

ANNEE 2016

THESE N° 32

Les pratiques de l'allaitement maternel à la maternité du Centre Hospitalier Mohammed VI à Marrakech

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 22/03/2016

PAR

Mlle.Fatima Ezzahra CHARJI

Née le 16/02/ 1990 à Marrakech

Médecin interne du CHU Mohammed VI

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS CLES

Allaitement maternel-Pratiques-Connaissances-Promotion

JURY

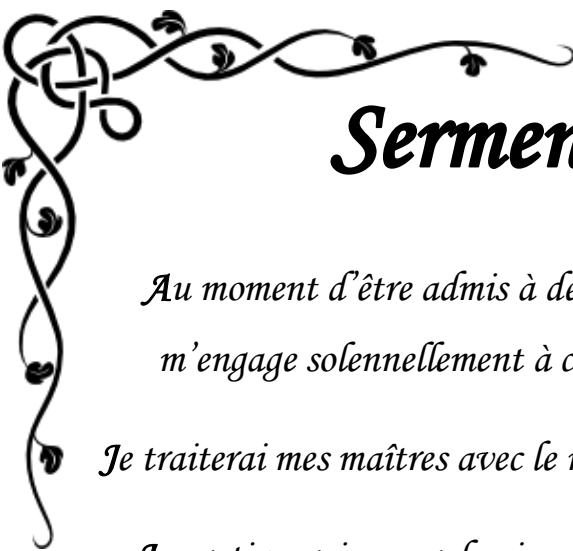
Mr.	M. SBIHI	PRESIDENT
	Professeur de l'enseignement supérieur en Pédiatrie	
Mme.	N. EL IDRISSI SLITINE	RAPPORTEUR
	Professeur agrégée en Néonatalogie	
Mr.	F. MAOULAININE	JUGES
	Professeur agrégé en Néonatalogie	
Mme.	G. DRAISS	
	Professeur agrégée en Pédiatrie	
Mr.	Y.AIT BENKADDOUR	
	Professeur agrégé en gynéco- obstétrique	



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"رب أوزعني أن أشكر نعمتك
التي أنعمت عليّ وعلى والديّ
وأن أعمل صالحاً ترضاه
وأصلح لي في ذريتي
إني تبت إليك وإني من المسلمين"
صدق الله العظيم





Serment d'hypocrate

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.

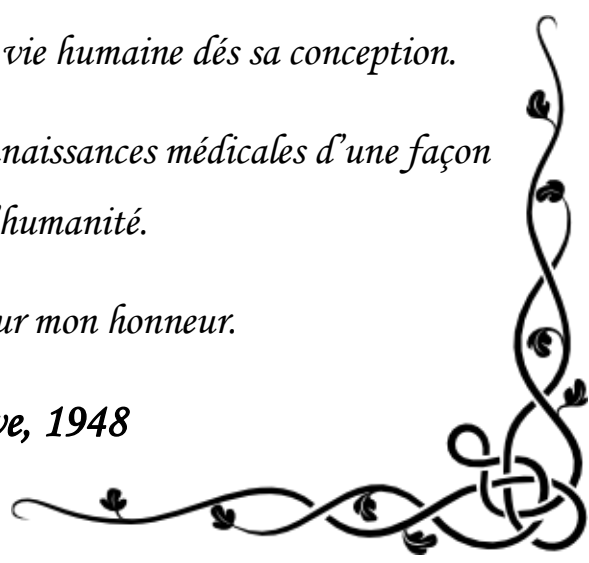
Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948





*LISTE DES
PROFESSEURS*



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyen Honoraire

: Pr Badie Azzaman MEHADJI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

: Pr.Ag. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogique

: Pr. EL FEZZAZI Redouane

Secrétaire Générale

: Mr Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie- obstétrique	FINECH Benasser	Chirurgie – générale
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
AIT-SAB Imane	Pédiatrie	KISSANI Najib	Neurologie
AKHDARI Nadia	Dermatologie	KRATI Khadija	Gastro- entérologie
AMAL Said	Dermatologie	LMEJJATI Mohamed	Neurochirurgie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie- obstétrique B	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie – générale
ASRI Fatima	Psychiatrie	MAHMAL Lahoucine	Hématologie – clinique
BENELKHAIAT BENOMAR Ridouane	Chirurgie – générale	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio-Vasculaire	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie A	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie

CHABAA Laila	Biochimie	NAJEB Youssef	Traumato- orthopédie
CHELLAK Saliha	Biochimie- chimie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	RAJI Abdelaziz	Oto-rhino-laryngologie
DAHAMI Zakaria	Urologie	SAIDI Halim	Traumato- orthopédie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie- réanimation
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	SARF Ismail	Urologie
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	SBIHI Mohamed	Pédiatrie B
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie- obstétrique A/B
ETTALBI Saloua	Chirurgie réparatrice et plastique	YOUNOUS Said	Anesthésie- réanimation
FIKRY Tarik	Traumato- orthopédie A		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato- orthopédie B	EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anésthésie- réanimation	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	FAKHIR Bouchra	Gynécologie- obstétrique A
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	FOURAIJI Karima	Chirurgie pédiatrique B
ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADERDOUR Lahcen	Oto- rhino- laryngologie	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie
ADMOU Brahim	Immunologie	HAOUACH Khalil	Hématologie biologique
AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique A	HAROU Karam	Gynécologie- obstétrique B
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	HOCAR Ouafa	Dermatologie

AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie- obstétrique A	JALAL Hicham	Radiologie
AIT ESSI Fouad	Traumato- orthopédie B	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique B
ALAOUI Mustapha	Chirurgie- vasculaire périphérique	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie- réanimation
AMINE Mohamed	Epidémiologie- clinique	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AMRO Lamyae	Pneumo- phtisiologie	KOULALI IDRISSE Khalid	Traumato- orthopédie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie -Virologie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
BAHA ALI Tarik	Ophtalmologie	LAKMICH Mohamed Amine	Urologie
BASRAOUI Dounia	Radiologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
BASSIR Ahlam	Gynécologie- obstétrique A	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BELKHOU Ahlam	Rhumatologie	MADHAR Si Mohamed	Traumato- orthopédie A
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie - orthopédie B	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BENJILALI Laila	Médecine interne	MEJDANE Abdelhadi	Chirurgie Générale
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie - réanimation
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo- phtisiologie	MOUFID Kamal	Urologie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie- obstétrique B	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BOUKHIRA Abderrahman	Toxicologie	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BOURRAHOUAT Aicha	Pédiatrie B	NEJMI Hicham	Anesthésie- réanimation
BOURROUS Monir	Pédiatrie A	NOURI Hassan	Oto rhino laryngologie
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
CHAFIK Rachid	Traumato- orthopédie A	QACIF Hassan	Médecine interne
CHAFIK Aziz	Chirurgie thoracique	QAMOUSS Youssef	Anesthésie- réanimation

CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RABBANI Khalid	Chirurgie générale
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	RADA Noureddine	Pédiatrie A
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
EL HAOURY Hanane	Traumato- orthopédie A	ROCHDI Youssef	Oto-rhino- laryngologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie- réanimation	SORAA Nabila	Microbiologie – virologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	TASSI Noura	Maladies infectieuses
EL BARNI Rachid	Chirurgie- générale	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie – virologie
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie B	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL IDRISSE SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZIADI Amra	Anesthésie – réanimation
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale		

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	FAKHRI Anass	Histologie- embryologie cytogénétique
ADALI Nawal	Neurologie	FADIL Naima	Chimie de Coordination Bioorganique
ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	GHAZI Mirieme	Rhumatologie
AISSAOUI Younes	Anesthésie – réanimation	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie – Embryologie – Cytogénétique
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses
ALJ Soumaya	Radiologie	KADDOURI Said	Médecine interne

ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BELBACHIR Anass	Anatomie- pathologique	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MARGAD Omar	Traumatologie - orthopédie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie -Réanimation	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-Rhino - Laryngologie
BENHADDOU Rajaa	Ophtalmologie	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BENLAI Abdeslam	Psychiatrie	NADOUR Karim	Oto-Rhino - Laryngologie
CHRAA Mohamed	Physiologie	OUBAHA Sofia	Physiologie
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino - Laryngologie	OUEIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
DIFFAA Azeddine	Gastro- entérologie	SAJIAI Hafsa	Pneumo- phtisiologie
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL HAOUATI Rachid	Chiru Cardio vasculaire	SERGHINI Issam	Anesthésie - Réanimation
EL HARRECH Youness	Urologie	SERHANE Hind	Pneumo- phtisiologie
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZARROUKI Youssef	Anesthésie - Réanimation
EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie Thoracique



DÉDICACES





A MA TRÈS CHÈRE ET ADORABLE MÈRE :

Aucune dédicace ne saurait exprimer la profondeur de ma reconnaissance, parce que je te dois ce que je suis. Tu m'as donné la vie, tu m'as élevée, tu m'as comblée de ton amour et de ta tendresse. Il me faudra plus que les mots pour exprimer mon amour. Je t'aime, maman, plus que tout dans ce monde. Tu m'as rendu heureuse lorsque tu m'as remontée le moral, en me faisant oublier les problèmes de vie, tu m'as conseillée du courage pour battre surtout pour ne pas m'affaiblir devant les banalités de la vie, comme tu les appelles, et je savais si quelque chose m'arrivait, tu seras là et toujours à mes côtés, et c'est avec ta présence et ton soutien, que j'ai dû surmonter des longues années d'étude.

Dans ce travail modeste que je te dédie, j'espère que tu trouveras le fruit de ton amour, de ta tendresse et de ta patience, et en ce jour, je souhaite réaliser l'un de tes rêves et que tu seras fière de moi.

Ma très chère Maman, je t'aime très fort et je t'aimerai toujours. Puisse Dieu tout puissant vous protéger, vous procurer longue vie, santé et bonheur, afin que je puisse te rendre un minimum de ce que je te dois. J'espère que tu seras toujours fière de moi.

Je t'aimerai jusqu'à la fin de mon existence



A LA MEMOIRE DE MON TRÈS CHER PÈRE

Tous les mots du monde ne sauraient exprimer l'immense amour que je te porte, ni la profonde gratitude que je te témoigne pour tous les efforts et les sacrifices que tu n'as cessé de consentir pour mon instruction et mon bien être jusqu'au dernier jour de ta vie. Merci pour tes sacrifices le long des années. Sans ton honorable éducation, je ne saurais arriver où je suis. Grace à toi, j'ai appris tout ce qu'il me faut pour y arriver à ce stade : la discipline, l'honnêteté, et beaucoup de valeurs qu'il me faut un ouvrage pour les citer. J'espère rester toujours digne de l'estime que tu m'as toujours donné.

Que Dieu, le tout puissant, vous couvre de sa Sainte miséricorde.

A MES GRANDS PARENTS :

Je vous dédie ce travail en reconnaissance pour votre amour et gentillesse inégale. Vous étiez à mes côtés par vos prières et vos cœurs. Que Dieu tout puissant vous protège et vous accorde longue vie.



A MES TRÈS CHERS FRÈRES ET SOEURS :

Je vous suis toujours reconnaissante pour votre soutien moral que vous m'avez accordé tout au long de mon parcours. Vous avez toujours cherché mon plaisir et mon sourire dans les moments les plus difficiles de ma vie. Je vous dédie ce travail en témoignage de tout ce que je ressens pour vous, qu'aucun mot ne le saurait exprimer. Puissions nous rester unis dans la tendresse et fidèles à l'éducation que nous avons reçue. J'implore Dieu qu'il vous apporte tout le bonheur et toute la réussite et vous aide à réaliser tous vos rêves. Je vous adore.

A MA CHÈRE COUSINE GHEZLANE KERMACHI ET SA FAMILLE

Tous les mots du monde ne sauraient exprimer l'immense amour que je vous porte, ni la profonde gratitude que je vous témoigne pour tous ce que vous n'avez cessé de me donner. Je vous dédie ce modeste travail qui est avant tout le votre, en vous souhaitant une vie pleine de bonheur de réussite et de bonne santé.

A MES TRÈS CHERS ONCLES, TANTES, COUSINS ET COUSINES

Pour tous les forts moments que nous avons passés ensemble, je vous dédie ce modeste travail en vous souhaitant beaucoup de bonheur et de réussite. Je ne peux pas vous citer tous, car les pages ne le permettraient pas, et je ne peux pas vous classer en ordre, car vous m'êtes tous chers.

*A MES TRÈS CHÈRES AMIES D'ENFANCE : SALOUA, SAMIRA ET
ABICHA :*

Avec toute mon affection, je vous souhaite tout le bonheur et toute la réussite. Que ce travail soit l'expression de mon profond attachement et de mes sentiments les plus sincères. J'implore Dieu qu'il vous apporte tout le bonheur et toute la réussite et vous aide à réaliser tous vos rêves. Je vous adore.

A TOUTES MES TRÈS CHÈRES AMIES

Merci de partager avec moi la difficulté mais surtout le bonheur d'étudier la médecine ; avec toutes mes prières d'une longue vie pleine d'amour, de bonne santé et de réussite je vous dédie ce modeste travail.

*A TOUS MES ENSEIGNANTS DU PRIMAIRE, SECONDAIRE, ET DE LA
FACULTE DE MEDECINE DE MARRAKECH*

Aucune dédicace ne saurait exprimer le respect que je vous apporte de même que ma reconnaissance pour tous les sacrifices consentis pour ma formation, mon instruction et mon bien être. Puisse Dieu tout puissant vous procurer santé, bonheur et longue vie.

*A TOUS MES COLLEGUES, CONFRÈRES ET ENSEIGNANTS DE LA
FACULTE DE MEDECINE DE MARRAKECH*

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHÈRES ET QUE J'AI OMI DE LES CITER.

AUX FEMMES ALLAITANTES

Je vous dédie ce travail modeste.....

Cette thèse



REMERCIEMENTS



A

MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

PROFESSEUR MOHAMED SBIHI

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous avez fait en acceptant de présider notre jury. Nous vous remercions de votre enseignement et nous vous sommes très reconnaissants de bien vouloir porter intérêt à ce travail. Nous avons bénéficié, au cours de nos études, de votre enseignement clair et précis. Votre gentillesse, vos qualités humaines, votre modestie n'ont rien d'égal que votre compétence. Veuillez trouver ici, Professeur, l'expression de nos sincères remerciements.

A

MON MAITRE ET RAPPORTEUR DE THESE

PROFESSEUR NADIA EL IDRISSI SLITINE

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de nous confier ce travail. Nous vous remercions de votre patience, votre disponibilité, de vos encouragements et de vos précieux conseils dans la réalisation de ce travail.

