ou de succion...) [30]. Ajouté à cela le fait que les échecs d'allaitement sont rares dans les pays où l'allaitement maternel est considéré comme l'unique moyen de nutrition chez les nouveau-nés [120].

Parfois, la demande importante de téter du nouveau-né dégage une fausse impression selon laquelle la production de lait est insuffisante et ne rassasie pas le bébé, alors que les besoins des nouveau-nés sont tous simplement élevés parfois [98].

La production lactée insuffisante vraie est donc transitoire et liée en fait à un comportement incorrect d'allaitement. Ceci peut donc être corrigé par une meilleure pratique de la mise au sein. Quant à la perception subjective de manquer de lait, un soutien et un appui peuvent résoudre ce problème de confiance et restaurer à la mère ses capacités à satisfaire les besoins de son nouveau-né [121].

Pour diagnostiquer cette mauvaise impression de production insuffisante de lait, une écoute attentive et un apprentissage adaptés sont nécessaires.

En règle générale, il convient donc de prévenir les mères du risque d'être confrontées à ces difficultés et à insister sur les conseils bénéfiques à un allaitement sain et une production de lait suffisante (se nourrir suffisamment, donner les deux seins, allaiter à la demande, ...). La prévention reste donc la meilleure solution à ce problème, tout comme elle est pour toute la pratique correcte de l'allaitement.

Cela passe aussi bien par une formation des professionnels de santé que par la sensibilisation auprès de la société. Les mères et les familles doivent comprendre que toute agitation ou pleurs ne correspondent pas systématiquement à un apport en lait insuffisant. Parfois il s'agit plus d'une demande d'affection de la part du bébé qui peut être comblée par la « tétée câlin » [122]. De même, ils doivent comprendre que les nourrissons sont capables d'exprimer leur demande au besoin et que la mise au sein doit accompagner leur rythme. Il va de soit qu'il faudra rappeler que l'allaitement maternel reste le meilleur moyen de nutrition pour la croissance et le développement du nourrisson, et qu'aucun complément ne peut le remplacer. Ils doivent aussi être mis au courant de la fréquence élevée de tétées même durant la nuit, pour qu'ils s'attendent bien à cette demande accrue sans imaginer que la mère possède un problème de lactation.

La bonne pratique de l'allaitement ne passe pas seulement par l'information et la connaissance, mais aussi par l'importance de la confiance de la mère en soi. Une étude australienne a trouvé que les mères qui allaitaient le plus à J7 sont celles qui avaient les scores les plus élevés de confiance en soi [96]. Il faudra toujours donc insister sur cet aspect là lors des consultations prénatales de la part des professionnels de santé.

4.4. Mamelon plat/ rétracté

Un lien significatif entre retard de mise au sein et malformation du mamelon (plat ou rétracté) a été établi dans de nombreuses études, dont on citera une effectuée en 1999 à l'université de Californie [123] et une autre au CHU de BREST en France en 2005 [124].

Anatomiquement parlant, l'allaitement n'implique pas seulement le mamelon mais aussi une partie non négligeable de l'aréole [125]. Mais l'impact psychologique négatif de l'existence d'une malformation mamelonnaire sur l'allaitement ne peut être ignoré.

Les femmes présentant ainsi ces atypies doivent bénéficier d'un soutien adapté spécifique de la part des professionnels de la santé, aussi bien durant les consultations prénatales qu'en post-partum immédiat.

4.5. Refus de prise de sein

Il semble lui aussi être une entrave à la bonne poursuite de l'allaitement. Dans notre étude, elle représentait 5,3% des difficultés rencontrées par la mère lors de l'allaitement.

Certaines études [126] [127] trouvent que le refus de téter figure parmi les causes les plus fréquentes du sevrage précoce.

Toutefois, le refus de téter est un problème facilement évitable lorsque qu'un bon encadrement est pratiqué, car les raisons pouvant pousser un bébé à refuser de prendre le sein sont parfois évidentes et résolubles. Parmi les origines du refus de prise de sein, on retrouve [126] :

- La mauvaise prise du sein ;
- Les tétines artificielles ;
- Le biberon, dont le débit est supérieur et nécessite moins d'effort que l'allaitement maternel, d'où leur préférence envers le biberon [128].
- Les mamelons atypiques, difficiles à prendre ;
- L'ankyloglossie (frein de la langue court) pouvant aussi gêner la prise de sein [126].

Hormis ces causes évidentes citées plus haut, les mères rapportent parfois des faux refus de téter : cela est lié au fait qu'elles croient que le nouveau-né doit téter régulièrement à des horaires fixes. Cette mise au sein « forcée » est désagréable et peut entraîner une certaine répulsion pour le sein, qui obligera la mère ou les professionnels de la santé à recourir au biberon parfois pour garantir une nutrition correcte [126]. Ceci découlera sur une aggravation de la situation et engendrera un cercle vicieux.

4.6. Crevasses

On l'a retrouvé comme étant évoquée par 4,6% des femmes interrogées dans notre travail.

Par le caractère douloureux de l'allaitement qu'elles provoquent, les crevasses font parties des principales cause d'abandon d'allaitement dans les premières semaines comme l'ont souligné plusieurs études [129] [130].

Les crevasses peuvent cependant être facilement évitées par l'apprentissage d'une bonne pratique de l'allaitement dans son exécution [130] [131]. Une étude tunisienne [24] a d'ailleurs révélé en effet que les mères avec plus de connaissances pratiques en matière d'allaitement maternel allaitaient mieux et plus longtemps. D'où l'importance d'apprécier et d'améliorer les connaissances des mères, concernant la pratique et leurs attitudes à propos de l'allaitement maternel. Ceci passe donc encore une fois par un bon encadrement des parturientes de la part des professionnels de santé qui, à l'aide de leurs conseils et aide, pourront participer à la promotion et à l'encouragement de l'allaitement maternel exclusif durable.

Comme nous l'avons dit plus haut, donner le sein et produire du lait est un comportement physiologique inné. Le faire correctement ne l'est pas du tout et dépend de plusieurs facteurs notamment géographique et culturel : «Dis-moi comment tu allaites, je te dirai d'où tu viens » [132].

Le problème de crevasses peut donc déjà être résolu par une bonne position du nouveau-né et de la mère ainsi qu'une prise de sein correcte, que nous allons décrire ci-dessous :

Critères d'une prise de sein correcte :

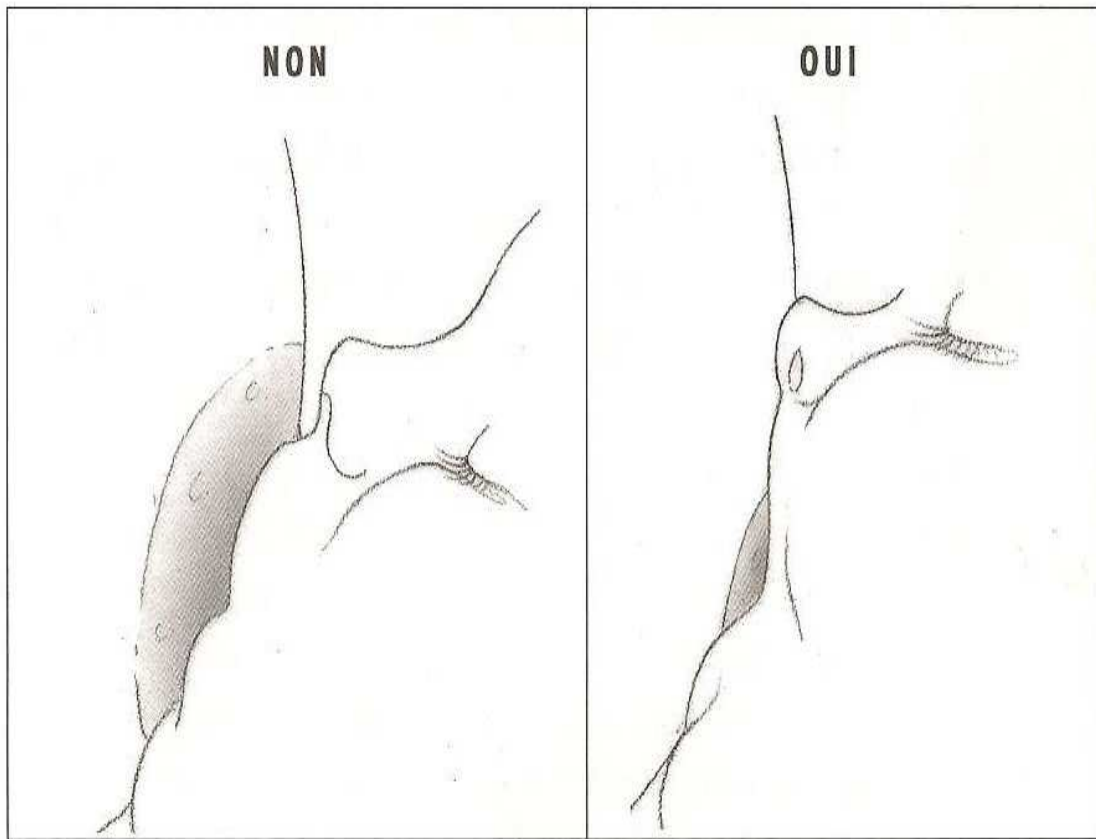
- Le mamelon touche le sein.
- La bouche est grande ouverte.
- La lèvre inférieure est éversée vers l'extérieur.
- Aréole est plus visible au-dessus qu'au-dessous.

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.

Critère d'une bonne succion :

- Succion lente
- Succion profondes avec pauses



Bébé qui suce façon tétine

Le bébé a les gencives serrées.
Éloigné de l'aréole, il prend
« du bout des lèvres ».

Bébé qui tète bien façon sein

Bouche grande ouverte, langue
sous l'aréole, le menton collé au sein,
il prend à pleine bouche.