Votre compétence, votre dynamisme et votre rigueur ont suscité en nous une grande admiration et un profond respect. Vos qualités professionnelles et humaines nous servent d'exemple. Veuillez croire à l'expression de ma profonde reconnaissance et de mon grand respect.

A

MON MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE

PROFESSEUR FADL MRABIH RABOU MAOULAININE

Votre présence au sein de notre jury constitue pour moi un grand honneur. Par votre modestie, vous m'avez montré la signification morale de notre profession. Qu'il me soit permis de vous présenter à travers ce travail le témoignage de mon grand respect et l'expression de ma profonde reconnaissance.

A

MON MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE

PROFESSEUR GHIZLANE DRAISS

Nous sommes infiniment sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de siéger parmi notre jury de thèse. Nous tenons à exprimer notre profonde gratitude pour votre bienveillance et votre simplicité avec lesquelles vous nous avez accueillis. Veuillez trouver ici, cher Maître, le témoignage de notre grande estime et de notre sincère reconnaissance.

A

MON MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE

PROFESSEUR YASSINE AIT BENKADDOUR

Nous vous remercions de nous avoir honorés par votre présence. Nous vous remercions de votre enseignement et nous vous sommes très reconnaissants de bien vouloir porter intérêt à ce travail. Vous avez accepté aimablement de juger cette thèse. Cet honneur nous touche infiniment et nous tenons à vous exprimer notre profonde reconnaissance.

Veuillez accepter, cher maître, dans ce travail l'assurance de notre estime et notre profond respect.



ABRÉVIATIONS



LISTE DES ABREVIATIONS :

ACTH	:	Adrenocorticotrophic hormone
AM	:	Allaitement maternel
CHU	:	Centre Hospitalier Universitaire
ENPS	:	Enquête nationale sur la population et la santé
IgAs	:	Immunoglobulines A de type sécrétoire
IHAB	:	initiative hôpitaux amis des bébés
LA	:	Lait artificiel
LM	:	Lait maternel
NN	:	Nouveau né
Nrss	:	Nourrisson
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
TRH	:	Thyrotropin releasing hormone
UNICEF	:	United Nations international children's emergency fund devenu United Nations children's fund (fonds international de secours à l'enfance des Nations Unies, devenu fonds des Nations Unies pour l'enfance)



Plan



INTRODUCTION	1
OBJECTIFS	4
POPULATION ET METHODES	6
RESULTATS ET ANALYSE	10
I– PROFIL SOCIO–ECONOMIQUE ET BIODEMOGRAPHIQUE DES MERES INTERROGEES.....	11
1– L’age des mères	11
2– L’origine des mères.....	11
3– La parité	11
4– Le Travail de la mère.....	12
5– Le Niveau socio économique.....	12
6– Le Niveau d’instruction.....	13
II– CARACTERISTIQUES DE LA GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT.....	13
1– Le Suivi de la grossesse.....	13
2– Le Terme de la grossesse.....	14
3– Les Modes d’accouchement	14
4– La Séparation du nouveau né de sa maman	15
III– CONNAISSANCES ET PRATIQUES DES MERES EN MATIERE DE L’ALLAITEMENT	15
MATERNEL	
1. Le taux de l’allaitement maternel à la maternité.....	15
2. L’Existence d’un enfant allaite précédemment.....	16
3. La Durée de l’allaitement maternel exclusif	16
4. La Durée totale de l’allaitement maternel	17
5. La Sensibilisation concernant l’allaitement maternel.....	18
6. l’Allaitement maternel	20
7. Le colostrum.....	23
8. les Caractéristiques des tétées	23
9. Les Liquides administrés aux bébés.....	25
10. L’utilisation de tétine ou biberon.....	26
11. L’introduction des aliments de complément	26
12. Les avantages de l’allaitement maternel.....	28
13. Les inconvénients de l’allaitement maternel	29
IV– ETUDES analytique DES FACTEURS INFLUENCANTS LA PRATIQUE DE L’ALLAITEMENT	30
MATERNEL	
DISCUSSION.....	37
I– AVANTAGES DE L’ALLAITEMENT MATERNEL.....	38
1–Pour l’enfant	38
2–Pour la mère.....	46
3–Pour la société.....	47

II- EVOLUTION DE LA PRATIQUE DE L'AM	48
1- La valeur symbolique du lait maternel.....	48
2- La signification de la première tétée ou du colostrum.....	48
3- L'évolution dans les pays développés.....	49
4- L'évolution dans les pays en voie de développement.....	51
5- La situation au Maroc.....	52
III- FACTEURS INFLUENÇANT LES PRATIQUES DE L'ALLAITEMENT MATERNEL.....	53
1-Facteurs socio-économiques et biodémographiques.....	53
2-Caractéristiques de la grossesse et accouchement.....	57
IV- CONNAISSANCES ET PRATIQUES DES MERES EN MATIERE D'ALLAITEMENT MATERNEL	60
ET DIETETIQUES INFANTILES.....	
1-Allaitement maternel	60
2-Diversification alimentaire	63
3-Sevrage des bébés.....	66
V- PROMOTION DE L'ALLAITEMENT MATERNEL.....	69
1-Les trois règles d'or pour réussir l'allaitement maternel.....	69
2-Initiative hôpitaux amis des bébés	74
3-Recommandation locales.....	77
CONCLUSION.....	80
RESUMES	82
ANNEXES	86
BIBLIOGRAPHIE.....	90



INTRODUCTION



L'allaitement maternel (AM) est la suite naturelle de la grossesse, il permet une période de transition douce pour l'enfant et la mère où ils tissent des liens forts. Le lait maternel est, non seulement, l'alimentation idéale du nouveau-né, mais aussi, un intense plaisir partagé par la mère et l'enfant. Ainsi le Coran le recommande pendant deux ans et il sacralise le lien lacté à tel point de considérer comme frères et sœurs des enfants ayant tété le lait de la même femme interdisant le mariage entre eux, et stipule un certain nombre de lois pour protéger les droits de la femme allaitante.

Selon la définition de l'OMS [1] :

- Le terme allaitement maternel est réservé à l'alimentation du nouveau-né ou du nourrisson par le lait de sa mère ;
- L'allaitement est exclusif lorsque le nouveau-né ou le nourrisson reçoit uniquement du lait maternel à l'exception de tout autre ingestat, solide ou liquide, y compris l'eau.
- L'allaitement est partiel lorsqu'il est associé à une autre alimentation comme des substituts de lait, des céréales, de l'eau sucrée ou non, ou toute autre nourriture. En cas d'allaitement partiel, celui-ci est majoritaire si la quantité de lait maternel consommé assure plus de 80 % des besoins de l'enfant ; moyen si elle assure 20 à 80 % de ses besoins et faible si elle en assure moins de 20 % ;
- la réception passive (par l'intermédiaire d'une tasse, d'une cuillère, d'un biberon) du lait maternel exprimé est considérée comme un allaitement maternel même s'il ne s'agit pas d'un allaitement au sein.

En raison du manque de consensus dans la littérature, l'adjonction de vitamines ou de sels minéraux n'a pas été prise en compte dans les définitions. Le sevrage correspond à l'arrêt complet de l'allaitement maternel. Le sevrage ne doit pas être confondu avec le début de la diversification alimentaire.

Malgré que l'accord est unanime quant à la supériorité du lait maternel, les études réalisées concernant la situation de la pratique de l'allaitement maternel au Maroc ont révélé le recul de cette pratique [2,3,4]; ces données ont été le point de départ de toute une série d'actions et de réflexions sur la question et ont amené les responsables en matière de santé maternelle et infantile au niveau

du Ministère de la Santé à décider en 2004 d'élaborer une stratégie nationale pour la promotion de l'allaitement maternel et aussi de bonnes pratiques en matière d'alimentation de l'enfant conformément aux directives de la stratégie mondiale d'alimentation du nourrisson et de l'enfant lancée en 2004 par l'OMS et l'UNICEF [5].

Plus les connaissances se développent et plus le lait de femme apparaît comme le mieux adapté aux besoins du nourrisson.

*OBJECTIFS DE
L'ETUDE*

- **Objectifs primaires :**

- ✓ Evaluer les pratiques de l'allaitement maternel à la maternité du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Mohamed VI à Marrakech.
- ✓ Calculer le taux de l'allaitement maternel à la maternité du CHU Mohamed VI à Marrakech au moment de l'étude.

- **Objectifs secondaires :**

- ✓ Etudier le profil socio-économique et biodémographique des mères ayant accouché à la maternité du CHU Mohamed VI à Marrakech.
- ✓ Evaluer les connaissances des mères concernant les avantages de l'allaitement maternel.
- ✓ Etudier leurs prévisions concernant le sevrage et la diversification alimentaire.

*POPULATION ET
METHODES*

I. TYPE DE L'ETUDE

Il s'agit d'une enquête descriptive et analytique prospective s'étalant du 21/04/2014 au 31/07/2014.

II. CADRE DE L'ETUDE

Le CHU Mohammed VI se compose de quatre hôpitaux et un Centre d'Hématologie-Oncologie d'une capacité de 1548 lits dont :

- ✚ IBN TOFAIL à vocation médico-chirurgicales d'une capacité de 409 lits ;
- ✚ IBN NAFIS à vocation principalement psychiatrique d'une capacité de 220 lits.
- ✚ MERE -ENFANT à vocation gynéco-obstétricale et pédiatrique d'une capacité de 247 lits.
- ✚ Le Centre d'Hématologie-Oncologie : 86 lits.
- ✚ L'Hôpital AR-RAZI: 586 lits.

Nous avons mené cette étude à la maternité du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) qui dessert toute la population du sud marocain, c'est la plus grande maternité en Afrique avec plus de 13182 accouchements enregistrée en 2014.

Il est rattaché à un service de réanimation néonatale de niveau III pour les nouveau-nés qui présentent des pathologies sévères nécessitant une hospitalisation.

III. Population cible

La population cible était représentée par 210 couples « mères- nouveau-né » ayant séjourné à la maternité du CHU Mohammed VI à Marrakech pendant la période de l'étude.

IV. Collecte des données

Les données ont été collectées à travers un questionnaire de 23 questions, et comportant des questions à choix multiples et des questions à réponse libre (Annexe 1).

V. Les critères d'inclusion :

Les couples (mères–nouveau-né) hospitalisés à la maternité du CHU de Marrakech.

VI. Les critères d'exclusion :

- ✚ Les femmes ayant séjourné au service de réanimation
- ✚ Les femmes dont le nouveau- né est hospitalisé en réanimation néonatale et celles dont le nouveau-né est décédé.

VII. Variables étudiées

- Le profil socioéconomique et biodémographique des mères : l'âge, le niveau d'instruction, la profession, la parité et le niveau socio-économique en adoptant les critères relatifs à l'exercice d'une activité professionnelle qui sont la profession principale, l'activité économique principale et le statut socioprofessionnel.
- Les caractéristiques de la grossesse et de l'accouchement : le mode d'accouchement et le suivi de la grossesse.
- Les connaissances et pratiques des mères concernant l'allaitement maternel et la diététique infantile : le délai entre l'accouchement et la première tétée, le nombre et la durée des tétées, les autres liquides administrés, la durée d'allaitement maternel, l'âge de diversification et du sevrage des enfants précédents, et les connaissances des mères concernant les avantages du lait maternel.
- la sensibilisation des mères en matière d'allaitement maternel durant la grossesse et après l'accouchement.

VIII. Limite de l'étude

- Manque de suivi après la sortie des mères de la maternité.
- Courte durée de l'étude.

IX. Saisie et analyse des données

L'analyse des données a été réalisée au laboratoire d'épidémiologie de la faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech. Leur saisie et validation ont été faites sur le logiciel Statistical Package for Social Science (SPSS).

*RESULTATS ET
ANALYSE*

I. PROFIL SOCIO-ECONOMIQUE ET BIODEMOGRAPHIQUE DES MERES

1. L'âge des mères

L'âge des mères variait entre 17 et 43 ans avec une moyenne de [26.59 ans $\pm$ 6,04].

2. L'origine des mères

111 femmes (52,9%) étaient d'origine rurale, 58 (27,6%) urbain et 41(19,5%) semi urbain.

3. La parité

Tableau I: la parité des mères.

La parité	Nombre	Pourcentage %
1	92	43.8 %
2	56	26,7%
3	38	18.1%
4	14	6.7%
5	4	1,9%
Plus que 5 parités	6	2,8%

4. Le travail de la mère

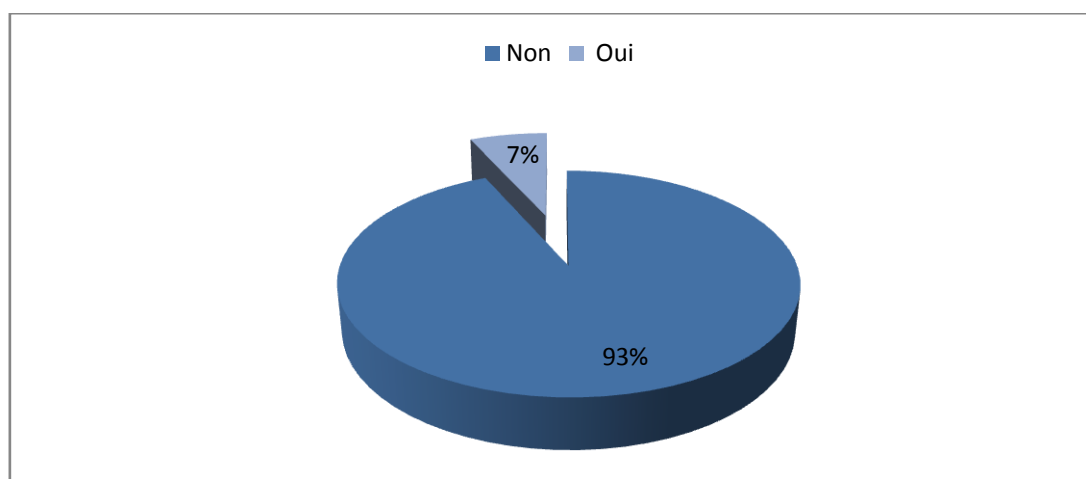


Figure 1 : Travail de la mère

Les femmes aux foyers étaient majoritaires (196 femmes soit 93.3%).

Tableau II: Type du travail exercé par les femmes.

Travail de la mère	Nombre	Pourcentage(%)
Serveuse	4	1,9
Cuisinière	3	1,4
Femme de ménage	2	1,0
Couturière	2	1,0
Secrétaire	2	1,0
Institutrice	1	0,4
Total	14	6,7

5. Le niveau socio-économique des mères

141 mères soit 68.5% étaient de niveau socio-économique moyen, 52 soit 25.9% étaient de bas niveau socio-économique et 9 mères soit 5.6% étaient de niveau socio-économique élevé.

6. Le niveau d'instruction des mères

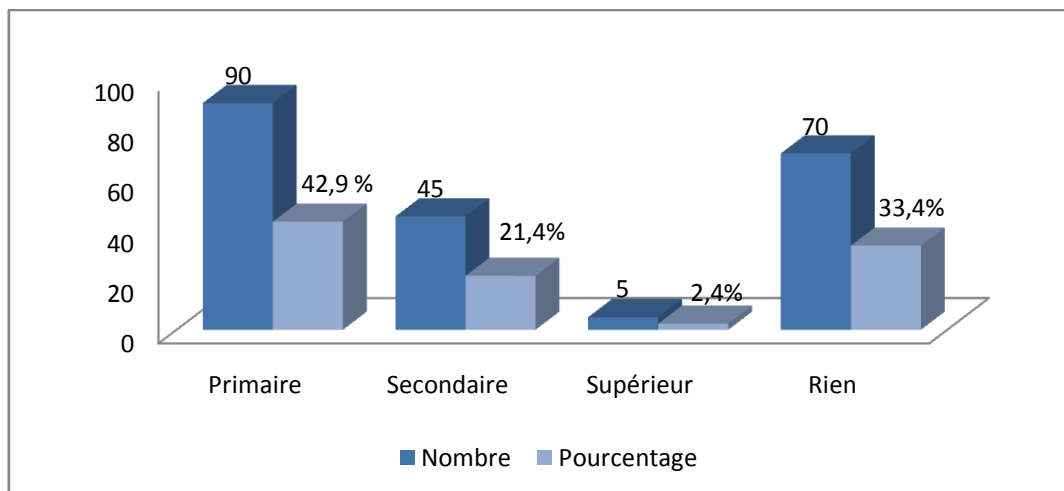


Figure 2 : Niveau d'instruction des mères

Le nombre des mères ayant un niveau primaire étaient 90 femmes soit 42.9%, 70 femmes étaient des analphabètes soit 33.4%, 45 avaient un niveau secondaire soit 21,3 % et 5 femmes avaient un niveau supérieur soit 2.4 %.

II. CARACTERISTIQUES DE LA GROSSESSE

1. Le suivi de la grossesse

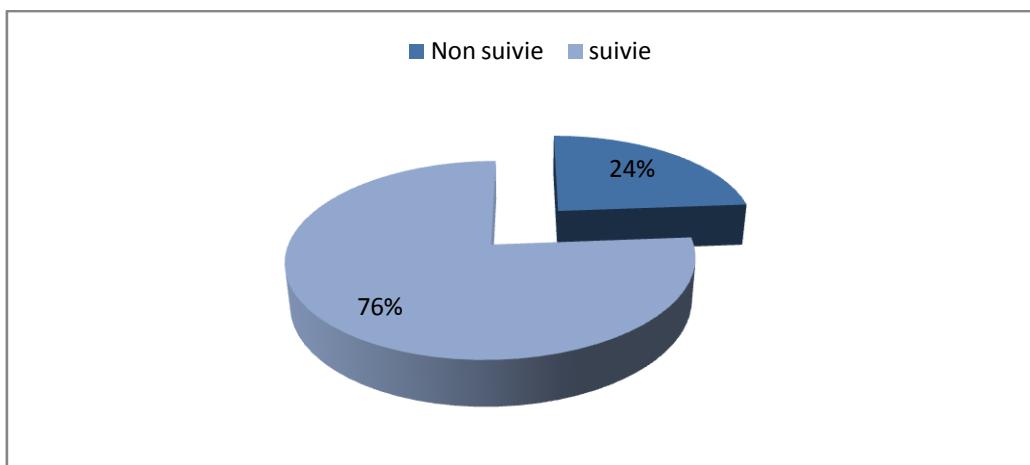


Figure 3 : Suivi de la grossesse

160 soit 76% grossesses étaient suivies.

Tableau III : Lieu de suivi de la grossesse.

Lieu de suivi de la grossesse	Nombre	Pourcentage(%)
Généraliste	62	38,8
Centre de santé	52	32,5
Gynécologue privée	39	24,4
CHU	7	4,3
Total	160	100

101 femmes soit 63,2% ont suivi la grossesse dans des cabinets privés, 52 (32,5%) dans des centres de santé et 7 femmes soit 4,3% dans l'hôpital.

2. Le terme de la grossesse

194 bébés sont nés à terme soit 92,4%; on avait 10 dépassements de terme soit 4,7% et 6 bébés prématurés soit 2,9%.

3. Les modes d'accouchement

143 femmes ont accouché par voie basse soit 68% et 67 soit 32% par césarienne.

4. La séparation du nouveau-né de sa maman

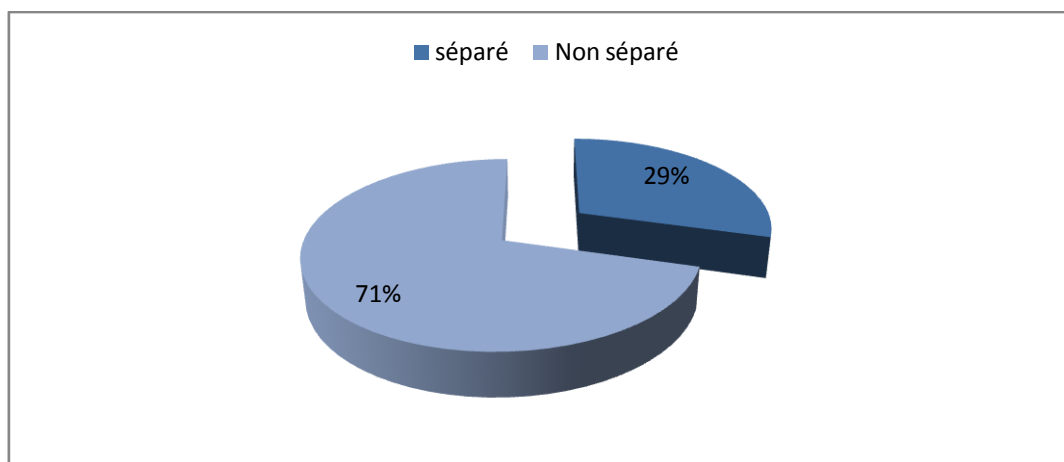


Figure 4 : Séparation du nouveau né de sa maman

61 bébés (29%) ont été séparés de leurs mères à la naissance en raison d'une pathologie transitoire de la mère ou du bébé.

III. CONNAISSANCES ET PRATIQUES DES MERES EN ALLAITEMENT MATERNEL :

1. Le taux d'allaitement maternel à la maternité :

203 femmes ont allaité au sein à la maternité soit 96,6% avec 69% (145) de l'allaitement maternel exclusif.

2. L'existence d'un enfant allaité précédemment :

Tableau IV: Répartition des mères selon l'existence d'un enfant allaité.

Existence d'un enfant allaité	Nombre	Pourcentage(%)
Oui	107	51,0
Non	103	49,0
Total	210	100,0

107 femmes soit 51% avaient déjà allaité, 103 soit 49% n'avaient jamais allaité dont 92 étaient primipares.

3. La durée de l'allaitement maternel exclusif antérieur

36 des mères soit 17.1% avaient allaité pour une durée de 4 mois, 59 soit 28.1% pendant 4 à 6 mois et 115 des mères soit 54,8% ont allaité pendant plus de 6 mois.

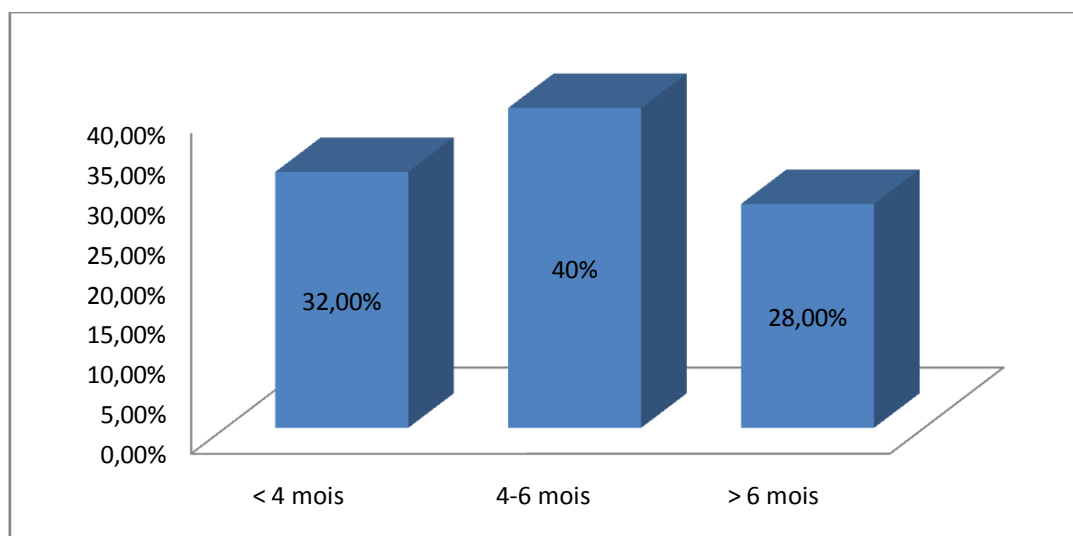


Figure 5 : Pourcentage des mères selon la durée de l'AM exclusif

4. La durée totale de l'allaitement maternel

La durée totale de l'AM variait entre 1 à 24 mois avec une moyenne de 15.66 mois.

3 femmes soit 1,5% ont sevré leurs enfants avant 6 mois, 65 soit 31% entre 6 et 12 mois et 142 soit 67,5% après 12 mois.

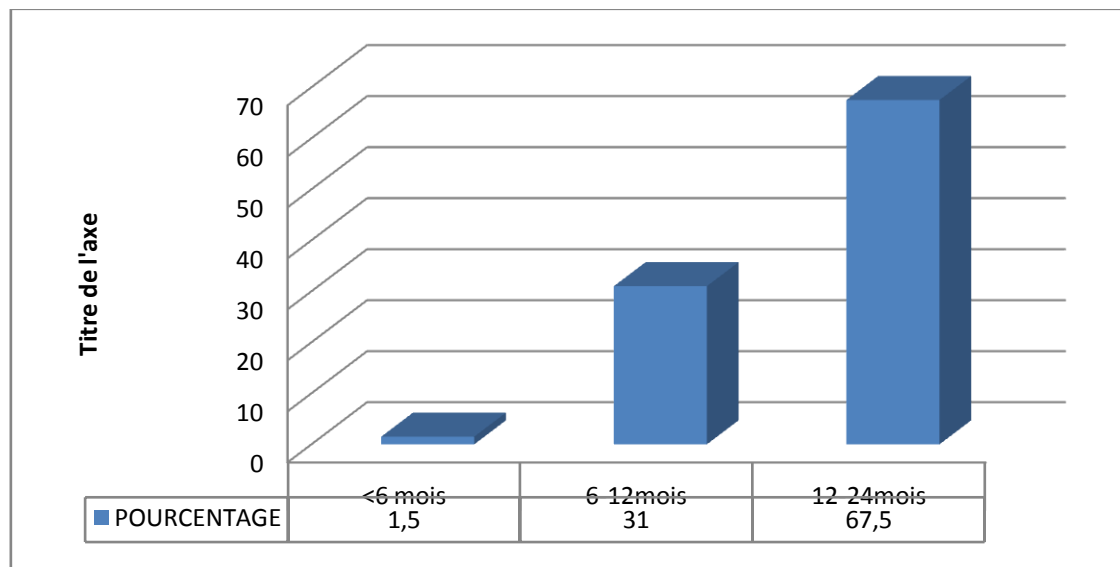


Figure 6 : Pourcentage des mères selon la durée totale de l'allaitement maternel.

5. La sensibilisation concernant l'allaitement maternel

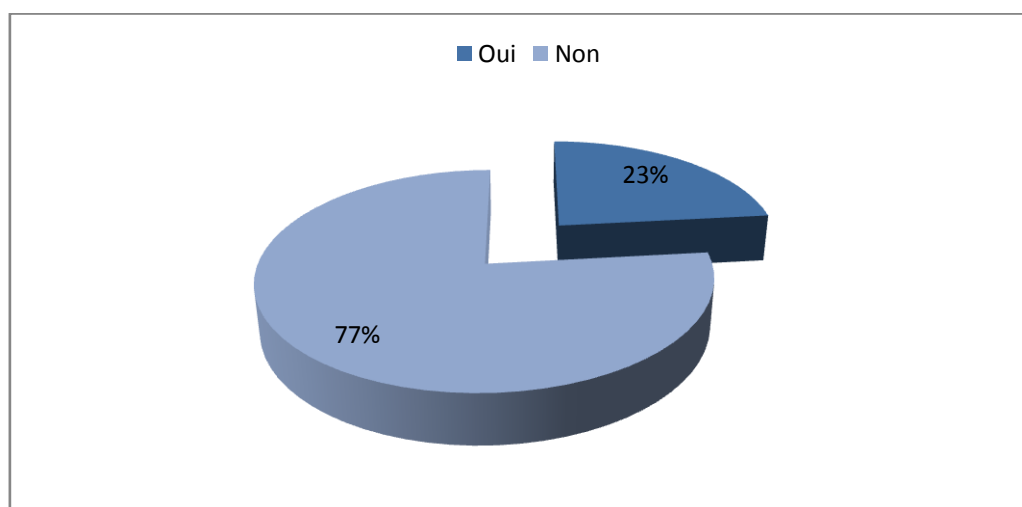


Figure 7 : Sensibilisation des mères concernant l'allaitement maternel.

161 Femmes soit 76,7% n'étaient pas sensibilisées sur l'importance de l'allaitement maternel.

5.1 Le lieu de la sensibilisation

Tableau V : Lieu de la sensibilisation des femmes concernant l'allaitement maternel.

Lieu de la sensibilisation	Nombre	Pourcentage(%)
Centre de santé	32	65,3
Cabinet de gynécologie	6	12,2
Cabinet de généraliste	4	8,2
CHU	3	6,1
Pédiatre	4	8,2
Total	49	100

La sensibilisation a été effectuée au niveau des centres de santé pour 32 femmes soit 65,3%, 14 femmes en privé soit 28,6% et 3 femmes soit 6,1% ont été sensibilisées au niveau de notre CHU.