Figure 54 : La mise au sein : Bébé qui suce façon tétine et qui tète bien façon sein [171]

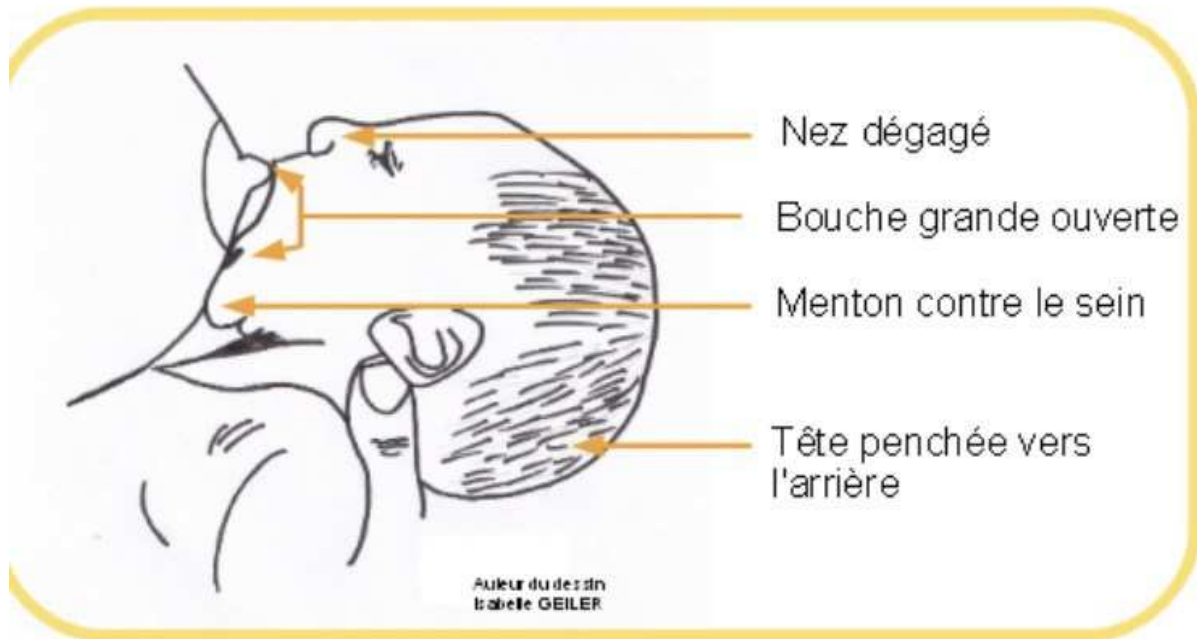


Figure 55 : La position du bébé pour une meilleure prise du sein [172]

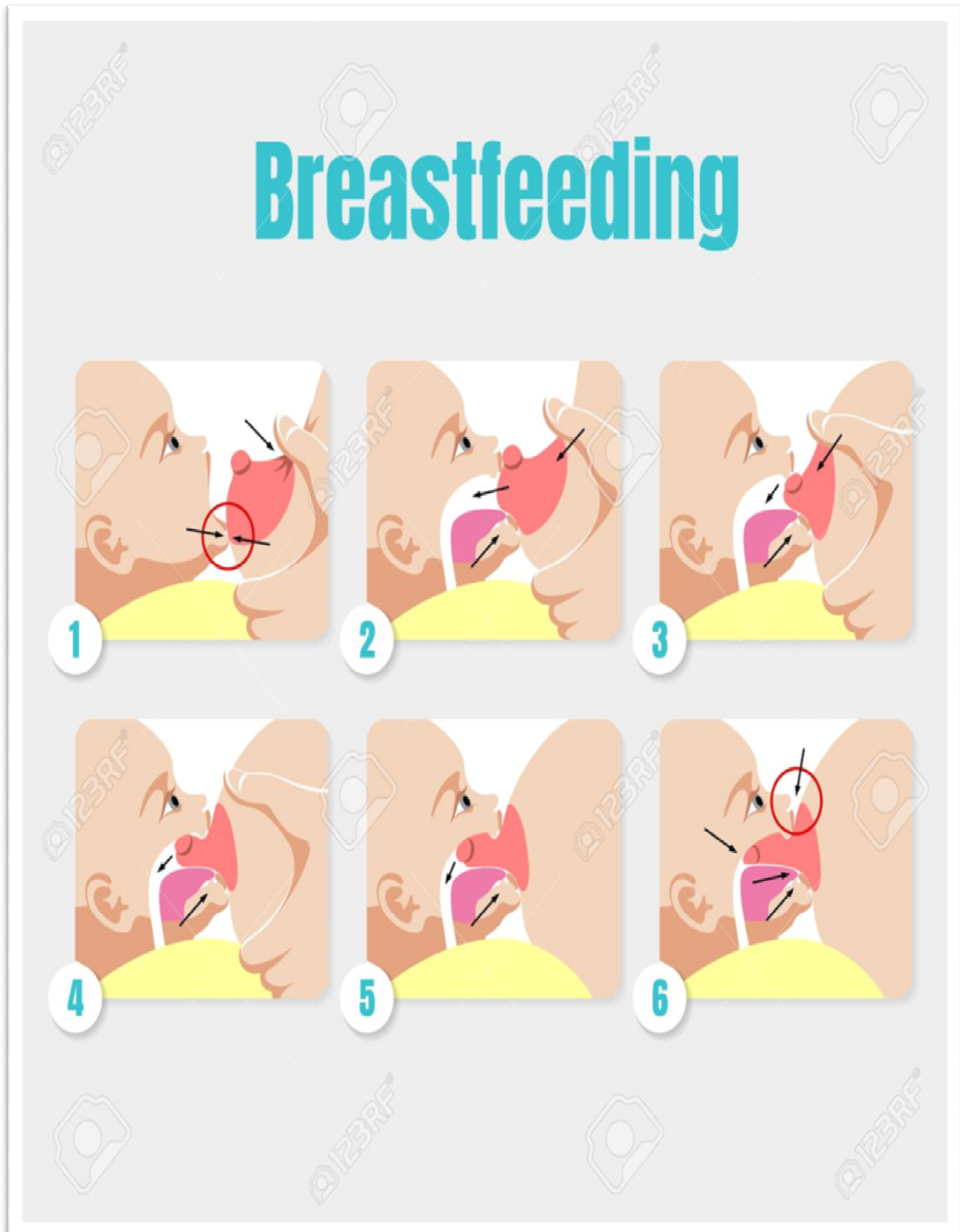


Figure 56 : La mise au sein : pas par pas [173]



Figure 57 : Les différentes positions de l'allaitement maternel [174]

4.7. Travail de la mère

Si différents facteurs intrinsèques et extrinsèques comme la parité, le fait d'avoir déjà allaité ou d'avoir été soi-même allaitée jouent un rôle important dans le choix du type d'alimentation proposée à son enfant [135], ce ne sont pas cependant des déterminants du projet d'allaitement initial. En revanche, le travail des mères constitue un vrai problème à la poursuite de l'allaitement maternel et influence négativement sa durée et le choix de l'introduction du lait artificiel, faits que nous avons trouvés lors de notre revue de la littérature [55] [136] [137] [138] [139].

Dans notre étude, lorsqu'on a interrogé les femmes sur les raisons d'arrêt de l'allaitement maternel ou de l'introduction du lait artificiel, le travail des mères était dans 8% des réponses la cause.

L'activité professionnelle est un obstacle à la bonne pratique de l'allaitement, pour des raisons évidentes d'organisation et d'absence de cadre adéquat. Cependant, il existe des solutions aussi bien techniques qu'organisationnelles pour faciliter l'allaitement des femmes ayant un travail.

Par exemple, la conservation du lait au réfrigérateur après extraction manuelle ou instrumentale (tire-lait) permet à la femme aussi bien de continuer l'allaitement maternel de son enfant que d'éviter les engorgements qui peuvent découler d'une mise au sein insuffisante.

Au niveau organisationnel, il existe au Maroc une loi donnant aux femmes ayant accouché le droit de bénéficier d'un congé de maternité de quatorze semaines remboursable.

Par ailleurs, le code du travail [140] permet aux mères de mettre au sein quotidiennement leur nourrisson durant les heures de travail, à savoir une demi-heure le matin et une demi-heure l'après-midi. Durant ces créneaux rémunérés, la mère peut aussi en profiter pour tirer du lait. Il est aussi important de noter que toute société ou entreprise employant plus de 50 femmes doit disposer d'une «chambre d'allaitement» répondant à des critères précis d'hygiène et de surveillance.

Toutefois, cette législation actuelle n'est toujours pas suffisante pour mettre en œuvre les recommandations de l'OMS et l'UNICEF concernant l'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois. Car si ces textes existent bel et bien, ils ne sont que rarement appliqués correctement

et la quasi-majorité des mères au Maroc ne demandent même pas à en profiter, pour la simple raison qu'elles ignorent totalement leur existence [140].

Le fait que, de nos jours, la femme marocaine s'intègre de façon croissante dans le marché du travail alors que les textes législatifs en vigueur ne permettent qu'une courte durée de congé de maternité explique le recul important du taux de l'allaitement maternel exclusif dans notre pays, remplacé de plus en plus par le lait artificiel.

L'expérience des pays Nordiques, qui présentent parmi les taux d'allaitement maternel les plus élevés au monde, montrent l'importance d'un congé de maternité plus long (2 ans) et mieux rémunéré dans l'entretien de l'allaitement maternel exclusif [141].

C'est pour cela que le gouvernement marocain et la société civile doivent améliorer la législation relative au travail de la femme allaitante tout en s'assurant de son application stricte. En effet, parmi les mesures nécessaires, il faudra allonger le congé de maternité et améliorer sa rémunération, mieux organiser l'emploi de temps partiel, mettre en place des espaces destinés au recueil et à la conservation du lait maternel et assurer des pauses d'allaitement pendant les horaires de travail.

La reprise du travail est une date déterminante dans le projet d'allaitement. En effet, le retour au travail à temps plein à la fin du congé de maternité écourte l'allaitement exclusif et entraîne un sevrage complet précoce. D'où l'intérêt d'un emploi de temps partiel ou d'un congé parental. En plus de la question du retour au travail, la possibilité de prendre un congé parental à temps plein ou partiel doit être mentionnée et expliquée par les différents professionnels lors des consultations [142] [143].