5.2 Le type de la sensibilisation :

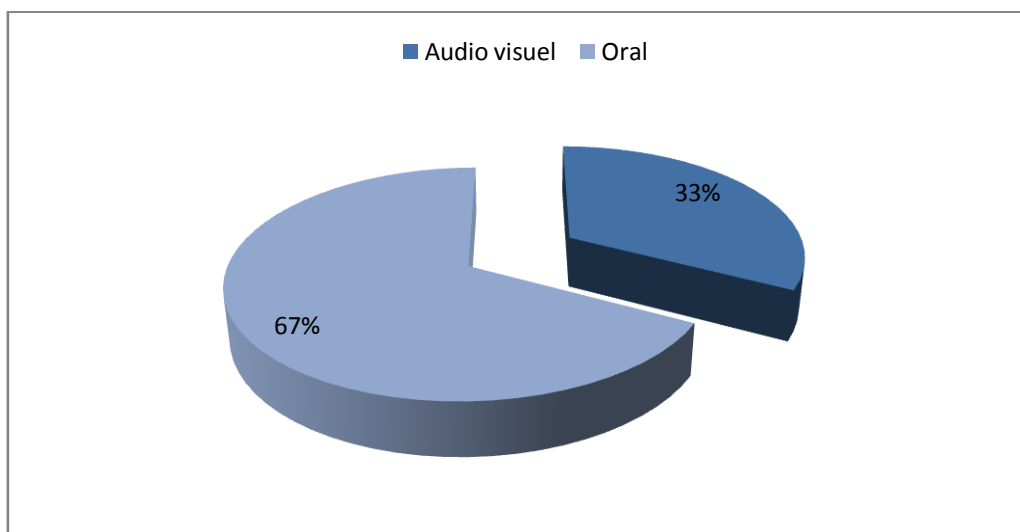


Figure 8 : Type de sensibilisation

La sensibilisation était verbale chez 142 mères (67,6%) et utilisant des supports audiovisuels chez 68 (32,4%).

5.3 La participation du mari à la sensibilisation

Tableau VI : Participation du mari à la sensibilisation.

Participation du mari à la sensibilisation	Nombre	Pourcentage(%)
Non	40	81,6
Oui	9	18,4
Total	49	100

Seulement 9 maris ont participé à la formation concernant la sensibilisation.

6. L'allaitement maternel

6.1 La décision d'allaitement maternel

Tableau VII: Répartition des mères en fonction de la décision d'allaitement maternel.

Décision d'AM	Nombre	Pourcentage (%)
Oui	203	96,6
Non	7	3,4
Total	210	100

Parmi les mères 203 soit 96.6% avait décidé d'allaiter leurs bébés.

6.2 Le moment de la décision

Tableau VIII : Moment de la décision d'allaiter.

Moment de la décision d'allaiter	Nombre	Pourcentage(%)
Au cours de la grossesse	166	81,8
Depuis toujours	20	9,8
Après l'accouchement	17	8,4
Total	203	100

166 soit 81,8% femmes ont pris la décision de donner le sein au cours de la grossesse, 20 soit 9,8% depuis toujours et 17 soit 8,4% après l'accouchement.

6.3 Les raisons de l'allaitement maternel

Tableau IX : Raisons de l'AM

Raisons de l'AM	Nombre	Pourcentage(%)
Naturel	76	37,4
Bénéfique pour la santé	72	35,4
Protège contre les maladies	28	13,8
Economique	18	8,9
Relation mère-bébé	5	2,5
Religion	4	2
Total	203	100

76 mères soit 37,4% ont décidé de donner le sein parce qu'elles pensaient que le L'AM est naturel, 72 mères soit 35,4% pensaient que c'est bénéfique pour le bébé, 28 femmes soit 13,8% donnaient le sein car il protège contre les maladies, 18 soit 8,9% pensaient qu'il est économique, 5 soit 2,5% disaient qu'il renforce la relation mère-bébé, et 4 mères soit 2% pensaient que c'est un devoir religieux.

Par contre 7 mères ont refusé d'allaiter leurs bébés.

6.4 Les raisons de refus de l'allaitement maternel :

Tableau X : Raisons de refus de l'AM.

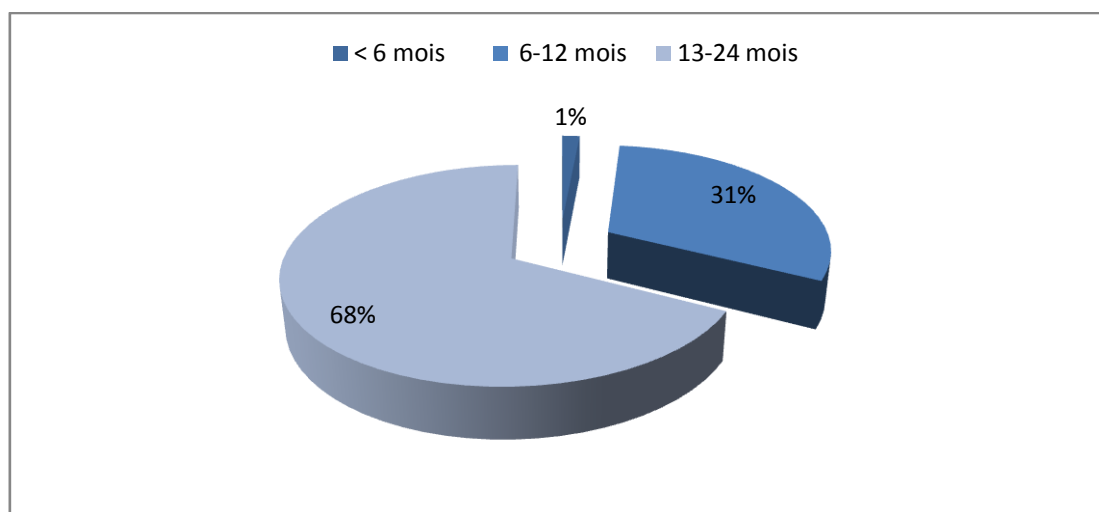
Raisons de refus de l'AM	Nombre	Pourcentage(%)
Pas de montée laiteuse	3	42,9
Bébé refuse de téter	2	28,5
Traitement contre indique l'allaitement	1	14,3
Lait insuffisant	1	14,3
Total	7	100

Trois mères soit 2,9% ont refusé d'allaiter parce qu'elles n'avaient pas de montée laiteuse, deux mères soit 28,5% car le bébé a refusé de prendre le sein, une mère soit 14,3% a dit qu'elle n'avait pas suffisamment de lait et une autre soit 14,3% parce qu'elle prenait un traitement qui est contre indiqué au cours de l'allaitement.

6.5 L'âge de sevrage :

L'âge auquel les mères avaient l'intention de sevrer leurs bébés variait entre 1 mois et 24 mois avec une moyenne de 18 mois.

142 femmes soit 67,6% avaient l'intention de sevrer leurs enfants après 13 mois, 65 femmes soit 31% entre 6 et 12 mois et 3 femmes soit 1,4% ont décidé de sevrer leurs bébés avant 6 mois.



Graphique 9 : Répartition des mères selon l'âge de sevrage du bébé.

7. Le colostrum :

Tableau XI : Répartition des mères selon leurs avis sur le colostrum.

Connaissances sur le colostrum	Nombre	Pourcentage(%)
Bénéfique	174	82,9
Mauvais lait	26	14,3
Ne sait pas	10	2,8
Total	210	100,0

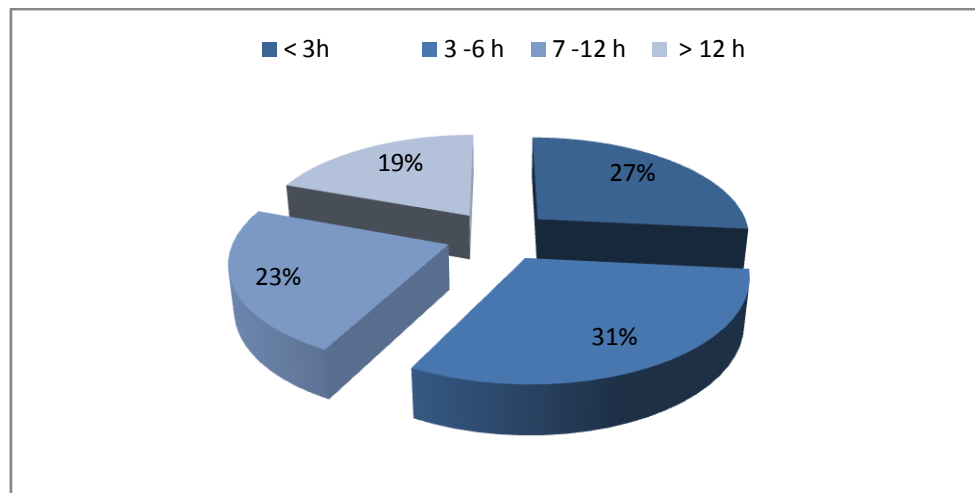
174 femmes soit 82,9% pensaient que le premier lait est bénéfique pour la santé des bébés, 26 femmes soit 14,3% pensaient que c'est un mauvais lait et 2,8% n'avaient aucune idée sur le colostrum.

8. Les caractéristiques des tétées

8.1 Le délai entre l'accouchement et la première tétée

Le délai moyen entre l'accouchement et la première tétée était de 9 heures avec au minimum 1 heure et au maximum 72 heures.

56 femmes soit 26,6% avaient allaité leurs bébés durant les 3 premières heures après l'accouchement, 65 femmes soit 31% avaient mis au sein leurs bébés entre la 3^{ème} et la 6^{ème} heure après l'accouchement, 48 femmes soit 23% avaient allaité entre la 7^{ème} heure et la 12^{ème} heure après l'accouchement et 41 mères soit 19,4% avaient allaité après 12 heures de l'accouchement.



Graphique 10 : Répartition des mères selon le délai entre l'accouchement et la première tétée.

8.2 La fréquence des tétées

La fréquence des tétées variait entre 1 et 16 tétées par jour avec une moyenne de 6.3.

8.3 La durée des tétées

La durée moyenne des tétées était 15 minutes avec au minimum 2 min et au maximum 120 min.

8.4 La position des bébés lors des tétées

Tableau XII : Position des bébés lors des tétées

Position au cours des tétées	Nombre	Pourcentage(%)
Correcte	152	72,4
Incorrecte	58	27,6
Total	210	100

La position lors des tétées était correcte chez 152 bébés (72,4%).

9. Les liquides administrés aux bébés

9.1 La nature des liquides administrés

Tableau XIII : Liquides administrés aux bébés

liquides administrés	Nombre	Pourcentage(%)
Tisane	54	66,6
Lait artificiel	20	24,7
Eau sucré	3	3,7
Autre liquide	4	5
Total	81	100

81 mères soit 38,5% ajoutaient des liquides à leurs bébés en complément du L'allaitement maternel, 54 mères soit 66,6% donnaient des tisanes, 20 soit 24,7% donnaient du lait artificiel, l'eau sucrée était donnée par 3 mères soit 3,7% et autres liquides étaient donnés par 4 mères soit 5%.

9.2 Les raisons d'ajout d'autres liquides

Tableau XIV : Raisons d'ajout d'autres liquides

Raisons d'ajout d'autres liquides	Nombre	Pourcentage(%)
Pas de montée laiteuse	59	72,8
Favorise l'émission du méconium	10	12,4
Par habitude	7	8,6
Stimule le réflexe de succion	5	6,2
Total	81	100

59 mères soit 72,8% ajoutent d'autres liquides parce qu'elles n'avaient pas de montée laiteuse, 10 mères soit 12,4% pensaient qu'ils favorisaient l'émission du méconium, 7 mères soit 8,6% donnaient des liquides par habitude et 5 soit 6,2% pensaient qu'ils stimulaient le réflexe de succion.

10. L'utilisation de tétine ou biberon

10.1 L'utilisation du biberon

Tableau XV : Répartition des mères selon l'utilisation du biberon.

l'utilisation du biberon	Nombre	pourcentage(%)
Non	120	57,2
Oui	90	42,8
total	210	100

120 mères soit 57,2% ne donnaient pas de biberon à leurs bébés.

10.2 L'utilisation de tétine

Tableau XVI : Répartition des mères selon l'utilisation de tétine

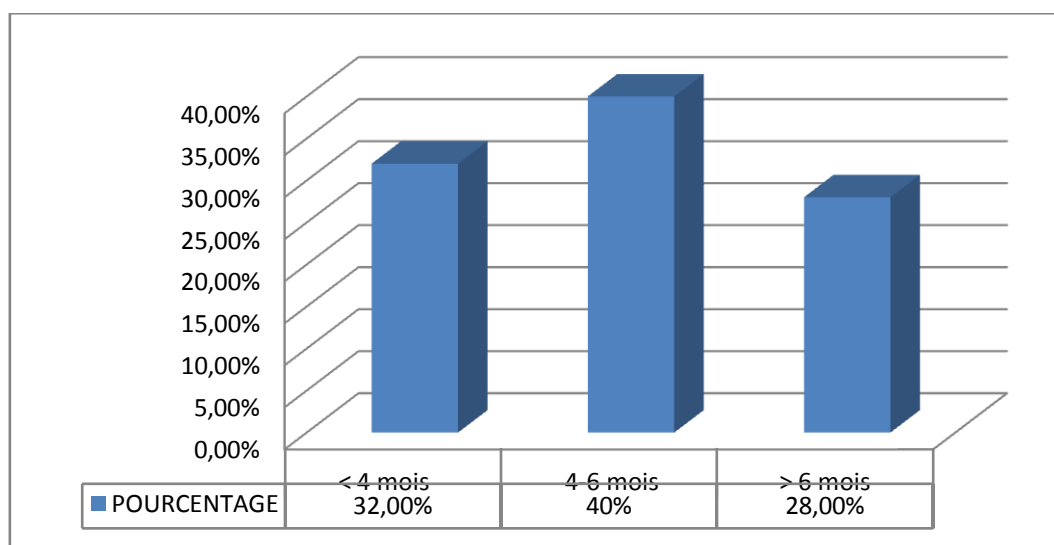
l'utilisation de tétine	Nombre	Pourcentage(%)
Non	171	82
Oui	39	18
Total	210	100

La plupart des femmes n'utilisaient pas de tétine.

11. L'introduction des aliments de complément

11.1 L'âge de l'introduction des aliments de complément

84 femmes soit 40% pensaient introduire les aliments de complément entre 4 et 6 mois, 67 femmes soit 32 % durant les 4 premiers mois et 59 femmes soit 28% après 6 mois.



Graphique 11 : Répartition des mères selon l'âge de l'introduction des aliments de complément.

11.2 La nature des aliments de complément

Tableau XVII : Répartition des mères selon la nature des aliments de complément.

La nature de complément	Nombre	Pourcentage(%)
Aucune idée	109	51,9
produits céréaliers	64	30,5
Soupe	16	7,6
produits laitiers	13	6,1
tisane	6	2,9
Fruits	1	0,5
œufs	1	0,5
Total	210	100

On constate que 109 mères soit 51,9 % ne savaient pas par quel aliment compléter l'allaitement maternel, 58 mères soit 27,6% donnaient comme complément le lait artificiel, 16 mères soit 7,6 % donnaient de la soupe, 13 mères soit 6,1% donnaient le lait de vache et les produits laitiers et 14 mères soit 6,8% avaient choisi autres compléments.

12. Les avantages de l'AM

12.1 Pour le bébé

Tableau XVIII : Répartition des mères selon les avantages du LM pour le bébé

Les avantages du LM pour le bébé	Nombre	Pourcentage(%)
Ne sait pas	130	61,9
Protège contre les maladies	22	10,5
Protège contre les infections	15	7,2
Assure la nutrition du bébé	14	6,7
Renforce l'immunité du bébé	13	6,2
Bénéfique pour le bébé	10	4,7
Renforce la relation mère-bébé	6	2,8
Total	210	100,0

130 mères soit 61,9% ne connaissaient pas les avantages de l'allaitement maternel, 22 mères soit 10,5% disaient qu'il protège les bébés contre les maladies, 15 mères soit 7,2% disaient qu'il protège contre les infections, 14 mères soit 6,7% allaitaient car il assure la nutrition, 13 mères disaient qu'il renforce l'immunité du bébé, 10 mères soit 4,7% pensaient qu'il est bénéfique pour la santé des bébés et 6 mères soit 2,8% trouvaient qu'il renforce la relation mère-bébé.

12.2 Pour la mère

Tableau XIX : Répartition des mères selon les avantages de l'AM pour la mère.

les avantages de l'AM pour la mère	Nombre	Pourcentage(%)
Ne sait pas	154	73,3
Prévient les pathologies mammaires	48	22,7
Renforce la relation mère_bébé	4	2
Prêt à être utiliser	2	1
Prévient l'hémorragie de délivrance	2	1
Total	210	100,0

154 mères soit 73 ,3% ne connaissaient pas les avantages de l'AM pour la mère, 48 mères soit 22,7% pensaient qu'il prévient les pathologies mammaires, 4 mères soit 2% trouvaient qu'il renforce la relation mère enfant, 2 femmes soit 1% pensaient que l'avantage de l'allaitement maternel c'est qu'il ne nécessite pas une préparation particulière et 2 autres soit 1% disaient qu'il prévient l'hémorragie de délivrance.

13. Les inconvénients de l'allaitement maternel

13.1 .Pour le bébé

Tableau XX : Inconvénients de l'AM pour la santé des bébés.

Inconvénients de l'AM pour la santé des bébés	Nombre	Pourcentage(%)
Ne sait pas	207	98,5
Fatigant pour le bébé	1	0,5
Passage de certains médicaments	1	0,5
Risque de suffocation	1	0,5
Total	210	100,0

207 mères soit 98,6% ne connaissent pas des inconvénients de l'allaitement maternel pour la santé des bébés, une femme soit 0.5% trouvait que allaiter au sein est fatigant pour les bébés, une autre soit 0,5% disait que les bébés peuvent suffoquer et 0,5% pensent qu'elles risquent de faire passer certains médicaments à leurs bébés au cours de l'AM.

13.2 Pour la mère

Tableau XXI : Inconvénients de l'AM pour la santé des mères.

Inconvénients de l'AM pour la santé des mères	Nombre	Pourcentage(%)
Ne sait pas	201	95,6
Perte du poids	4	1,9
Fatigant pour les mères	2	1,0
Augmentation le volume des seins	1	0,5
Chute des cheveux	1	0,5
Perturbation du sommeil	1	0,5
Total	210	100,0

On constate que 201 mères soit 95,7% ne connaissaient pas des inconvénients de l'allaitement maternel pour la santé des mères, 4 femmes soit 1.9% pensaient qu'il peut être responsable d'une perte importante du poids, 2 mères soit 1% trouvaient qu'il est fatigant, une femme soit 0,5 % disait qu'il augmente le volume des seins, une autre soit 0,5% trouvait qu'il provoque la chute des cheveux et une femme soit 0,5% pensait qu'il perturbe le sommeil de la mère.

IV. Etude analytique des facteurs influençant la pratique de l'AM

Tableau XXII : comparaison selon l'origine de la mère

L'origine de la mère	Rural	Urbain	Semi urbain	P
Délai de la première tétée ≤6h	51,0%	52,7%	43,2%	0,514
Fréquence des tétées (6 à 8 fois par jour)	59,8%	68,5%	60,5%	0,736
Durée des tétées (10 à 20 min)	74,0%	75,5%	86,8%	0,143
Position correcte lors des tétées	77,2%	76,4%	62,5%	0,105
Utilisation de compléments	49,0%	46,6%	47,4%	0,813

Tableau XXIII : Comparaison selon le sexe du nouveau-né

Le sexe	Féminin	Masculin	P
Délai de la première tétée ≤6h	52,0%	48,9%	0,390
Fréquence des tétées (6 à 8 fois par jour)	61,5%	61,8%	0,542
Durée des tétées (10 à 20 min)	78,4%	75,8%	0,406

Tableau XXIV : Comparaison selon le suivi de la grossesse

Grossesse suivie	Oui	Non	P
Délai de la première tétée ≤6h	69%	20%	0,098

Tableau XXV : Comparaison selon la séparation du nouveau né de sa mère

Séparation du nouveau né	Oui	Non	P
Délai de la première tétée ≤6h	26,2%	61,4%	<0,001

Tableau XXVI : Comparaison selon la parité

La parité	Primipare	Multipare	P
Fréquence des tétées (6 à 8 fois par jour)	70,5%	55,6%	0,12 7
Durée des tétées (10 à 20 min)	80,2%	74,8%	0,377
Délai de la première tétée≤6h	38,5%	54,6%	0,125
Position correcte lors des tétées	73,3%	74,1%	0,510

Tableau XXVII : Comparaison selon l'âge

Age de la mère	≤25	>25	P
Délai de la première tétée≤6h	51,6%	47,8%	0,357
Position correcte lors des tétées	69,4%	78,4%	0,154
Fréquence des tétées (6 à 8 fois par jour)	64,1%	60,4%	0,359
Durée des tétées (10 à 20 min)	75,8%	77,9%	0,436
Utilisation de compléments	49,5%	45,8%	0,606

Tableau XXVIII : Comparaison selon le niveau socio-économique

Niveau socio-économique	Bas	Moyen	P
Délai de la première tétée ≤ 6h	55,8%	49,3%	0,283
Durée des tétées (10 à 20 min)	84,1%	75,0%	0,147
Fréquence des tétées (6 à 8 fois par jour)	55,8%	63,0%	0,250
Position correcte lors des tétées	77,1%	73,8%	0,650
Utilisation de compléments	46,4%	65,6%	0,007

Tableau XXIX : comparaison selon le niveau d'instruction

Le niveau d'instruction	Analphabète	Primaire et plus	P
Délai de la première tétée ≤ 6h	55,4%	48,0%	0,208
Fréquence des tétées (6 à 8 fois par jour)	59,0%	62,9%	0,362
Durée des tétées (10 à 20 min)	71,4%	80,0%	0,128
Position correcte lors des tétées	70,6%	75,4%	0,286

Tableau XXX : Comparaison selon la prématurité

Nouveau né prématuré	Oui	Non	P
Délai de la première tétée ≤ 6h	33,3%	50,8%	0,336
Fréquence des tétées (6 à 8 fois par jour)	60,0%	62,4%	0,631
Durée des tétées (10 à 20 min)	80,0%	76,9%	0,676
Position correcte lors des tétées	83,3%	73,3%	0,499

Tableau XXXI : Comparaison selon le travail de la mère

	Mère qui travaille	Femme au foyer	P
Utilisation de compléments	28,6%	49,5%	0,131

Tableau XXXII : Comparaison selon la sensibilisation de la mère:

Mère sensibilisée	Oui	Non	P
Délai de la première tétée ≤ 6h	46,8%	52,1%	0,322
Fréquence des tétées (6 à 8 fois par jour)	61,7%	62,0%	0,550
Durée des tétées (10 à 20 min)	85,1%	74,3%	0,090
Position correcte lors des tétées	76,1%	72,8%	0,409
Utilisation de tétine	18,2%	33,7%	0,093
Age de sevrage (>12 mois)	64,9%	45%	0,008

Tableau XXXIII : Comparaison selon la sensibilisation du mari

Mari sensibilisé	Oui	Non	P
Délai de la première tétée ≤ 6h	55,6%	47,1%	0,441
Fréquence des tétées (6 à 8 fois par jour)	44,4%	60,3%	0,277
Durée des tétées (10 à 20 min)	77,8%	83,1%	0,484
Position correcte lors des tétées	66,7%	76,2%	0,383

Tableau XXXIV : Comparaison selon la connaissance des avantages de l'allaitement maternel

Femme connaît les avantages de l'AM	Oui	Non
Délai de la première tétée ≤ 6h	69,8%	30,2%
Fréquence des tétées (6 à 8 fois par jour)	75,4%	24,6 %
Durée des tétées (10 à 20 min)	71,7%	28,3%

❖ Analyse des femmes allaitant avant 3 h

Tableau XXXV : Comparaison selon la sensibilisation

Mère sensibilisée	Oui	Non	total
Nombre	14	37	51
Pourcentage	27,5%	72,5%	100%

Tableau XXXVI : Comparaison de position du bébé lors des tétées

Position du bébé lors des tétées	Correcte	incorrecte	total
Nombre	38	13	51
Pourcentage	74,5%	25,5%	100%

❖ **L'étude analytique a montré que :**

- ✓ Le délai entre l'accouchement et la première tétée est influencé par la séparation du nouveau né de sa mère.
- ✓ La mise au sein précoce et la position correcte lors des tétées est influencée par la multiparité.
- ✓ L'utilisation du complément est influencée par l'augmentation du niveau socio économique de la mère.
- ✓ L'âge de sevrage est plus élevé chez les mères ayant reçu une sensibilisation concernant l'AM.
- ✓ La connaissance des avantages de l'allaitement maternel influence la mise précoce au sein, la fréquence des tétées, la durée des tétées.
- ✓ La majorité des mères qui ont allaité moins de 3h avait une position correcte lors des tétées.



DISCUSSION



I. Avantages de l'allaitement maternel

Le lait maternel constitue le seul aliment bénéfique pour le nourrisson au cours des 6 premiers mois de la vie. Le lait maternel continue à être bénéfique pour l'enfant jusqu'à l'âge de 2 ans. En effet aucune industrie n'a pu produire un lait aussi parfait tant par sa composition très spécifique qui lui confère des propriétés anti-infectieuses indiscutables que par son adaptation aux besoins du nourrisson et au degré de maturité de ses organes.

Au total, il fournit au nourrisson une protection de sa capacité à assimiler des nutriments très bio disponibles, ce qui permet d'assurer une croissance de bonne qualité, essentielle à ce stade de la vie [1_2].

1. Avantages pour l'enfant

1.1 Composition du lait maternel [2_3].

La composition du lait maternel n'est pas constante, il varie selon les différentes phases de la lactation, au cours de la journée mais aussi au cours de la tétée.

Des variations de l'alimentation maternelle peuvent aussi influencer la composition du lait en particulier en acides gras, la teneur en iode, en sélénium, en vitamine A et en vitamines du groupe B.

1.1-1 Le lait de femme : un aliment évolutif :

Durant les 3 premiers jours de l'allaitement, le lait de femme, alors appelé colostrum, a une composition différente de celle du lait mature. Moins riche en lipides et en lactose, il a une densité énergétique moindre ; il est en revanche plus riche en cellules immunocompétentes, en oligosaccharides, et en protéines solubles fonctionnelles comme les immunoglobulines, en particulier les IgA de type sécrétoire (IgAs), les lactoferrines, différents facteurs de croissance, les différentes cytokines, alors que les caséines sont pratiquement absentes. Tous ces éléments contribuent à protéger le nouveau-né, qui est particulièrement vulnérable aux infections.

1.1-2 Variation de la composition du lait au cours de la tétée :

Le premier jet de lait est composé d'eau, de minéraux et de lactose permettant d'étancher la soif et de remonter la glycémie, puis sont sécrétées les protéines et les lipides et le lait de fin de tétée devient plus épais et riche en graisses (d'un facteur 2 à 3 vers la deuxième à troisième minute de la tétée) ce qui assure l'apport énergétique et induit la satiété.

1.1-3 Le lait humain, une composition unique :

a) Protéines

La teneur en protéines du lait de femme, comprise entre 8 et 12 g/L, est nettement inférieure à celle des autres mammifères. Néanmoins, elle est parfaitement adaptée aux besoins du nourrisson en raison d'une excellente absorption et d'une parfaite adéquation du profil de ses acides aminés.

Parmi ces protéines solubles, certaines ont un rôle fonctionnel essentiel comme les immunoglobulines, en particulier les IgA de type sécrétoire (IgAs) (0,5 à 1 g/L), les lactoferrines, le lysozyme, la bêta-défensine 1, des enzymes (en particulier une lipase), des facteurs de croissance comme l'Insuline-like Growth Factor (IGF1), le Transforming Growth Factor (TGF), les facteurs de croissance leucocytaire (G-CSF) et l'Epidermal Growth Factor (EGF), qui a une action trophique sur les muqueuses gastrique et intestinale ; d'autres ont un rôle nutritif comme les caséines α , β , κ et les protéines du lactosérum [2, 3].

b) Glucides :

La teneur en glucides du lait maternel est de 60 à 70 g/l avec prédominance du lactose et d'oligosaccharides. Le gynolactose, terme regroupant environ 120 oligosides présents dans le lait humain et totalement absents du lait de vache, et qu'ils ne sont pratiquement pas absorbés au niveau intestinal et parviennent intacts au niveau du côlon où ils sont fermentés par la flore bactérienne. Constituant de véritables prébiotiques, ces oligosides favorisent l'implantation de la flore bactérienne colique dominée chez l'enfant au sein, par les bifidobactéries, en particulier

Bifidobacterium bifidum [3], et participent à l'effet de barrière contre certains germes entéropathogènes.

c) Lipides

Si la teneur en lipides (35 g/L en moyenne) est proche de celle du lait de vache, la digestibilité et le coefficient d'absorption des graisses du lait de femme sont très supérieurs (80% contre 60 % dans les premiers jours, atteignant rapidement 95% contre 80 % à 3 mois pour le lait de vache).