Les professionnels de la santé ont un rôle à jouer dans l'amélioration connaissances des couples, la relation entre travail est allaitement étant encore trop peu abordée lors des consultations, en dépit de son importance.

Pour l'amélioration de la situation concernant l'allaitement, de nombreuses solutions ont été appliquées ou élaborées, et de nombreuses mesures peuvent encore être proposées.

5. Les stratégies d'amélioration et de promotion de l'allaitement maternel

De nombreuses stratégies en faveur de l'allaitement maternel, ont été développées au niveau mondial, et de nombreux pays aussi bien industrialisés qu'en développement y ont adhéré.

Parmi ces stratégies nous insisterons sur l'initiative Hôpitaux amis des bébés (IHAB), lancée en 1991 et actualisée en 2018, dans le but d'assurer une protection, une promotion et un soutien de l'allaitement dans les établissements de maternité.

Initiative hôpitaux amis des bébés (IHAB)

L'IHAB se résume en dix étapes qui jouent un rôle important dans la promotion de la mise au sein précoce et des pratiques d'allaitement optimales pour un allaitement réussi [144].



Dix étapes pour un allaitement réussi

(version actualisée, 2018)

Procédures de gestion d'importance majeure

- 1a. Respecter intégralement le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et les résolutions pertinentes ultérieures de l'Assemblée mondiale de la Santé (le Code).
- 1 b. Adopter une politique écrite relative à l'alimentation des nourrissons et la communiquer systématiquement au personnel et aux parents.
- 1c. Établir des systèmes permanents de surveillance et de gestion des données.
2. Veiller à ce que le personnel possède les connaissances, les compétences et les aptitudes nécessaires pour favoriser l'allaitement.

Pratiques cliniques clés

3. Discuter de l'importance de la gestion de l'allaitement avec la femme enceinte et les membres de sa famille.
4. Faciliter le contact peau à peau immédiat et ininterrompu et aider la mère à commencer à allaiter le nouveau-né le plus tôt possible après la naissance.
5. Aider la mère à entreprendre et poursuivre l'allaitement et à gérer les difficultés courantes.
6. N'offrir aucun aliment ni liquide autre que le lait maternel au nouveau-né allaité au sein, sauf indication médicale.
7. Permettre à la mère et à son nouveau-né de rester ensemble et de pratiquer la cohabitation 24 heures par jour.
8. Aider la mère à reconnaître les signaux du bébé indiquant qu'il a besoin d'être allaité et à y répondre.
9. Conseiller la mère sur les inconvénients des biberons, des tétines et des sucettes.
10. Coordonner la sortie de l'établissement de santé de sorte que les parents et le nourrisson aient accès en temps voulu à un soutien et à des soins continus.

Figure 58 : Dix étapes pour un allaitement réussi, version actualisée, 2018 [144]

Un examen systématique de l'IHAB dans 19 pays a montré que le respect des Dix étapes pour un allaitement réussi énoncées plus haut peut accroître le taux d'allaitement maternel et la mise au sein précoce. C'est pour cela que les directives actualisées de l'IHAB soulignent l'importance d'intégrer les dix étapes à d'autres initiatives pour améliorer la qualité des soins périnataux. De plus, l'IHAB encourage les pays à assurer une couverture universelle et durable des interventions en matière d'allaitement. De ce fait, elle récompense par le label international «ami des bébés» toutes les maternités qui [151]:

- Éliminent la promotion et la fourniture gratuite ou à prix réduit de substituts du lait maternel, des biberons et des tétines (respect du Code OMS de commercialisation des substituts du lait maternel et des résolutions des Assemblées Mondiales de la Santé),
- Enregistrent un taux d'allaitement maternel exclusif de la naissance à la sortie de maternité égal ou supérieur à 75 %.

Au Maroc, devant le problème croissant de l'allaitement maternel à l'échelle nationale, le ministère de la santé a opté pour une stratégie dans le but de promouvoir et soutenir l'allaitement maternel, avec pour objectif améliorer la survie et le développement des enfants grâce à une alimentation idéale.

Les objectifs qui étaient visés et par cette stratégie sont les suivants [145] :

- La mise au sein précoce des enfants, dans la demi heure qui suit l'accouchement, est pratiquée par 80% des femmes;
- L'allaitement maternel exclusif durant les 6 premiers mois.

Pour atteindre ces objectifs, le ministère de la santé s'était basé sur 3 axes principaux :

a- La redynamisation de l'Initiative Hôpitaux Amis de Bébé :

- Faciliter l'hospitalisation en cas de maladie du couple mère/enfant dans les maternités et services de pédiatrie;
- Améliorer les connaissances et pratiques de la communauté en matière d'allaitement maternel et de diversification des aliments;
- Créer dans les lieux de travail un environnement favorable à l'allaitement maternel ;

- Induire l'implication de tous les professionnels de santé du secteur privé (généralistes, pédiatres, gynécologues, sages femmes, pharmaciens, diététiciens,...) dans la promotion de l'allaitement maternel et de la diversification alimentaire :
- La création d'une semaine nationale de promotion de l'allaitement maternel, plus précisément du 22 au 28 juin.

b- Soutien de l'allaitement maternel :

- Pousser les professionnels de santé à soutenir efficacement les femmes enceintes et allaitantes dans la gestion de l'allaitement maternel et de la lactation;
- Impliquer la société civile (ONG, associations, ...) dans l'accompagnement et le soutien des mères allaitantes;
- Impliquer les médias aussi bien audiovisuels que la presse écrite dans la promotion, le soutien et l'accompagnement des femmes qui allaitent.

c- Protection de l'allaitement maternel :

Elle consiste essentiellement en une révision et une vulgarisation du cadre juridique protégeant l'allaitement maternel, tout en veillant à son application :

- Le congé de maternité, actuellement de 14 semaines dans le Code de travail et 12 semaines dans le statut de la fonction publique;
- La disponibilité de locaux favorisant la pratique de l'allaitement maternel dans les lieux de travail et les lieux publics ;
- Renforcer le rôle de la sage-femme qui est le pivot essentiel de la promotion et du soutien de l'allaitement maternel. Elle doit veiller à la préparation, à la mise en marche et au suivi de l'allaitement maternel. Elle doit par ailleurs préparer la future mère à cette pratique durant le suivi de la grossesse, tout comme elle doit examiner les seins afin de repérer les anomalies des mamelons. La sage-femme doit aussi faire de l'IEC en prénatal et insister sur la mise au sein précoce en postnatal.

Même avec toutes ces actions citées plus haut, la situation dans le monde concernant l'allaitement doit encore être améliorée. Ainsi l'OMS propose, après avoir effectué des études récentes sur la pratique de l'allaitement maternel dans le monde, des mesures afin d'encourager l'allaitement maternel en général et la mise au sein précoce.

a- L'éducation à l'allaitement en période prénatale

Le mode d'alimentation du nouveau-né et l'allaitement maternel doivent être évoqué à chaque fois que possible lors des rencontres entre personnels de santé et futures mères. Même les pères doivent être informés sur l'importance capitale de l'allaitement maternel pour qu'ils constituent un soutien à la mère.

Cependant, les consultations prénatales ne sont pas les seuls moyens de promotion de l'allaitement maternel. Elles sont même assez limitées en termes d'impact sur les taux et la durée d'allaitement exclusif. Par contre, la mise en place de programmes structurés avec une approche de groupe ou individuelle, que ce soit en milieu hospitalier ou pas, qui utilisent plusieurs techniques éducatives et interactives (groupe de discussion, cours de préparation à l'accouchement, brochures, vidéo, manuel d'auto-apprentissage) augmentent significativement le taux d'allaitement maternel à la naissance.

Des études ont prouvé que l'expérience positive des mères ayant allaité par le passé a un important impact sur la décision des futures mères. Ce type d'interventions s'appuyant sur les actions d'autres mères en période pré et postnatale est fortement recommandé. Elles sont aussi très efficaces auprès des mères de faible niveau socio-économique ou appartenant à des minorités ethniques. Cette approche peut donc être envisagé au Maroc pour améliorer les taux et durée d'allaitement maternel.

b- Mesures pour la promotion de l'allaitement maternel exclusif

En s'appuyant sur les derniers chiffres obtenus au niveau mondial, l'OMS propose de renforcer cette politique de promotion de l'allaitement maternel exclusif à grande échelle dans l'optique d'atteindre ses objectifs fixés en 2025 [146]. Pour cela, l'OMS, dans le but d'augmenter le taux d'allaitement exclusif en général et au cours des six premiers mois spécifiquement à au moins 50%, recommande d'appliquer les mesures suivantes:

- Relancer, élargir et institutionnaliser l'Initiative «hôpitaux amis des bébés» [147] dans le système de santé grâce à des structures d'appui à l'allaitement exclusif dans les hôpitaux;
- Mettre en place des campagnes de communication propres au contexte local dans le cadre de stratégies communautaires visant la promotion de l'allaitement exclusif ;
- Limiter significativement la commercialisation agressive, abusive et inappropriée des substituts du lait maternel grâce au renforcement de l'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel [148] et améliorer la législation à cet égard;
- Prévoir des congés maternité rémunérés obligatoires de 6 mois et des politiques pour encourager l'allaitement sur le lieu de travail et en public;
- Investir en faveur de la formation et du renforcement des capacités pour la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel.