Le lait de femme est riche en cholestérol (2,6 à 3,9 mM/L) alors que le lait de vache en contient peu (0,3 à 0,85 mM/L). La cholestérolémie est d'ailleurs plus élevée chez le nourrisson au sein. Il faut rappeler le rôle du cholestérol dans la structure des membranes, comme précurseur hormonal et dans le développement cérébral.

Le lait de femme contient des acides gras poly-insaturés (AGPI), acides gras essentiels mais aussi leurs homologues supérieurs, en particulier acide arachidonique (AA : 0,46 g/100 g d'acides gras) dans la série linoléique (n-6) et acide docosahexaénoïque (DHA : 0,25 g/100 g d'acides gras) dans la série α -linoléique (n-3). Cette teneur dépend des apports alimentaires en acides gras n-6 et n-3 de la femme allaitante. L'AA et le DHA ont un rôle démontré dans les processus de maturation cérébrale et rétinienne [2-3].

d) Cellules :

Des leucocytes sont présents dans le lait maternel. L'essentiel des leucocytes du lait maternel définitif sont des macrophages [3].

e) Sels minéraux :

La teneur relativement faible en azote et en sels minéraux (2,50 g/L) permet de limiter la charge osmolaire rénale, alors qu'elle est beaucoup plus élevée pour le lait de vache, et constitue une sécurité en cas de pertes hydriques excessives, par transpiration ou diarrhée, permettant de mieux assurer le maintien à l'équilibre de la balance hydro-minérale.

Un autre point important concerne la meilleure biodisponibilité de différents oligoéléments comme le fer et le zinc, en raison des ligands présents dans le lait de femme, qui facilitent leur absorption et rend leur supplémentation non systématique malgré leur faible teneur dans le lait maternel [3].

f) Vitamines :

Le lait maternel contient une quantité importante et suffisante de vit C, la supplémentation (jus) est donc inutile. Une alimentation équilibrée en vit A de la mère apporte la quantité nécessaire à son enfant jusqu'à l'âge de 2 ans. Le colostrum est encore plus riche et contient le double de la quantité contenue dans le lait mature. Le lait de mère est moins riche en vit B que le lait de vache mais la quantité apportée par le lait maternel est suffisante pour l'enfant [3, 4].

g) Eau :

L'eau représente 87% du lait maternel mature : le bébé n'a pas besoin d'apport hydrique supplémentaire jusqu'à l'âge de 6 mois même en saison chaude [3].

1.2 AM et infections [4]

1.2-1 Prévention des infections

De nombreux facteurs de protection anti infectieux spécifiques et non spécifiques ont été identifiés dans le lait de mère (Tableau XXI) [5]. Les enfants alimentés au lait artificiel ont un pH de leurs selles plus élevé, une colonisation par des germes pathogène, un volume thymique réduit et sont exposés à des antigènes étrangers [6]. Les oligosaccharides, cytokines et immunoglobulines régulent la colonisation intestinale, le développement du tissu lymphoïde et gouvernent la différenciation des lymphocytes T. Le lait de femme joue donc un rôle dans les défenses et la tolérance immunitaires [7].

1.2-2 Infections gastro-intestinales

L'allaitement maternel a un effet protecteur vis-à-vis des infections gastro-intestinales (risque relatif [RR] : 0,67 ; intervalle de confiance [IC] à 95 % : 0,46 à 0,97). Il diminue l'incidence et la sévérité des diarrhées aiguës bactériennes et virales, particulièrement à rotavirus.

Chen et al. retrouvent un risque multiplié par 2,8 en cas d'allaitement artificiel [6] et dans l'étude Promotion of breast-feeding intervention trial (PROBIT) un risque multiplié par 1,7 [7].

1.2-3 Infections oto-rhino-laryngologiques (ORL) (rhinites, otites)

Quarante-quatre pourcent des enfants ont au moins une otite moyenne aiguë dans leur première année. Le risque est multiplié par deux en cas d'allaitement artificiel versus allaitement maternel exclusif de plus de 3 mois [8].

1.2-4 Infections respiratoires basses (bronchites, bronchiolites)

Un allaitement maternel exclusif de plus de 4 mois réduirait leur incidence d'un facteur 3,6 [9—10].

Tableau XXXVII : facteurs de protection anti infectieuse [3]

Facteurs	Rôles
Hormones gastro-intestinales (bombésine, colestyramine ; peptide YY, vasoactive intestinal peptide), ACTH, TRH	Trophicité de l'épithélium intestinal Synthèse des mucines Effet immunomodulateur
Cortisol	Maturation des cellules muqueuses ; modification du profil de glycosylation des microvillosités
Facteurs de croissance	Croissance et différenciation intestinale
Cytokines	Réponse anti-infectieuse
Lactoferrine	Activité bactéricide, inhibe le processus d'adhésion
Nucléotides Métabolisme du fer	Croissance cellulaire
Oligosaccharides	Prébiotiques
Lysozyme	Action bactéricide
Kappa caséine glycosylée	Inhibition de l'adhésion bactérienne aux muqueuses digestives Facteur d'inhibition du développement bactérien
Alpha lactalbumine	Activité antimicrobienne
IgA sécrétoire ; IgM ; IgG	Anticorps antibactérien/viral/fongique
Cellules immunitaires (lymphocytes, polynucléaires, macrophages)	Destruction des micro-organismes par phagocytos

ACTH : adrenocorticotrophic hormone ; TRH : thyrotropin releasing hormone ; Ig : immunoglobulines.

1.3 AM et pathologies allergiques [4]

La prévention de la maladie atopique est plus controversée ; étroitement dépendante du terrain et de la prolongation de l'allaitement maternel, elle peut nécessiter un régime d'éviction de la mère pour certains allergènes.

- ❖ **Pour l'allergie alimentaire**, elle est effective en cas de terrain atopique et d'allaitement exclusif pendant les six premiers mois [11], mais les allergènes alimentaires passent dans le lait maternel et peuvent induire une sensibilisation précoce. L'allaitement constitue la meilleure prévention vis-à-vis de l'allergie aux protéines du lait de vache.

- ❖ **La dermatite atopique** : un enfant alimenté au lait artificiel ou au lait de sa mère moins de 3 mois aurait 1,7 fois plus de risques de développer une dermatite atopique[12].
- ❖ **L'asthme** : le risque de développer un asthme est multiplié par 1,7 en cas d'allaitement artificiel par rapport à un allaitement maternel supérieur à 3 mois en cas de terrain atopique, et d'un facteur 1,4 en l'absence de terrain atopique familial [13,14].

1.4 AM et croissance [3]

Les enfants qui sont exclusivement nourris au sein conformément aux recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) s'écartent sensiblement au cours de leur première année de vie [15] des courbes de référence de croissance staturopondérale établies à partir d'une majorité d'enfants nourris avec des préparations lactées industrielles [16].

La croissance en taille (+ 0,5 cm à 3 mois) et surtout en poids (+ 106 g à 3 mois) est en fait supérieure chez les enfants exclusivement nourris au sein [17]. Ce phénomène pourrait traduire un effet biologique propre à ce mode d'alimentation.

1.5 AM et développement psychomoteur

La démonstration scientifique du rôle propre de l'allaitement maternel dans ses bénéfices affectifs pour l'enfant et pour la mère est difficile. La controverse porte surtout sur le fait que l'effet pourrait être lié au contexte affectif de l'allaitement maternel mais certains bénéfices pourraient être rapportés aux facteurs biologiques du lait de femme comme sa richesse en acides gras polyinsaturés (DHA, acides aminés) et en acide sialique intervenant dans la maturation de la rétine et du cortex cérébral et dans la synthèse des sphingolipides [3].

Une méta-analyse [4] a confirmé un bénéfice de 3,2 points de quotient intellectuel (QI) après ajustement pour les facteurs de confusion (âge, niveaux intellectuel, culturel et éducatif des parents, statut socioéconomique, rang de naissance, tabagisme maternel, taille de la fratrie, etc.) ; intervalle de confiance à 95 % : 2,3–4. Cette différence est significative et homogène, observée dès les deux premières années de vie et persiste dans l'enfance et l'adolescence. Elle augmente avec la durée de l'allaitement maternel. Elle est plus importante chez les enfants nés prématurément (5,2 contre 2,7 points chez les enfants nés à terme), suggérant que les prématurés en tirent plus

d'avantages. L'analyse des données montre une amélioration globale des performances visuelles et motrices.

Au total, l'allaitement maternel, que ce soit pour des raisons psychoaffectives, nutritionnelles ou environnementales, apporte un bénéfice sur le plan cognitif, modeste mais démontré dans la majorité des études, qui persiste à l'âge adulte [4].

1.6 Autres avantages [4]

1.6-1 Prévention de l'obésité

Plusieurs études dans le monde ont démontré un rôle protecteur de l'allaitement maternel vis-à-vis de l'obésité à l'enfance et l'adolescence [8,19].

Il existerait une meilleure régulation de la quantité de lait ingérée par l'enfant au sein. Les insulïnémies des enfants alimentés par des préparations pour nourrisson sont plus élevées, ce qui pourrait stimuler l'adipogenèse. Le rôle de l'adipokine a aussi été évoqué dans le contrôle des apports énergétiques [20].

1.6-2 Prévention du risque vasculaire

Une méta-analyse portant sur 24 études a montré une diminution, en moyenne, de 1,1 mmHg de la tension artérielle systolique (IC 95 % : —1,79 à—0,42 mmHg) chez les sujets (grands enfants, adolescents et adultes) qui ont reçu un allaitement maternel [21]. Trois hypothèses physiopathologiques sont actuellement retenues : rôle des acides gras polyinsaturés par leur effet sur la structure des membranes cellulaires de l'endothélium vasculaire, la faible teneur en sodium du lait de femme, la programmation de la préférence alimentaire ultérieure.

L'effet préventif du lait de mère vis-à-vis des pathologies coronariennes de l'adulte est probablement multifactoriel: corpulence, préférences alimentaires, tension artérielle, cholestérolémie, distensibilité artérielle.

1.6-3 Prévention du diabète de type 1

Le risque de développer un diabète de type 1 est diminué d'un facteur 1,2 à 1,4 en cas d'allaitement maternel exclusif supérieur à 3 mois [22]. Les hypothèses évoquées sont une immunisation contre certaines protéines du lait de vache avec une réaction croisée auto-immune à

distance avec les cellules bêta des îlots de Langerhans, une altération de la barrière et de l'immunité intestinales, un effet anti-infectieux de l'allaitement et/ou de la flore colique vis-à-vis de germes à tropisme pancréatique (coxsackies, rotavirus) et enfin le rôle protecteur de substrats spécifiques du lait de femme (acides éicosapentaénoïque et docosahexaénoïque [DHA])[23]. Cet effet protecteur se base sur des arguments épidémiologiques et sur des modèles animaux ; s'il est effectif, c'est essentiellement pour les enfants à fort risque génétique de diabète de type 1 (groupe human leukocyte antigen [HLA] à haut risque).

1.6-4 Maladies inflammatoires du tube digestif

Autant d'études sont en faveur d'un rôle protecteur que d'autres qui prouvent le contraire vis-à-vis de la rectocolite hémorragique et de la maladie de Crohn [24].

1.6-5 Prévention de pathologies cancéreuses

Un rôle protecteur mais discuté a pu être prouvé pour l'enfant allaité exclusivement plus de six mois vis-à-vis des leucémies lymphoïdes (facteur 1,3) et myéloïdes (facteur 1,2). L'hypothèse physiopathologique impliquerait certains facteurs immunitaires du lait de femme participant à la prévention d'infections virales impliquées dans la survenue de ces leucémies [25].

2. Avantages de l'AM pour la mère

✓ Bénéfices du post-partum

Les sécrétions hormonales provoquées par les mises au sein facilitent l'involution utérine et limitent le risque d'infection du post-partum. La perte de poids dans les six premiers mois est facilitée par la dépense énergétique.

✓ Prévention des cancers du sein et de l'ovaire

Chaque année d'allaitement est associée à une diminution de 4,5 % du risque de cancer invasif du sein [26]. Une femme qui n'a pas allaité a 1,4 fois plus de risque de développer un cancer en préménopause. Le rôle d'une différenciation extrême du tissu mammaire liée à la lactogénèse a été évoqué [27].

Cancer de l'ovaire : une méta-analyse récente a mis en évidence que le risque de développer un cancer de l'ovaire était multiplié par 1,3 chez les femmes n'ayant pas allaité par rapport à celle ayant allaité 18 mois ou plus

[28].

✓ **Prévention des maladies cardiovasculaires**

La mobilisation des réserves dans le post-partum mais aussi un meilleur équilibre des métabolismes lipidiques et glucidiques participeraient à cette prévention, ce d'autant plus que des effets persisteraient à long terme après le sevrage [29].

✓ **Effet contraceptif**

L'AM peut, dans certaines conditions, avoir un effet contraceptif.

3. Pour la société

L'allaitement est bénéfique pour la société de multiples manières, en particulier dans le domaine économique.

- ✓ Les familles font des économies en n'achetant pas de préparations pour nourrissons et/ou autres aliments infantiles. Elles font des économies également en dépensant moins en frais médicaux, parce que leur bébé est moins souvent malade.
- ✓ Les institutions de santé économisent de l'argent dans la réduction des coûts liés au traitement des bébés malades (si plus de mères allaitent).
- ✓ Les gouvernements diminuent les importations en achetant moins de préparations pour nourrissons et d'aliments infantiles (pour les nombreux pays non producteurs). Ils peuvent également faire des économies sur les services de santé avec une population en meilleure santé.

Allaiter est un droit pour toutes les femmes et tous les enfants, et ce droit devrait être protégé.

Les évaluations économiques servent seulement à mieux apprécier la valeur globale de l'allaitement et du lait maternel.

II. Evolution de la pratique de l'AM

1. La valeur symbolique du lait [4]

Le lait comme le sperme et le sang est une des humeurs fondamentales du corps humain chargées d'une haute valeur symbolique. Dans de nombreuses cultures, l'allaitement est une force mystérieuse qui met en jeu les pouvoirs du lait et qui confère à certains enfants un destin singulier. Les liens créés par le lait sont pour certaines cultures aussi forts que ceux du sang. Cette parenté peut créer les mêmes interdictions d'alliance que la parenté biologique.

2. La signification de la première tétée ou du colostrum [4]

Les médecins du xvie au xviii^e siècle interdisent à leurs patientes fortunées d'allaiter jusqu'à la fin de l'évacuation sanguine des lochies consécutives à l'accouchement. Au xviii^e siècle, il y avait deux camps, les partisans d'un jeûne de quelques heures ou de quelques jours pour le nouveau-né et ceux qui préconisaient une mise au sein rapide de l'enfant.

Dans le premier cas, on pense que le colostrum est mauvais. Il faut donc d'abord purger l'estomac de l'enfant encombré de méconium par des purgatifs artificiels. Cette notion persiste dans certaines populations africaines. Dans le deuxième cas, le colostrum est déjà considéré comme le meilleur des purgatifs, puis bientôt comme le meilleur des laits. . .

On revient pourtant au jeûne systématique des nouveaunés au xxe siècle et on leur donne de l'eau sucrée pendant un ou plusieurs jours, pratique qui reste d'actualité en France jusqu'au lendemain de la Seconde Guerre mondiale. De nos jours, dans certaines ethnies, en Asie du Sud-Est, au Burkina Faso, au Mali, le colostrum ou « vieux lait » continue à être jeté.

Ainsi, les pratiques ont longtemps rendu impossible la transmission passive des facteurs anti-infectieux concentrés dans le colostrum.

3. L'évolution dans les pays développés [36, 37, 38, 39, 40, 41, 42,43]

Les données épidémiologiques montrent de grandes différences entre pays européens concernant les taux d'allaitement. Même si les tendances montrent d'une manière générale une amélioration dans tous les pays depuis les années 1980 [37], les taux d'allaitement à la sortie de maternité varient, à titre d'exemple, de 98 % en Suède à 53 % en France et les taux d'allaitement partiel à six mois de 80 % en Norvège à 10 % en Belgique [38]. Selon le rapport belge de l'Office de la naissance et de l'enfance (ONE) (service préventif assimilable aux centres de protection maternelle et infantile en France) [39], « l'exemple de la Suède montre qu'il est possible de modifier les comportements de la population par rapport à l'allaitement grâce à la prise de mesures sociales et politiques et à l'information des familles et des professionnels. En effet en 1973, seulement 30 % des bébés suédois étaient allaités à deux mois et 6 % à six mois, alors qu'actuellement 72 % sont encore allaités à six mois ».

En 2003, un bilan de la situation européenne a été publié par un groupe de travail de la Commission Européenne, reprenant les taux d'allaitement nationaux de 0 à 12 mois [40]. Les taux d'allaitement à la naissance (initiation ou à la sortie de la maternité, tout allaitement inclus y compris les allaitements non exclusifs) (fig. 12), les taux d'allaitement à 3 ou 4 mois (tout allaitement compris) (fig. 13) et les taux d'allaitement à 6 mois (tout allaitement compris) (fig. 14) ont été répertoriés.

Aux Etats-Unis, en 1998, le taux d'allaitement à la naissance est de 64%, de 29% entre 5 et 6 mois et de 16% à 1 an. Au Canada, en 1996, 34% des bébés de 4 mois sont allaités exclusivement, 13% sont allaités entre 6 et 9 mois, et 4 % sont toujours allaités à 1 an [41].

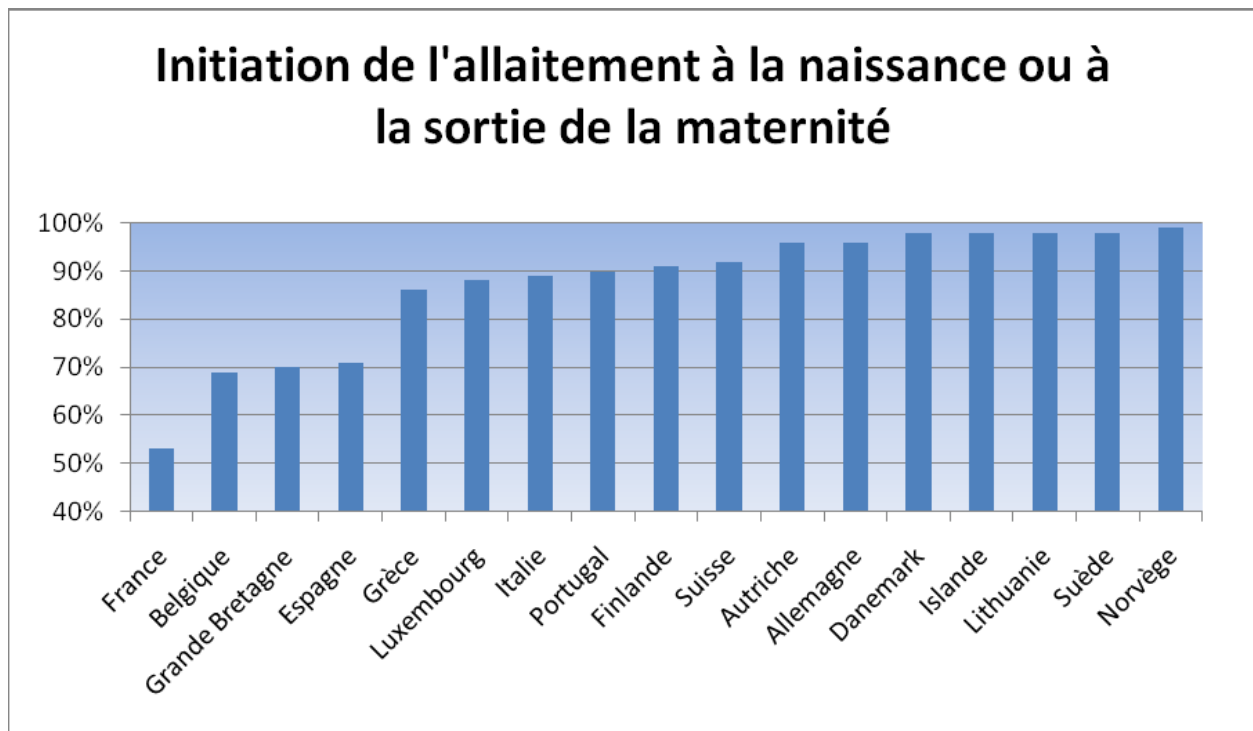


Fig. 12 : taux d'allaitement à la naissance dans 17 pays européens [40].

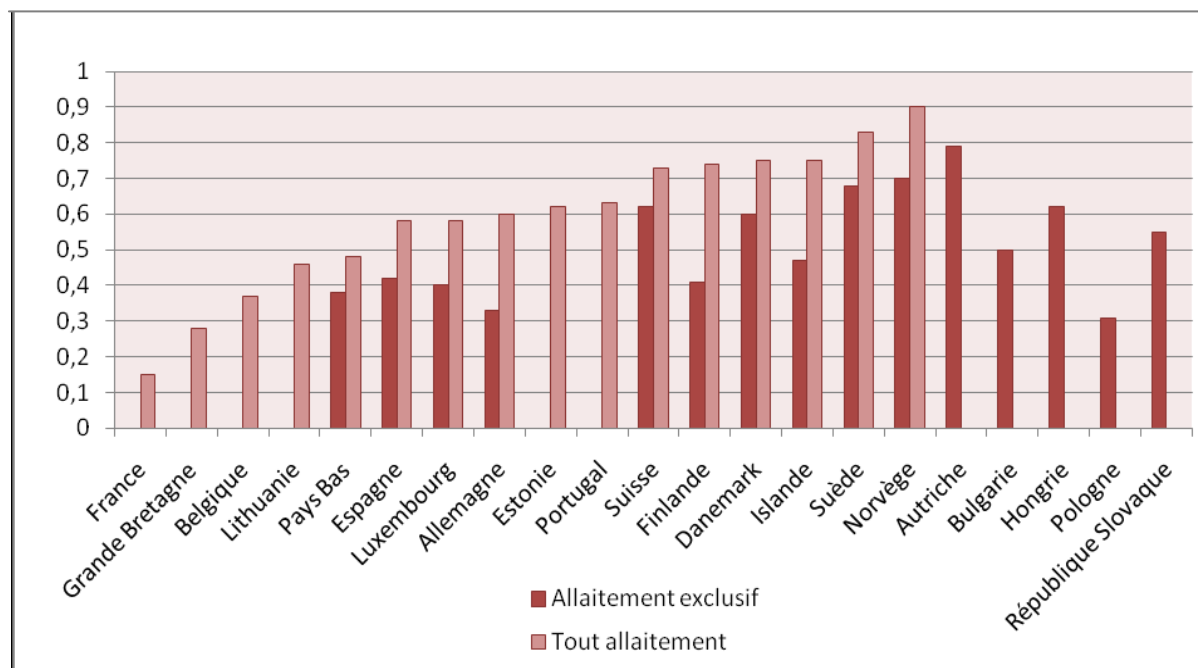


Fig13 : taux d'allaitement à 3ou4 mois (tout allaitement compris) dans 21 pays européens [40].

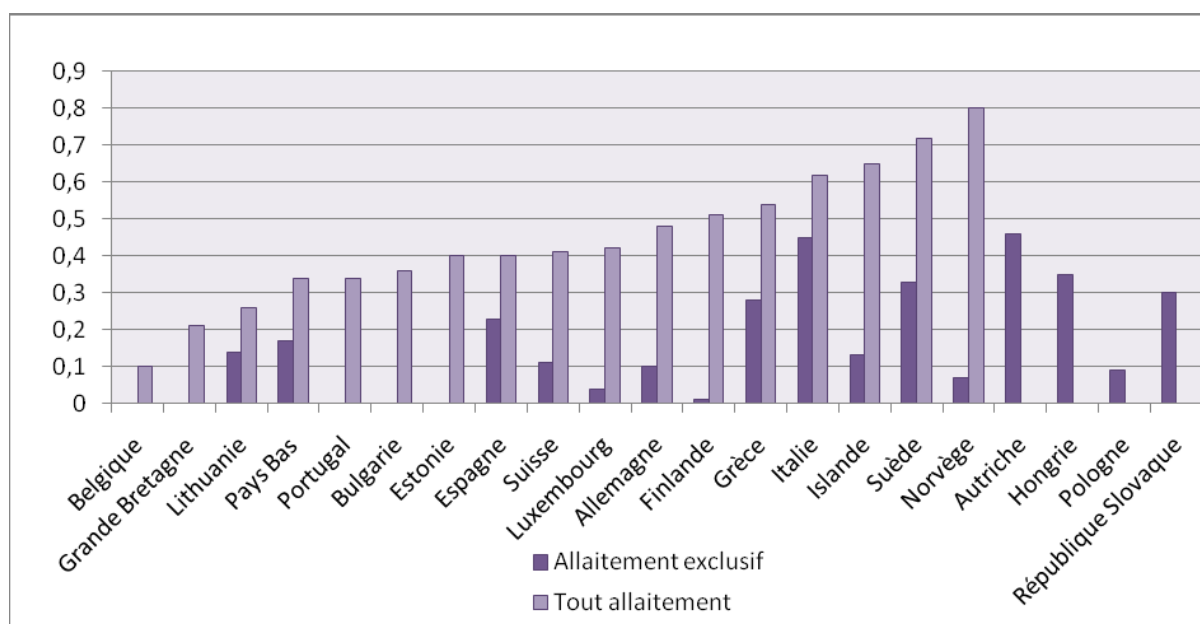


Fig. 14 : taux d'allaitement à 6 mois dans 21 pays européens [40].

4. L'évolution dans les pays en voie de développement [2,44, 45, 46]

Le déclin de l'AM dans les pays du tiers monde est un véritable drame, cause de malnutrition infantile, de mortalité et morbidité par infection [44]

Depuis une trentaine d'années, l'allaitement au sein a régressé, en 1975 plus de 95 % d'enfants ont été initialement allaités et l'âge médian du sevrage a été plus de 18 mois dans tous 13 pays examinés [45]. Après 1990, 43 % seulement des nourrissons du monde en développement sont nourris exclusivement au sein pendant les quatre premiers mois de leur vie.

Les taux d'allaitement maternel exclusif sont de l'ordre de 50 % en Asie du Sud, d'environ 25 % en Afrique subsaharienne et de 20 % en Amérique latine. 45 % seulement des nourrissons de six à neuf mois sont nourris au lait maternel complété par des aliments d'appoint. Environ la moitié des nourrissons des pays en développement sont encore nourris au sein à l'âge de 21 ou 23 mois [46].

5. La situation au Maroc [44]

Avant les années 80, l'AM ne préoccupait guère les professionnels de santé au Maroc, sa pratique était universelle. Vers la fin des années 80, commençait déjà un déclin de l'AM en faveur de l'allaitement artificiel. Ainsi, de 1979–80, la durée moyenne de l'allaitement était de 17,5 mois et de 1992 à 1997, le taux d'AM exclusif est passé de 62 % à 46 %. La durée moyenne de l'AM a, elle aussi, baissé durant la même période passant de 15.5 mois à 14 mois.

Une enquête sur la Population et la Santé Familiale (EPSF) en 2003–2004 a révélé encore le recul de l'allaitement maternel exclusif pendant 6 mois qui est arrivé à 31% [2].

A l'heure actuelle, l'abandon de l'AM constitue un problème de santé publique au Maroc. En effet, malgré les efforts d'information et d'éducation, la situation se dégrade comme en témoignent les données des enquêtes nationales sur la population et la santé (1987, 1992, 1995, 1997, 2003 et 2011).

Le tableau ci-dessous (tableau n°XXII) illustre l'évolution de la pratique de l'allaitement maternel au Maroc.

Tableau XXXVIII : Tableau comparatif des résultats des 4 études réalisées par le ministère de la santé dans le cadre de l'évolution de la situation de l'allaitement maternel au Maroc : [47-48-49-50-51-52]

	ENPS 1992 National %	EPPS 1995 National %	PAPCHILD 1997 National %	EPSF 2003- 2004 National %	EPSF 2011 National %
Taux de mise au sein précoce	49,3	41	42	52	30,3
Taux d'allaitement maternel exclusif durant 6 mois	62		43,6	31	27,8
Durée moyenne d'allaitement maternel en mois	15,5	14,7	14	14,2	16,2
Taux d'introduction du biberon à l'âge de 2 mois	23	35	47	48	38,5
Durée moyenne de l'allaitement maternel exclusif en mois	3,8	2,2	3		

III. FACTEURS INFLUENÇANT LES PRATIQUES DE L'AM

1. Facteurs socio-économiques et biodémographiques

1.1 Origine des mères

Dans la littérature, la fréquence et la durée de l'AM sont étroitement liées au milieu de résidence des mères. Ainsi, il s'avère que les campagnardes allaitent beaucoup plus que les citadines [42].