En plus de cela, plusieurs pays ont pris d'autres mesures pour la promotion de l'allaitement maternel exclusif. On pourra en citer notamment :

- Un engagement politique important aux plus hauts niveaux de décisions élevés [149];
- Des autorités reconnues militant pour l'allaitement [149];
- Un engagement, le respect des recommandations et un soutien des activités des organisations internationales (par exemple l'UNICEF et l'OMS) [149] [150];
- Une coordination efficace entre stratégies de programmes et politiques [149] ;
- Des stratégies de communication efficaces propres à chaque contexte local, au niveau de l'alphabétisation et de la médiatisation ;
- Un financement à long terme approprié et la mobilisation de ressources humaines suffisantes ;
- L'utilisation de données pour adapter les actions au contexte local et établir un suivi des progrès accomplis

c- Mesures pour la promotion de la mise au sein précoce :

Comme nous l'avons souligné plus haut, la mise au sein précoce est un problème particulièrement inquiétant, car elle n'est pas assez pratiquée. Trop de nouveau-nés dans le

monde en général et au Maroc en particulier ne sont pas mis au sein dans l'heure qui suit l'accouchement. D'autant plus que ceci n'est pas seulement faute de moyens matériels, mais aussi à cause d'une qualité de soin parfois inadéquate ou insuffisante. S'ajoutent à cela les césariennes mal indiquées, l'introduction précoce d'aliments et de liquides ou encore les politiques nationales encore insuffisante dans la promotion de la mise au sein précoce.

Pour aider à résoudre ce problème, l'OMS a proposé en 2018 les recommandations pratiques suivantes, bien adaptées et applicables dans les pays en voie de développement et qui se fondent sur le cadre d'interventions stratégiques établi par le Collectif mondial pour l'allaitement maternel en faveur de l'amélioration de l'allaitement [152] :

- 1- Financer suffisamment les actions destinées à renforcer la protection, la promotion et le soutien des programmes d'allaitement, notamment pour des interventions ayant une incidence sur la mise au sein précoce.
- 2- Appliquer l'intégralité du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et prendre des mesures juridiques solides contre les professionnels et établissements de santé qui commettent des écarts, appliquées et contrôlées de façon indépendante par des organisations ne présentant pas de conflits d'intérêts.
- 3- Améliorer la qualité des soins dans les établissements de santé en instituant des actions pratiques systématiques afin d'améliorer non seulement la mise au sein précoce, mais l'allaitement maternel en général aussi [153][154][155][156] :
 - Respecter les Dix conditions pour le succès de l'allaitement citées plus haut ;
 - Appliquer le contact peau à peau et la tétée précoce ;
 - Encourager la cohabitation du nouveau-né avec sa mère 24 heures sur 24 heures ;
 - Respecter et apprendre aux mères la position correcte d'allaitement et de la prise du sein ;
 - Respecter la durée et la fréquence des tétées.

Ceci passe aussi par une formation adéquate aussi bien des personnels de santé que de la société pour améliorer les connaissances et les compétences liées à l'allaitement maternel.

- 4- Améliorer l'accès à des services de conseil qualifiés en matière d'allaitement pour toutes les mères, peu importe le lieu d'accouchement. Les femmes accouchant par césarienne doivent être préparées et conseillées par les professionnels de santé.
- 5- Impliquer la société et la communauté dans la promotion et l'encouragement de l'allaitement maternel, tout en renforçant entre les liens entre les établissements de santé et les collectivités et favoriser les réseaux communautaires qui protègent et soutiennent l'allaitement maternel. Encourager les mères et les familles à réclamer du soutien pour la mise au sein précoce auprès des accoucheurs et leur donner la possibilité d'évaluer et de laisser des commentaires concernant les comportements et les prestations des personnels de santé.
- 6- Mettre en place des systèmes de surveillance pour le suivi de l'évolution des politiques, des programmes et du financement pour l'amélioration du taux de mise au sein précoce. Pour cela, il faudra instaurer par exemple une grille d'objectifs à atteindre au niveau des maternités par exemple, le tout dans le cadre d'une démarche d'amélioration de la qualité.

On ne peut jamais assez insister sur la mise au sein précoce, tant il s'agit d'une intervention primordiale à la survie des nouveau-nés au stade où ils sont le plus fragiles. De plus, une bonne mise au sein précoce est une meilleure garantie à un allaitement maternel exclusif durable et efficace pour garantir une bonne croissance à l'enfant.

Soutenir la mise au sein précoce est donc une cause que tous les acteurs au sein d'un pays doivent défendre, du gouvernement aux mères en passant par les personnels de santé et l'entourage. En effet, l'avenir de tout le pays dépend de la bonne santé de sa jeunesse entres autres, il est donc impératif de faire des mères et de leur nouveau-né une priorité.



Bien que l'allaitement maternel et la mise au sein précoce soient une évidence vu tous les avantages qu'ils présentent pour le nouveau-né et la mère, ils constituent de nos jours un véritable problème de santé au Maroc. En effet, l'estimation la plus récente du taux de mise au sein précoce au Maroc par exemple est de seulement 26,8% en 2010, un chiffre assez alarmant. Nous avons donc, à travers cette thèse, essayé d'évaluer la pratique de l'allaitement maternel en maternité, en déterminant la profondeur du problème et les difficultés rencontrées lors de l'allaitement et en identifiant les facteurs associés à la mise au sein précoce pour une bonne réussite de cette pratique mais aussi les facteurs qui l'entravent.

Dans le but d'apporter des explications et des améliorations à ce sujet, nous avons mené une enquête auprès de 300 couples de mère – nouveau-né. A son issue, nous avons constaté que 79% des femmes ont allaité exclusivement au sein mais seulement 10% ont pu faire bénéficier à leurs bébés la mise au sein précoce.

Lors de notre revue de la littérature et l'analyse de notre étude, nous avons pu constater que le choix, le démarrage et la poursuite de l'allaitement maternel sont influencés par des facteurs individuels, socioculturels, familiaux, professionnels et obstétricaux. Parmi ceux-là, on pourra citer par exemple la multiparité, l'expérience antérieure de l'allaitement et son vécu ou encore la voie d'accouchement qui, dans notre cas, s'est révélée comme étant un facteur de risque à la mise au sein précoce.

Nous avons pu aussi objectiver les différentes difficultés rencontrées lors de l'allaitement maternel et qui sont principalement représentées par la fatigue de la mère, la prise de sein difficile par le nouveau-né et l'insuffisance lactée perçue par les mères.

Par ailleurs, beaucoup d'insuffisances restent à combler en matière des connaissances des mères sur l'allaitement maternel et ses avantages, et tout particulièrement ceux du colostrum, qui peut être considéré comme un véritable vaccin dont chaque nouveau-né doit en bénéficier. Beaucoup trop de mères ignorent encore les bénéfices que peut procurer la mise au sein précoce pour eux et leur nouveau-né : protège de l'hypoglycémie, favorise l'élimination du méconium, diminue le taux de la bilirubinémie néonatale, aide à la prise du poids de l'enfant durant les deux premières semaines, favorise aussi l'involution utérine et prévient des complications de la délivrance...

Le manque de soutien et des premiers gestes lors de la mise au sein, nécessaires à la réussite de cette pratique, est aussi un important problème à résoudre, tout comme le manque d'implication des professionnels de la santé.

Pour y remédier, l'identification des facteurs liés à la pratique de l'allaitement ainsi qu'une meilleure implication et formation des professionnels de santé et de l'entourage sont essentielles pour la promotion de l'allaitement maternel, qui doit être mise en œuvre aussi bien en prénatal qu'en suite de couche et lors des consultations postnatales.

Au terme de ce travail, et compte tenu de l'importance de l'allaitement maternel en général et de la mise au sein précoce spécialement, nous avons pu en tirer quelques recommandations qu'il serait judicieux de suivre afin d'essayer d'améliorer la situation concernant ce problème de santé majeur au Maroc.

- Établir des objectifs précis et essayer de les atteindre au sein des maternités grâce à des stratégies claires et bien structurées fondées sur des facteurs clés identifiés par les différentes études ;
- Former en continu les professionnels de santé en tout ce qui concerne l'allaitement maternel et particulièrement son démarrage précoce en maternité et les sensibiliser quant à l'approche et la politique commerciales parfois agressives qu'utilisent les vendeurs de laits artificiels pour limiter au maximum l'allaitement artificiel abusif.
- Inclure des consultations dédiées à l'allaitement maternel dans les programmes de santé publique et particulièrement lors des consultations prénatales et postnatales. Leur principal but sera d'éduquer et de soutenir les femmes dans le choix de l'allaitement maternel en anténatal, en périnatal et en postpartum précoce et tardif.
- Utiliser les médias et autres moyens de communication pour établir une éducation et sensibilisation plus large du grand public sur l'allaitement maternel et l'importance de la mise au sein précoce à la naissance.
- Réviser certaines pratiques en milieu hospitalier et veiller à apporter un soutien particulier aux femmes ayant accouchée par césarienne.
- Respecter autant que possible l'intégralité des Dix Conditions pour le Succès de l'Allaitement maternel dans les maternités, principe fondamental de « l'Initiative pour

des Hôpitaux Amis des Bébé» et établir un système de récompense en les encourageant par des prix lors de la semaine nationale de l'allaitement maternel.

En conclusion, la situation de l'allaitement maternel est alarmante au Maroc et ce problème est multifactoriel à plusieurs niveaux et différents acteurs en sont responsables. Or cette pratique naturelle qui paraît anodine est pourtant le pilier d'une bonne croissance et d'un bon développement des nouveau-nés, et donc d'une jeunesse en bonne forme physiquement et psychologiquement prête à servir le pays à l'avenir. Pour cela, une stratégie globale doit être suivie au plan national, utilisant tous les moyens d'information, de législation et de contrôle possibles et visant tous les acteurs jouant un rôle dans l'allaitement, des mères aux personnels de santé en passant par les familles et les employeurs.



Résumé

Titre : Pratique de l'allaitement maternel en maternité et facteurs associés à la mise au sein précoce.

Auteur : MEZIANE Lamyae

Rapporteur : Professeur Amal THIMOU IZGUA

Mots clés : Allaitement maternel; Mise au sein précoce; Facteurs associés ; Difficultés ;Promotion.

Objectifs : Evaluer la pratique de l'allaitement maternel en maternité, déterminer la profondeur du problème et les difficultés rencontrées lors de l'allaitement et identifier les facteurs associés à la mise au sein précoce pour une bonne réussite de cette pratique.

Matériel et méthodes : Enquête prospective et descriptive auprès de 300 couples mères - nouveau-nés hospitalisés en suite de couche à la maternité du CHU Ibn-Sina à Rabat. A l'aide d'une fiche d'exploitation, nous avons recueilli les caractéristiques sociodémographiques de la mère, les données sur la grossesse, l'accouchement, les modalités d'alimentation des nouveau-nés, les difficultés rencontrées par la mère pour l'AM et leurs connaissances sur les avantages de l'AM.

L'analyse statistique a été effectuée à l'aide du logiciel SPSS et les résultats comparés par le test de Khi-2 et la régression logistique univariée puis multivariée.

Résultats : 79% des mères ont démarré l'allaitement maternel exclusif mais seules 10% ont pratiqué la mise au sein précoce, qui reste encore trop insuffisamment pratiquée. Parmi les difficultés liées à l'allaitement, nous avons principalement trouvé la fatigue de la mère, la prise de sein difficile et l'insuffisance lactée. Les facteurs significativement associés à la mise au sein précoce en analyse univariée sont la multiparité ($p=0.002$), l'expérience antérieure d'allaitement ($p=0.003$) et son vécu ($p=0,003$), tandis que l'accouchement par voie haute constitue un facteur de risque ($p=0.021$).

Conclusion : Au vu de nos résultats, il s'avère nécessaire de mettre en œuvre des stratégies pour encourager la mise au sein précoce en maternité quel que soit le mode d'accouchement et particulièrement en cas de césarienne.

Abstract

Title : Practice of maternal breastfeeding at the maternity unit and factors associated with early breastfeeding.

Author : MEZIANE Lamyae

Reporter : Professor Amal THIMOU IZGA

Key-words : Breastfeeding ; Early breastfeeding ; Associated factors ; Difficulties ; Promotion.

Objectives : To evaluate the practice of maternal breastfeeding, to determine the depth of the problem and the difficulties encountered during breastfeeding and to identify the factors associated with early breastfeeding for a successful outcome of this practice.

Material and methods : A prospective and descriptive survey of 300 pairs of mother - newborns hospitalized after delivery at the maternity unit of Ibn-Sina Hospital in Rabat. Using an exploitation sheet, we collected the socio-demographic characteristics of the mother, the data on pregnancy, childbirth, the feeding habits of the newborns, the difficulties encountered by the mother for breastfeeding and their knowledge about its benefits.

The statistical analysis is performed by the SPSS software and the results are compared by the Chi-2 test and the univariate and multivariate logistic regression.

Results : 79% of mothers started exclusive breastfeeding, but only 10% practised early breastfeeding, which is still insufficiently practised. Among the difficulties related to breastfeeding, we mainly found the mother's fatigue, difficult breastfeeding and milk deficiency. Factors significantly associated with early breastfeeding in univariate analysis were multiparity ($p = 0.002$), previous breastfeeding experience ($p = 0.003$) and experience ($p = 0.003$), while high birth delivery is a risk factor ($p = 0.021$).

Conclusion : Given our results, it seems that it is necessary to implement strategies to encourage early breastfeeding at maternity units regardless of the mode of delivery and particularly in case of cesarean section.

ملخص

العنوان : ممارسة الرضاعة الطبيعية بمستشفى الولادة و العوامل المرتبطة بالرضاعة الطبيعية المبكرة .

صاحبة الأطروحة : لمياء مزيان

المؤطرة : الأستاذة أمال تهيمو إزكا

الكلمات الأساسية : الرضاعة الطبيعية؛ الرضاعة الطبيعية المبكرة؛ العوامل المرتبطة؛ الصعوبات؛ الترويج .

الأهداف : تقييم ممارسة الرضاعة الطبيعية بمستشفى الأمومة ، تحديد عمق المشكل والصعوبات المواجهة أثناء الرضاعة الطبيعية مع تحديد العوامل المرتبطة بالرضاعة الطبيعية المبكرة من أجل هذه إنجاز الممارسة

الأدوات و الطرق : دراسة استطلاعية و وصفية و تحليلية لـ 300 زوج من الأمهات و المواليد الجدد في وحدة التوليد بمستشفى ابن سينا في الرباط. وذلك باستخدام استبيان تمت بواسطته جمع الخصائص الاجتماعية والديموغرافية للأمهات ، والبيانات المتعلقة بالحمل والولادة والعادات الغذائية للأطفال حديثي الولادة كذلك الصعوبات التي تواجهها الأمهات أثناء الرضاعة ومدى معرفتهم بفوائد الرضاعة الطبيعية .

لقد تم تنفيذ التحليل الإحصائي من قبل برنامج SPSS و مقارنة النتائج من خلال اختبار Chi-2 والانحدار اللوجستيكي أحادي و متعدد المتغير.

النتائج : 79 % من الأمهات قمن بالرضاعة الطبيعية الحصرية ، لكن 10 % فقط منهن استطعن ممارسة الرضاعة الطبيعية المبكرة ، والتي لا تزال تمارس إلى وقتنا هذا بشكل غير كافٍ. أما بالنسبة للصعوبات المتعلقة بالرضاعة الطبيعية ، فقد وجدنا بشكل رئيسي : الإجهاد الشديد للأمهات ، صعوبة الرضاعة بالنسبة للرضيع ونقص نسبة حليب الأم. أما بالنسبة للعوامل المرتبطة بشكل كبير مع الرضاعة الطبيعية المبكرة في التحليل وحيد المتغير نجد تعدد الأطفال ($p = 0.002$) ، التجربة السابقة للرضاعة الطبيعية ($p = 0.002$) وطريقة معيشتها ($P = 0.003$) ، في حين أن الولادة القيصرية تعد عامل خطر بالنسبة للرضاعة ($p = 0.002$).

الخلاصة : في ضوء نتائجنا ، يتبين لنا أنه من الضروري تنفيذ استراتيجيات لتشجيع الرضاعة

الطبيعية المبكرة وذلك بغض النظر عن طريقة الولادة وخاصة في حالة الولادة القيصرية

Fiche d'exploitation

N° dossier :

MERE :

Statut marital : 0 célibataire 1 Mariée

Age : 1 < 18ans 2 18-35ans 3 > 35ans

Origine : 1 Urbaine 2 Rurale

Niveau d'instruction : 0 Analphabète 1 Primaire 2 Secondaire 3 Universitaire

Niveau socio-économique: 1 élevé(>7150 Dhs) 2 moyen (2600-7150Dhs) 3 bas(<2600 Dhs)

Activité professionnelle : 0 Non 1 Oui

Si oui : 1 Ouvrière 2 Fonctionnaire 3 Fonction libérale

Tabagisme : 0 Non 1 Avant la grossesse 2 Pendant la grossesse

Parité : 1 Primipare 2 (2) 3 (>2)

Suivi de la grossesse : 0 Non suivi 1 Suivi régulier 2 Suivi non régulier

Par qui : 1 Sage femme 2 Médecin généraliste 3 Gynécologue

Type de la grossesse : 1 Grossesse monofoetale 2 Grossesse multiple

A-t-on examiné vos seins au moins une fois pendant grossesse ? 0 Non 1 Oui

Femme elle même allaité par sa mère : 0 Non 1 Oui 2 Ne sait pas

Expérience antérieure d'AM : 0 Non 1 Oui

Vécu : 1 Agréable 2 Désagréable

Avis du conjoint : 1 Pour l'allaitement au sein 2 Contre l'allaitement au sein 3 Indifférent

IEC sur l'allaitement maternel : 0 Non 1 Avant la grossesse 2 Pendant la grossesse 3
Après l'accouchement

Par qui : 1 Sage femme 2 Médecin généraliste 3 Gynécologue 4 Autres

Par quels moyens : 1 Discussion 2 Vidéo 3 Brochure 4 Autres

Comment : 1 Individuelle 2 Classe des mères

Conseils reçus : 1 Avantages pour le nné 2 Avantages pour la mère 3 Mise au sein précoce 4
Bonne prise du sein 5 Position du bébé 6 Position de la mère 7 Durée de tétée 8 Tétée à la
demande 9 Comment tirer le lait 10 Conservation du LM 11 AME jusqu'à 6 mois 12 Cohabitation
mère/Nné 13 AM et travail 14 Hygiène des seins 15 Rôle du soutien de l'entourage

Avez-vous reçu un document d'information sur l'AM ? 0 Non 1 Oui

IEC du père : 0 Non 1 oui

Nouveau-né :

Age : Heures

Terme: 0 Prématuré 1 à terme 2 post terme

Sexe : 1 Masculin 2 Féminin

Poids de naissance : 1 <1500g 2 1500-2500g 3 2500-4000g 4 >4000g

Mode d'accouchement : 1 Voie basse 2 Voie haute

Séparation mère/ Nné dans les 24 premières h: 0 Non 2 Oui

Durée: Heures

Alimentation en cours : 1 AM exclusif 2 Allaitement mixte 3 Allaitement artificiel

Mise au sein précoce : 0 Non 1 Oui

Délai : 0 ½ h après l'accouchement

1 Dans l'1h après 2 Dans les 2h après

3 3 à 6 h après 4 6 à 24 h après

5 >24 h 6 N'a pas allaité au sein

Raisons du retard de la mise au sein :

1 Fatigue de la mère 2 Nné dormait 3 Conditions désagréables dans la SA 4

Hémorragie de la délivrance 5 PS lui a interdit 6 Ne sait pas comment 7 Séparation mère – Nné

8 Nné ne criait pas 9 Contre-indication maternelle 10 Refus du Nné

L'intérêt la mise au sein précoce : 0 Ne sait pas 1 Nutritionnel 2 Psychoaffectif 3

Immunité 4 Allergie 5 Avantages pour la mère 6 Protège contre les maladies 7

Croissance du bébé

Administration autre chose que le lait maternel : 0 Non 1 Oui

Si oui : 1 Lait artificiel 2 Eau 3 Verveine 4 Eau sucrée 5 Dattes

Quand ? 1 Avant la 1^{ère} mise au sein 2 Après la 1^{ère} mise au sein

Que pensez-vous du lait des 1ers jours (colostrum) ?

Utile : 0 Non 1 Oui

Durée des tétées : 1 5min 2 10-20 min

3 Jusqu'à satiété 4 Vidange du 1^{er} sein avant de passer au second

Y-a-t-il une position précise du bébé lors de l'AM : 0 non 1 Oui

Y-a-t-il une ou des positions précises que la mère peut adopter lors des tétées?

0 Non 1 Couchée 2 Assise

Position adoptée : 1 Correcte 2 Incorrecte

Précautions d'hygiène lors de l'AM : 0 Non 1 Oui

Si Oui : 1 Lavage des mains à chaque tétée

2 Badigeonnage du mamelon avec une goutte de lait en fin de tétée 3 Toilette des seins

4 Autre

CRITERES DU CHOIX DE L'ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF :

Motivations : 1 Elle a été conseillé par PS 2 Meilleur pour l'enfant 3 Désir du papa 4 Manque de moyens 5 Tradition familiale 6 Sein pratique 7 Intérêt psychoaffectif 8 But contraceptif 9 Elle a été conseillé par entourage 10 Autres

Allaitement 1 A la demande 2 Programmé 3 Le réveille pour l'allaiter

Difficultés à l'AM : 0 Non 1 Oui

Si Oui : 1 Difficultés de tétées 2 Insuffisance de lait 3 Crevasses 4 Mamelon plat ou rétracté 5 Fatigue maternelle 6 Refus du Nné 7 Autres

Sentiment de confiance de la mère en sa capacité à allaiter : 0 Non 1 Oui

Durée prévue de l'AME :

Interventions de soutien pendant l'AM: 0 Non 1 Oui

Par qui : 1 Professionnels de santé 2 Entourage 3 Femmes hospitalisées ayant déjà accouchées 4 Autres

Sevrage : A quel âge pensez vous sevrer votre enfant :

Raisons : 1 Religion 2 Durée suffisante 3 Elle a été conseillée 4 Travail de la mère 5 Psychoaffectif 6 Bénéfique pour mère/ Nné

Utilisation de tétine : 0 Non 1 Oui

Raison : 1 Pratique 2 Source de microbe 3 Angines 4 Refus bébé 5 Refus mère/père

CRITERES DU CHOIX DE L'ALLAITEMENT MIXTE : (EN COURS OU PREVU) :

Motifs :

1 Absence de sécrétion lactée 2 Insuffisance de SL 3 Bébé refuse le sein 4 Elle a été conseillé 5 Fatigue de la mère 6 Crevasses /gerçures 7 Biberon plus pratique 8 But esthétique 9 Expériences négatives antérieures de l'AM 10 Travail de la mère 11 Publicité 12 Il a été prescrit 13 Autres

Proportions :

1 Prédominance du sein 2 prédominance du lait artificiel

CRITERES DU CHOIX DE L'ALLAITEMENT ARTIFICIEL :

Motivations :

1 CI maternelles 2 mamelons rétractés 3Enfant trop faible 4 Expériences négatives antérieures de l'AM 5 Ne sait pas 6 Nné hospitalisé en réanimation 7 Autres

Type d'alimentation a la sortie de maternité:

1 Allaitement maternel exclusif 2 Allaitement Mixte 3 Allaitement artificiel

Connaissances des mères concernant les :

Avantages pour le bébé :

Croissance normale : Oui () Non ()

Prévention des infections : Oui () Non ()

Prévention de l'allergie: Oui () Non ()

Prévention de l'obésité: Oui () Non ()

Diminution du risque d'HTA: Oui () Non ()

Renforce lien mère-enfant : Oui () Non ()

Avantages pour la mère :

Moyen de contraception : Oui () Non ()

Perte de poids plus rapide : Oui () Non ()

Diminue risque de cancer sein et ovaire : Oui () Non ()

Diminue risque d'ostéoporose: Oui () Non ()

Favorise perte poids mère : Oui () Non ()



- [1] A. Lyaghfour, H.Chekli, A.Rjimati, A. Zerrari .Allaitement maternel. Guide pratique à l'usage des professionnels de la santé. , Direction de la Population, Ministère de la Santé, Royaume du Maroc, Avril 2005, 30 p.
- [2] Leïla El Amari, responsable du programme national de nutrition au ministère de la Santé interrogée par le *HuffPost Maroc* www.huffpostmaghreb.com/2017/04/10/maroc-moins-une-femme-sur-trois-allaitement-enfant-exclusivement-sein_n_15914164.html.
- [3] MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE. Enquête nationale sur la population et la santé au Maroc : ENPS-II. 1992.
- [4] 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.
- [5] 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.
- [6] Ministère de la Santé. Enquête Nationale Sur la Population et la Santé Familiale (ENPSF-2011). www.santé.gov.ma.
- [7] I. Bouanene, S. EIMhamdi, A. Sriha, A. Bouslah et M. Soltani. « Connaissances et pratiques des femmes de la région de Monastir (Tunisie) concernant l'allaitement maternel ». *Eastern Mediterranean health Journal* ,2008.
- [8] MICS Algérie 2006 Multiples Indicator Cluster Surveys. Rapport préliminaire OMS, juillet 2006.
- [9] 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.
- [10] GIOVANNINI M, BANDERALI G, AGOSTONIC ET coll. Epidemiology of breastfeeding in Italy. *Adv. Exp. Med. Boil.* Janvier 2001, 501: 529-33.
- [11] PILIOT M. La promotion de l'allaitement maternel dans le nord. *Arch Pédiat.*2001, 8(2) :864-74
- [12] 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.
- [13] 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.

- [14] 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.
- [15] Losch M, Dungy CI, Russell D, Dusdieker LB. Impact of attitudes on maternal decisions regarding infant feeding. *JPediatr* 1995 ; 126(4) :507-14
- [16] « Culture de l'allaitement » en Belgique : qu'en est-il ? http://www.cere-asbl.be/IMG/pdf/7_culture_allaitement_2_def.pdf
- [18] Freed GL, Fraley JK, Schanler RJ. Attitude of expectant fathers regarding breastfeeding. *Pediatrics* 1992 ;90(2) :224-7.
- [19] 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>.
- [20] 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.
- [21] Vendittelli F, Labarche - Manciet C, Grandjean M H. Allaitement et motivations maternelles. *J Gynecology Obstetric Biol Reprod* 1994; 23: 323-9.
- [22] 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>>.
- [23] DUHAMEL JF., BROUARD J. Le rôle protecteur du lait de la mère. *Concours Médical*, 1994 ; 116 : 492-68.
- [24] JA. Scott. Factors associated with the initiation and duration of breastfeeding: a review of the literature. *B Review*, 1999.
- [25] La pratique de l'allaitement maternel au niveau de 3 maternités. Thèse Méd. Rabat : 2011; numéro : 14.
- [26] VENDITTELLI F., ALAIN J., DUFETELLE B. Motivations maternelles pour le choix du mode d'allaitement. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1994; 23:323-9.
- [27] LEBERRE N. Le lait maternel est inimitable. *Dossiers de l'obstétrique* 1994 ; 217: 7.
- [28] Scott JA, Binns CW, Oddy WH, Graham KI. Predictors of breast-feeding duration: evidence from a cohort study. *Pediatrics* 2006; 117:e646—55.
- [29] Infant and young child nutrition, Resolution 2001; n°54.2.

- [30] American Academy of Pediatrics. Section on breastfeeding and the use of human milk.
- [31] 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.
- [32] Shepherd CK, Power KG, Carter H. Examining the correspondence of breast-feeding and bottle-feeding couples' infantfeeding attitudes. / *Adv Nurs* 2000; 31(3):651-60.
- [33] Guerrero ML, Morrow RC, Calva JJ, Ortega-Gallegos H, Weller SC, Ruiz- Pallacios GM, Morrow AL. Rapid ethnographic assessment of breast- feeding practices in periurban Mexico City. *Bull World Health Organ* 1999 ;77(4) :323-30
- [34] KEITH S. Initial management of breast feeding. *Am Family Phys* 2001; 64: 981-8.
- [35] 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.
- [36] MONTGOMRY A. Breastfeeding and post-partum maternal care Primary Care, *Clin office Pract* 2000; 27: 315-26.
- [37] Evidence for the ten steps to successful breastfeeding: Family and Reproductive Health, Division of Child Health and Development, World Health Organization, Geneva ,1998.
- [38] Organisation mondiale de la santé. Santé et développement de l'enfant et de l'adolescent; Allaitement maternel [en ligne], 2010.Disponible sur :<http://www.who.int/child_adolescent_health/topics/prevention_care/child/nutrition/breastfeeding/fr/index.html>.
- [39] M.Thirion. « naissance et première tétée » [en ligne].Santé et allaitement maternel, 2003. Disponible sur : <<http://www.santeallaitementmaternel.com>>.
- [40] J.Gassier, C.de Saint-Sauveur. *Le guide de la puéricultrice* : Elsevier, 2007,1155 p.
- [41] K. Edmond et al. Delayed Breastfeeding Initiation Increases Risk of Neonatal Mortality. *Pediatrics* 2006; 117:380-386.
- [42] Organisation mondiale de la santé. Thème de santé; Allaitement [en ligne] ,2010.Disponible sur :< <http://www.who.int/topics/breastfeeding>>.
- [43] C. Boutet , L. Vercueil , C. Schelstraete , A. Buffin , J.J. Legros. «Oxytocin and maternal stress during the post-partum period ». *Annales d'Endocrinologie*, Juin 2006.Vol 67, N° 3 , pp. 214-223.

- [44] 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
- [45] L. Righard , MO.Alade . Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. Birth 1992; 19:p.185-9
- [46] DJ. Chapman, R.Perez-Escamilla. Does delayed perception of the onset of lactation shorten breastfeeding duration? J Hum Lact 1999; 15:p.107-11
- [47] A. DiGirolamo, N. Thompson, R .Martorell et al. Intention or experience? Predictors of continued breastfeeding. Health Education and Behavior, 2005; 32: 208-26.
- [48] Thirty Fourth Session of the Standing Committee on Nutrition, February 24, 2007. Working Group on Breastfeeding and Complementary Feeding; On WBW 2007 *Save ONE million babies! On behalf of World Alliance for Breastfeeding Action (WABA).*
- [49] Strauch J, Rohrer JF, Refaat A. Breastfeeding among first-time mothers. J Eval Clin Pract.2015; 16(8):111-25.
- [50] HELICOVIEZ M. Postpartum : surveillance clinique, allaitement et ses complications. Rev Prat, 2000 ; 50 : 1817-22.
- [51] Claire-Aurore Doray, Diététicienne-Tabacologue <https://www.passeportsante.net/fr/grossesse/Fiche.aspx?doc=colostrum-premier-lait-maternel> Mai 2017
- [52] ARABI E. Facteurs de promotion de l'allaitement maternel. Étude prospective effectuée à Agadir. Thèse. Med. Casablanca, 2001 ; n°138
- [53] NINEB A. Allaitement maternel : connaissances et pratiques. Enquête effectuée à l'hôpital EL FARABI à Oujda. Thèse Med. Rabat, 1996 ; n°180
- [54] AKHCHICHINE A, HAJJI N. Allaitement maternel : investigation par focus Groupe Août 1990. Ministère de la santé publique, service de lutte contre la malnutrition.
- [55] A. JNIE NE. Situation de l'allaitement maternel à l'hôpital Sidi Lahcen de Temara. Thèse de doctorat en médecine.RABAT : Université Mohammed 5, faculté de médecine et de pharmacie de Rabat, 2005,128 p.
- [56] MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE. Enquête nationale sur la population et la santé au Maroc : ENPS-II. 1992.
- [57] 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.

- [58] Gremmo-Feger G., Dobrzynski M., Collet M. Allaitement maternel et médicaments. J Gynecol Obstet Biol Reprod, 2003; 32, pp466-475.
- [59] BRANGER B., CEBRON M., PICHEROT G. Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes.
- [60] 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.
- [61] CYNTHIA T., ZEMBO M. Breastfeeding Obstet Gynecol Clin Nor Am, 2002; 29: 51-76.
- [62] BRANGER B., CEBRON M., PICHEROT G. Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes. Arch. Pediatr, 1998; 5: 489-96.
- [63] CROST M., KAMINSKI M. L'allaitement maternel à la maternité en France en 1995. Arch Pédiatr, 1998 ; 5 : 1316-26.
- [64] 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.
- [65] MZID A., MARRAKECH F., ELLEUCHS M. La place du lait maternel dans l'alimentation du nourrisson. Rev Magh Ped 1995: 5-6.
- [66] 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.
- [67] AKRE J. Allaitement maternel : prime de fidélité à nous même. Arch Pédiatr, 2000 ; 7 : 549-53.
- [68] 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.
- [69] JOUBAIRI M. Allaitement maternel à Larache. Thèse Méd. Rabat, 1994, n°71.
- [70] JEGU F. Motifs maternels influençant le choix du mode d'allaitement à la maternité de vitré. Thèse Méd. Rennes, 2002 ; n°30.
- [71] A. Barkat*, M. Kabiri, J. Oumina, I. Benbouchta, S. Zniber, M. Mrabet. Facteurs influençants le démarrage de l'allaitement maternel : données marocaines. Arch.Pédiatrie ; 2012 ; 19 ; 209-210.
- [72] Scott J., Binns C. Factors with the initiation and duration of breastfeeding. Review of the literature. Breastfeed Revue 1999, 7.

- [73] 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.
- [74] 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.
- [75] LE MENESTEREL, ANDRE N., COURNELLE MA., MILLER V. Choix de l'allaitement : quelle place pour le pédiatrie. *Arch Pediatr* 1998; 5: 696-7.
- [76] 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.
- [77] 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.
- [78] 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.
- [79] 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.
- [80] 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>>.
- [81] Branger B., Cebron M., Picherot G., de Cornulier M. Facteurs influençant la durée de l'allaitement chez 150 femmes. *Arch Pédiatr* 1998; 5 : 489-96.
- [82] De Flamesnil F., Kohler J., Barot D., Berger F. Etude sur l'alimentation des nourrissons et l'allaitement maternel dans la Somme. *Journal de Pédiatrie et de puériculture*. N°1. 1997.
- [83] Labarère J., Dalia-Lana C, Schelstraete C. et al. Initiation et durée de l'allaitement maternel dans les établissements d'Aix et Chambéry. *Arch Pédiatr* 2001; 8: 807-15
- [84] Ego A., Dubos J.P., Djavadzadeh-Amini M. et al. Les arrêts prématurés de l'allaitement maternel *Arch Fr Pédiatr*2003 ; 10: 11-18.
- [85] 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.
- [86] ISOLAURI., TABVANAIN A. Breastfeeding of allergic infants *J Pediatr* 1999; 134: 27-32.

[87] LEQUIEN P., LAVIOLLE G. Comment élaborer une politique de promotion de l'allaitement. Journée de la Société Française de Médecine Périnatale, 1998: 219-28.

[88] 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.

[89] 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>>.

[90] Les tétées nocturnes, l'allaitement en pratique [en ligne]. 2004. Disponible sur : <<http://www.info-allaitement.org>>.

[91] 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.

[92] 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.

[93] Schneider C. Allaitement en maternité : les difficultés rencontrées. In: Progrès en néonatalogie. 24 journées nationales de néonatalogie. 2004. p. 133–48.

[94] Reniers JR, Peeters RF, Meheus AZ. Breastfeeding in the industrialised world. Review of the literature. Rev Epidemiol Santé Publique 1983; 31(4):375-407.

[95] Branger B, Cebon M, Picherot G. Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes. Arch Pédiatr. 1998;5:489—96.

[96] 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.

[97] 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.

[98] Kornberg H, Vaeth M. The influence of psychosocial factors on the duration of breastfeeding. Scand J Public Health. 2004; 32:210—6.

[99] Reniers JR, Peeters RF, Meheus AZ. Breast-feeding in the industrialised world.Review of the literature. Rev Epidemiol Santé Publique 1983 ; 31(4) :375-407

[100] Lacuisse,Verdier EM,Les déterminants du choix et de la poursuite du mode d'allaitement maternel .Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine 2006.

- [101] L'allaitement maternel exclusif sauve des vies [en ligne]. Octobre 2007. Disponible sur : <<http://www.destinationsante.com/L-allaitement-maternel-exclusif.html>>.
- [102] Infant and young child nutrition, Resolution 2001; n54.2.
- [103] American Academy of Pediatrics. Section on breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics 2012;129:e827-41(PubMed: 22371471).
- [104] 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.
- [105] M.Thirion. « Naissance et première tétée » [en ligne]. Santé et allaitement maternel, 2003. Disponible sur : <<http://www.santeallaitementmaternel.com>>.
- [106] Michael L, Lange L. Provider encouragements of breastfeeding: evidence from a national survey. Obstet gynecol.2001; 97:209-5.
- [107] 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.
- [108] 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.
- [109] Labarere J, Gelbert - Baudino N, Ayras 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.
- [110] 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.
- [111] Organisation mondiale de la santé. Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant, Genève, 2003. Disponible sur : http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/gi_ycf.pdf.
- [112] « Vivre une césarienne et réussir son projet d'allaitement » [en ligne]. Allaiter Aujourd'hui N°65, LLL France, 2005. Disponible sur : <<http://www.lllfrance.org>>.
- [113] 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>>.
- [114] LE BÉBÉ BIEN PORTANT QUI NE TÈTE PAS, QUI DORT OU QUI « REFUSE » LE SEIN. Disponible sur : http://www.nglr.fr/images/naitre/pdf/referentiels/allaitement/Fiche_7.pdf

- [115] groupement des pédiatres strasbourgeois exerçant la réanimation. «L'allaitement fatigue la mère ? ». Le site des pédiatres appartenant à la GPSR, clinique Ste Anne. Décembre 2008. Disponible sur :< <http://www.pediatre-online.fr/allaitement/allaitement-fatigue-la-mere>>.
- [116] Gremmo-Féger G Allaitement maternel, l'insuffisance de lait est un mythe culturellement construit. Spirale-Erès 2003 ; 27 : 45-59.
- [117] Blyth RJ et al. Breastfeeding duration in an Australian population: the influence of modifiable antenatal factors. Journal of Human Lactation, 2004, 20:30-38.
- [118] Taveras EM et al. Opinions and practices of clinicians associated with continuation of exclusive breastfeeding, Pediatrics, 2004, 113:e283-290
- [119] 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.
- [120] Taveras EM et al. Mothers' and clinicians' perspectives on breastfeeding counseling during routine preventive visits. Pediatrics, 2004; 113(5).
- [121] 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
- [122] Loras-Duclaux I. Conseils pratiques aux mères qui souhaitent allaiter. Arch Pédiatr 2000 ; 7 541-8.
- [123] G. Dewey, A. Laurie, N.Rivers, M. Jane Heinig, J. Roberta Cohen. The Department of Nutrition, University of California, Davis. "Risk Factors for Suboptimal Infant Breastfeeding Behavior, Delayed Onset of Lactation, and Excess Neonatal Weight Loss" [en ligne]. PEDIATRICS, Vol. 112 , No. 3 ,September 2003, pp. 607-619.
- [124] 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. Eavailable on line at :< www.sciencedirect.com>.
- [125] L .Righard, MO. Alade. Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. Birth 1992; 19:185-9. Eavailable on line at :<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1472265>>.
- [126] J. NEWMAN. « Quand le bébé refuse de prendre le sein ». La LECHE LEAGUE allaitement et maternage, AOUT 2009, N°26.
- [127] J. NEWMAN . When The Baby Refuses to Latch On [en ligne], January 2005. Disponible sur:< <http://www.mamadearest.ca>>.

- [128] 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>>
- [129] P. Bonnier. Suite de couche pathologique, les complications de l'allaitement [en ligne]. Faculté de médecine de Marseille-Université de la méditerranée, Septembre 2005.
- [130] M. Thirion. « Érosions et crevasses » [en ligne]. Santé et allaitement maternel, 2003. Disponible sur : <<http://www.santeallaitementmaternel.com>>.
- [131] N. Mohrbacher, J. Stock. Le Livre des réponses allaitement maternel [en ligne]. La LECHE LEAGUE : IBCLC, BA, IBCLC, 1997.
- [132] 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.
- [133] Turck D. Propositions d'actions pour la promotion de l'allaitement maternel. Rapport « Plan d'action : allaitement maternel ». Rev Med Nutr 2010 ; 46 :25-47.
- [134] Bourdillon F. Cano N Delarue J. Turck D. Propositions pour le PNNS 2011-2015 des sociétés savantes et d'experts en nutrition. Soc Fr Santé Publ 2010 ; 56-60 <http://sante.gouv.fr/IMC/pdf/Rapport_societes_savantes_et_d_experts.pdf> (dernier accès 23/05/2012)
- [135] Noirhomme-Renard F, Noirhomme Q. Les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de trois mois : une revue de la littérature. J Pediat Puer. 2009;22(3):112-20.
- [136] A. Rjimati, H. Chekli. « Allaitement et état nutritionnel ». In : Ministère de la santé [Royaume du Maroc]. Enquête sur la population et la santé familiale EPSF 2003-2004. Mars 2005, Vol 10, p .133-139.
- [137] A. BARKAT, A. LYAGHFOURI, A. MDAGHRI ALAOUI, N. LAMDOUAR BOUAZZAOUI. « Une réflexion sur l'allaitement maternel au Maroc ». Médecine du Maghreb [en ligne]. juillet 2004. Disponiblesur : <<http://www.santetropicale.com/santemag/maroc>>.
- [138] M. Herzog-Evans. « Aspects juridiques de l'allaitement maternel en France » [en ligne] : RD San Soc 2001 ; 37(2) : 223-40.
- [139] De Flamesnil F., Kohler J., Barot D., Berger F. Etude sur l'alimentation des nourrissons et l'allaitement maternel dans la Somme. Journal de Pédiatrie et de puériculture. N°1. 1997.
- [140] Y. Amrani. « Allaitement maternel, Pratique qui régresse dangereusement » [en ligne]. LE MATIN. Juillet 2006. Disponible sur : < <http://www.lematin.ma>>.

[141] Le congé de maternité est rémunéré dans plus de 120 pays. L'inégalité de traitement des hommes et des femmes dans l'emploi perdure. Communiqué de presse. Organisation internationale du travail. Genève:16 Février 1998.

[142] Haute Autorité de santé (HAS). Préparation à la naissance et la parentalité (PNP). Recommandations professionnelles. Novembre 2005. www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf

[143] Haute Autorité de santé (HAS). Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. 2016. www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf.

[144] SAISIR LE MOMENT, La mise au sein précoce : le meilleur départ dans la vie pour chaque nouveau-né disponible sur le site : https://www.unicef.org/french/publications/files/UNICEF_WHO_Capture_the_moment_EIB_F_2018_Fr.pdf

[145] Ministère de la santé au Maroc

[146] Organisation mondiale de la Santé. Statistiques sanitaires mondiales 2013 (www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2013/en/, consulté le 7 octobre 2014).

[147] World Health Organization. Nutrition. Baby-friendly Hospital Initiative (<http://www.who.int/nutrition/topics/bfhi/en/>, consulté le 7 octobre 2014)

[148] Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1981 (http://www.who.int/nutrition/publications/code_french.pdf, consulté le 6 octobre 2014)

[149] Improving exclusive breastfeeding practices by using communication for development in infant and young child feeding programmes. New York: United Nations Children's Fund; 2010 (<http://www.cmamforum.org/Pool/Resources/C4D-in-EBF-manual-UNICEF-2010.pdf>, consulté le 8 octobre 2014).

[150] Breastfeeding on the worldwide agenda: findings from a landscape analysis on political commitment to protect, promote and support breastfeeding. New York: UNICEF; 2013 (http://www.unicef.org/eapro/breastfeeding_on_worldwide_agenda.pdf, consulté le 7 octobre 2014).

[151] Tout sur IHAB disponible sur le site : <https://amis-des-bebes.fr/tout-sur-ihab.php>

[152] Fondé sur l'appel à l'action du Collectif mondial pour l'allaitement maternel codirigé par l'OMS et l'UNICEF : <https://www.unicef.org/nutrition/files/GBC-Call-to-action-flyer-21.pdf>.

- [153] Organisation mondiale de la Santé, Guideline : protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternal and newborn services, OMS, Genève, 2017, <<http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259386/1/9789241550086-eng.pdf?ua=1>>, consulté en juillet 2018.
- [154] Organisation mondiale de la Santé, Implementation guidance – Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital Initiative, OMS, Genève, 2018.
- [155] Organisation mondiale de la Santé, Quality, Equity, Dignity – A network for improving quality of care for maternal, newborn and child health, Quality of care, <http://www.qualityofcarenetwork.org/network-improve-qoc>, consulté le 17 juillet 2018.
- [156] Organisation mondiale de la Santé, WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience, OMS, Genève, 2018. Résumé analytique en français : Recommandations de l'OMS sur les soins intrapartum pour une expérience positive de l'accouchement – Résumé, <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272434/WHO-RHR-18.12-fre.pdf?ua=1>.
- [156] Rollins, Nigel C., et al., The Lancet Breastfeeding Series Group, « Why invest, and what it will take to improve breastfeeding practices? », The Lancet, vol. 387, 2016, p. 491–504.
- [157] Victora, Cesar G., et al., The Lancet Breastfeeding Series Group, « Breastfeeding in the 21st century: epidemiology, mechanisms, and lifelong effect », The Lancet, vol. 387, 2016, p. 475–490.
- [158] Moore, Elizabeth R., et al., « Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants (Review) », Cochrane Database of Systematic Reviews, no 11, art. no CD003519, 2016.
- [159] Smith, Emily R., et al., « Delayed Breastfeeding Initiation Is Associated with Infant Morbidity », Journal of Pediatrics, vol. 191, 2017, p. 57-62
- [160] Sharma, Indu K., et Abbey Byrne, « Early initiation of breastfeeding: a systematic literature review of factors and barriers in South Asia », International Breastfeeding Journal, vol. 11, no 17, 2016. 42 SAISIR LE MOMENT : LA MISE AU SEIN PRÉCOCE
- [161] Patel, Archana, Anita Banerjee et Amol Kaletwad, « Factors Associated with Prolactal Feeding and Timely Initiation of Breastfeeding in Hospital-Delivered Infants in India », Journal of Human Lactation, vol. 29, no 4, novembre 2013, p. 572–578.
- [162] Alzaheb, Riyadh A., « A review of the factors associated with the timely initiation of breastfeeding and exclusive breastfeeding in the Middle East », Clinical Medical Insights in Pediatrics, décembre 2017.

- [163] Boatin, A.A., et al., « Within country inequalities in caesarean section rates: observational study of 72 low and middle income countries », *British Medical Journal*, BMJ 2018;360:k55.
- [164] Sharma, Indu K., et Abbey Byrne, « Early initiation of breastfeeding: a systematic literature review of factors and barriers in South Asia », *International Breastfeeding Journal* , vol. 11, no 17, 2016.
- [165] Rowe-Murray, Heather, et J.R. Fisher, « Baby Friendly Hospital Practices: Cesarean section is a Persistent Barrier to Early Initiation of Breastfeeding », *Birth*, vol. 21, no 2, 2002, p.124–131.
- [166] Alzaheb, Riyadh A., « A review of the factors associated with the timely initiation of breastfeeding and exclusive breastfeeding in the Middle East », *Clinical Medical Insights in Pediatrics*, décembre 2017.
- [167] Stevens, Jeni, et al., « Immediate or early skin-to-skin contact after a Caesarean section: a review of the literature », *Maternal and Child Nutrition*, vol. 10, avril 2014, p. 456–473.
- [168] Allaitement Impact sur la survie de l'enfant et situation mondiale. Disponible sur : https://www.unicef.org/french/nutrition/index_24824.html
- [169] from the first hour of life. Disponible sur : <https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2016/10/from-the-first-hour-key-findings2016-1.pdf>
- [170] Importance of Colostrum – The first yellow milk. Disponible sur : <http://www.shishuworld.com/colostrum/>
- [171] Livret d'accueil maternité CHU de Grasse disponible sur : http://www.ch-grasse.fr/documents/Offre_de_soins/PoleA/LivretAccueilMaternite.pdf
- [172] Téter efficacement : la prise asymétrique. Disponible sur : <http://mamanlune.com/index.php/2017/09/01/teter-efficacement-la-prise-asymetrique/>
- [173] Correct breastfeeding position, steps. Mother feeds baby with breast. Mom lactation infant milk. By Yulia Ogneva
- [174] <https://breastfeedingbaby.net/positions-and-tips-to-make-breastfeeding-work/>

Serment d'Hippocrate

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

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

قسم أبقراط

بسم الله الرحمن الرحيم

أقسم بالله العظيم

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

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



المملكة المغربية
جامعة محمد الخامس بالرباط
كلية الطب والصيدلة بالرباط



أطروحة رقم: 368

سنة: 2018

ممارسة الرضاعة الطبيعية بمستشفى الولادة و العوامل المرتبطة بالرضاعة الطبيعية المبكرة

أطروحة:

قدمت ونوقشت علانية يوم

من طرف

الآنسة: لمياء مزيلن

المزداة في 03 يناير 1993 بتاوريرت

لنيل شهادة دكتور في الطب

الكلمات الأساسية: الرضاعة الطبيعية؛ الرضاعة الطبيعية المبكرة؛ العوامل المرتبطة؛ الصعوبات؛ الترويج.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة:

رئيسة

السيدة: صباح العمراني

أستاذة في طب النساء والتوليد

مشرفة

السيدة: أمال تهيمو إزكا

أستاذة في طب الأطفال

السيد: سعيد الطاير

أستاذ في طب الأطفال

أعضاء

السيد: سمير بركاش

أستاذ في طب النساء والتوليد

السيدة: نزهة ديني

أستاذة في طب الأطفال