En ce qui concerne les études nationales, une étude prospective de 211 cas à la maternité Souissi de Rabat a retrouvé une association significative à la fois entre l'origine rurale et la mise au sein précoce ($p = 0,04$) et la durée envisagée d'AM supérieure à six mois ($p = 0,03$) [53] ; Une enquête nationale sur la Population et la Santé Familiale (EPSF) en 2011 a montré que les enfants

issus du milieu rural bénéficient plus d'un allaitement exclusif (30,5%) que les enfants issus de milieu urbain(24,4%) [52].

En ce qui concerne cette étude les mères d'origine rurale avait une position correcte lors des tétées à la maternité de 77,2% contre 76,4% chez les mères d'origine urbain et 62,5% chez les mères d'origine semi urbain sans que ça soit significatif.

1.2 Age des mères

Dans la littérature, l'âge maternel élevé serait associé à une augmentation de l'intention d'allaiter et au sevrage tardif [54,55].

Selon une étude faite par G. Chéron les mères âgées de moins de 16 ans allaitaient en moyenne pendant un mois, celles âgées de 16 à 34 ans pendant deux mois, celles âgées de 35 à 39 ans : trois mois en concluant donc que la durée de l'allaitement augmente avec l'âge des mères [56].

Toujours dans le même contexte, l'étude CROST et KAMINSKI [57] a révélé que 58.5 % des mères françaises âgées de plus de 35 ans ont démarré l'allaitement au sein contre 37.3 % des mères âgées de moins de 19 ans.

Au niveau national, une enquête chez 220 mères dans la région d'Agadir a montré que la prévalence de l'AM est d'autant plus élevée que la mère est plus âgée (73% chez les mères de moins de 20 ans et 88% chez les mères de plus de 30 ans) [58].

Dans notre étude, 78,4% des mères âgées de plus de 25 ans avaient une position correcte lors des tétées contre 69,4% des mères âgées de moins de 25 ans. Un âge de la mère supérieur à 25 ans a été associé aussi à une utilisation des compléments moins importante sans que ça soit significatif.

1.3 Parité

L'étude faite à la maternité Souissi de Rabat a montré que La multiparité était associée à la mise au sein précoce et à une durée envisagée prolongée d'AM ($p < 0,0001$) [53], même résultat constaté dans l'Enquête National sur la Population et la Santé Familiale en 2011 avec un pourcentage de mise au sein précoce de 37,3% pour le quatrième enfant et plus contre seulement 19,4% pour le premier [52].

Selon l'étude d'Agadir le rang dans la fratrie influe sur la pratique de l'AM (1er rang 76% et 5e rang 94,6%) [58]. Ce qui concorde aussi avec l'étude faite à la maternité de l'hôpital Antoine-Béclère qui a montré que parmi les femmes ayant initié un AM, les multipares avaient presque 3 fois plus de chances d'allaiter au sein leur enfant à 1 mois que les primipares [59].

Quand à notre étude, 54,6% des multipares avaient une mise au sein précoce contre 38,5% des primipares ; de même le taux de la position correcte lors des tétées était plus élevé chez les multipares.

1.4 Travail de la mère

L'activité professionnelle affecte de façon très significative la prévalence et la durée de l'allaitement maternel, les femmes au foyer ont une prévalence plus élevée de l'allaitement maternel et allaitent plus longtemps que celles qui travaillent en dehors du foyer [2].

En effet l'étude d'Agadir a trouvé que Les femmes au foyer (84,7%) allaitent plus que les femmes exerçant un emploi (40%) [58].

L'étude menée par CROST et KAMINSKI [57], a objectivé, elle aussi, que les femmes au foyer étaient d'autant plus nombreuses à allaiter leurs enfants au sein que celles en activité professionnelle (51.1 % contre 45 %). Ceci ressort également dans l'étude de Branger et Cebron [61], puisque seulement 10 % des mères qui travaillent en dehors du foyer continuent à allaiter leurs enfants jusqu'à l'âge de 6 mois.

Le temps de travail a également un impact important sur la durée de l'allaitement : des données américaines montrent que 42,4 % des femmes travaillant à temps partiel allaitent toujours leur bébé à quatre mois contre 34,3 % des femmes travaillant à temps plein et 39,9 % des femmes ne travaillant pas [62].

Dans cette étude, les femmes aux foyers étaient majoritaires (93.3%) et utilisaient des compléments dans des cas 49,5% contre 28,6% chez les femmes exerçant un emploi sans que ça soit significatif .

1.5 Niveau socio économique

Un déclin de l'AM lié à l'accroissement du niveau de vie est noté dans les pays en développement, et il est relatif en fonction du pays. Ceci est confirmé par l'étude de Meziane qui a objectivé que 76,6 % des femmes pauvres donnaient le sein contre 38,4 % des femmes aisées [63].

À l'inverse, dans les pays industrialisés, il existe une corrélation positive entre le niveau élevé et le taux de démarrage précoce de l'AM ainsi que de durée [64].

En effet l'étude de CROST et KAMINISKI [57] menée en France, a révélé que 52% des femmes issues d'un milieu aisé ont démarré l'allaitement au sein et seulement 49% des mères de bas niveau socio-économique ont opté pour ce mode d'allaitement.

Dans notre étude, l'accroissement du niveau de vie a été associé à un taux d'utilisation des compléments plus élevé.

1.6 Niveau d'instruction

Le niveau d'études élevé serait, un facteur régulièrement associé à une durée prolongée d'AM [65], en effet, l'étude Ego et al. [66] révèle que les mères dont la scolarité était la plus courte avaient un risque quatre fois supérieur de sevrer prématurément leur enfant par rapport aux femmes de niveau d'études supérieur.

Par contre dans les pays en voie de développement, l'élévation du niveau d'études s'accompagne d'une diminution du taux de l'AM [2].

Quand aux enquêtes nationales, la fréquence et la durée de l'AM seraient inversement proportionnelles au niveau d'instruction des mères. Parmi ces enquêtes on retrouve celle d'Agadir qui a montré que le niveau d'instruction de la mère joue un rôle très significatif ($p < 0,05$) sur le mode d'AM, la prévalence est plus élevée (84,2%) chez les analphabètes que chez les instruites (70,9%) [58].

L'étude [2] montre aussi que la durée de l'allaitement était inversement proportionnelle à l'élévation du niveau d'instruction.

Dans cette étude, l'élévation du niveau d'études s'accompagne d'un taux de position correcte lors tétées sans que ça soit significatif.

En conclusion, dans les pays en voie de développement, tel le Maroc, l'âge avancé de la mère, l'origine rurale, le bas niveau d'instruction, la non-profession et le bas niveau socioéconomique constitueraient des facteurs favorisant la pratique de l'AM dans notre contexte culturel.

2. Caractéristiques de la grossesse et accouchement

2.1 Suivi de la grossesse et consultations prénatales

Le fait d'avoir suivi des cours de préparation à la naissance ou de soins au bébé est associé à un AM prolongé au-delà de quatre mois [67]. De même, la participation à des séances d'information prénatale sur l'allaitement est à l'origine d'un allaitement plus long et exclusif [68].

L'étude CROST et KAMINSKI [57] a montré que 60.5% des mères suivies pendant leur grossesse allaitent leurs enfants au sein contre 45.8 % chez les mères non suivies. Aussi le taux d'AM augmente avec le nombre de consultations prénatales, il est de 42.9 % chez les femmes ayant consulté moins de 3 fois, et de 52.8 % chez celles ayant dépassé 11 consultations.

LABARERE et DALLA-LANA ont rapporté dans leur étude au niveau des établissements d'Aix et Chambéry [69] que la taux d'AM chez les femmes suivies pendant leur grossesse est de 76.9 % contre 61.1 % chez les femmes non suivies.

En ce qui concerne l'étude de A. Hassani et al. [53], la grossesse était suivie dans 86 % des cas. Le suivi de la grossesse s'est déroulé dans une structure publique dans 75 % des cas, et seulement 31% des grossesses ont bénéficié d'un nombre suffisant de visites prénatales (> 4).

Les conseils prénataux sur l'AM ont concerné 22,3 % des femmes et ont compris les aspects suivants : les avantages du LM (22,3 %), la proscription des autres liquides (5 %), la mise au sein dans la première heure (3,8 %), la conduite de l'allaitement (2,3 %), l'hygiène des seins (1,8 %). Ces femmes ont donné le sein significativement plus tôt que les autres (81 vs 40 %, [p < 0,0001]), de même la durée envisagée d'AM était plus longue (85 vs 66 % [p = 0,01]).

Dans cette étude, la grossesse était suivie dans 76 % des cas. Le suivi de la grossesse s'accompagne d'un taux élevé de mise au sein précoce (69%) contre 20% des grossesses non

suivies. Le suivi s'est déroulé dans une structure privé dans 63,2% des cas. La sensibilisation concernant l'allaitement maternel était sous forme de conseils verbales dans 67% des cas et audio visuels en utilisant des vidéos et des posters dans 33% des cas ; cette sensibilisation s'est déroulée lors des séances vaccination dans 73,5% et le mari n'a participé que dans 18,4%; chez les primipares la sensibilisation était assurée surtout par l'entourage familial des mères.

2.2 Terme de la grossesse

Les taux d'initiation de l'allaitement sont plus faibles chez les enfants prématurés, mais les enfants prématurés allaités ne le sont pas moins longtemps que les autres [67].

Quand à cette étude, les nouveau-nés prématurés avaient un taux faible de mise au sein précoce (33,3%) par rapport aux nouveau-nés à terme (50,8%) sans que ça soit significatif.

La production de lait est physiologiquement possible dès le milieu de la grossesse. En cas de naissance prématurée, la composition du lait est différente de celle du lait « à terme », surtout pendant les 4 à 6 premières semaines, probablement en raison d'un prolongement de la phase colostrale [70]. Des études ont montré l'insuffisance nutritionnelle du lait « pré-terme » chez des prématurés de très faible poids de naissance, en raison d'une trop faible teneur en protéines et minéraux (dont les concentrations baissent avec la lactation alors que les besoins restent élevés).

Cette insuffisance peut être compensée par un enrichissement du LM. Cette réserve étant faite, le LM reste le lait le plus adapté pour les prématurés, pour différentes raisons :

- Le LM est plus facile à digérer et améliore le transit intestinal, facilitant ainsi la tolérance de l'alimentation entérale [70].
- Non pasteurisé, il contient une lipase qui facilite l'absorption des graisses.
- Il a été montré que le LM diminuait le risque et la gravité de l'entérocolite ulcéronécrosante, qui est la première cause d'urgence digestive chirurgicale chez l'enfant prématuré.
- D'un point de vue immunologique, le LM limite la survenue de maladies infectieuses en raison des nombreux facteurs de défense qu'il contient.
- L'alimentation au LM permet un meilleur développement cognitif ultérieur : une étude portant sur 300 prématurés nourris par gavage [71], a retrouvé des scores de Q.I. à l'âge de 7 ans 1/2 à 8 ans significativement supérieurs chez ceux ayant reçu du LM.

Une méta analyse [72] donne des résultats concordants : les enfants allaités ont un meilleur développement cognitif et cet effet est plus marqué pour ceux nés prématurément.

2.3 Mode d'accouchement

Des recherches indiquent que l'expérience obstétricale des femmes peut affecter le démarrage de l'AM et influencer sur sa durée [57,69]. Concernant le mode d'accouchement, il a été démontré que l'accouchement par voie vaginale pouvait avoir une influence positive sur le comportement d'allaitement [73], tandis qu'un accouchement par césarienne a été identifié comme un facteur significatif de sevrage avant quatre mois [74]. En effet, l'étude de LABARERE et DALLA-LANA dans les établissements d'Aix et Chambéry [69] a montré que le taux d'AM chez les femmes qui ont accouché par voie basse est plus élevée que chez celles césarisées (89 % contre 11%). Selon G. Chéron, l'allaitement était pratiqué par 99,1% des femmes ayant eu un accouchement normal, et par 90 % des femmes ayant eu un accouchement difficile ou une césarienne [56].

Concernant le type d'anesthésie, une étude prospective [75] sur 3 groupes de 28 femmes ayant accouché par césarienne sous anesthésie péridurale pour l'un, sous anesthésie générale pour un autre, et par voie basse pour le dernier, indique que les allaitements sont plus fréquents et plus longs après anesthésie péridurale qu'après anesthésie générale (sans doute en raison de la possibilité d'établissement plus précoce du lien mère-enfant). L'anesthésie locorégionale semble donc préférable pour les mères devant subir une césarienne et qui souhaitent allaiter [76].

D'après le rapport de l'Anaes [9], l'analgésie péridurale pendant le travail peut retarder le réflexe de succion mais ne compromet pas le devenir de l'allaitement. Il semble que la réussite ou l'échec de l'allaitement est plus à mettre sur le compte de la qualité du soutien global dont bénéficient ou non les mères, notamment au moment de la mise en oeuvre de l'allaitement [77].

2.4 Séparation mère-enfant

La proximité du nouveau né de la mère et le contact peau à peau est une condition essentielle pour le bon démarrage de l'allaitement maternel. La prévalence et la durée de l'allaitement maternel sont significativement plus élevées en cas de non séparation mère nouveau né [2].

Branger et Cebron [78], ont montré que la présence du nouveau né avec sa mère la nuit lors du séjour en maternité est un facteur associé à une durée plus longue de l'allaitement maternel (13 semaines versus 10 semaines).

Or, selon une étude française [84], 27% des nouveaux nés dans la maternité sont séparés de leurs mères et selon l'étude française [80], 5% des NN dans la maternité sont séparés de leurs mères en raison d'un transfert en néonatalogie.

Quant à l'étude faite à la maternité Ibn Tofail [44], 72% des nouveau-nés (NN) séparés de leurs mères le sont pour une cause maternelle (64,8% : mères césariées et 7,2% : mères en réanimation). 28% des NN séparés de leurs mères le sont pour des raisons foetales (37,2% prématurité, 48,8% souffrance néo-natale, 20% infection néo-natale).

Dans notre étude, 29% ont été séparés de leurs mères à la naissance en raison d'une pathologie transitoire de la mère ou du bébé; 26,2% de ces NN avaient une mise au sein précoce contre 61,4% chez les NN non séparés de leur mère .

IV. CONNAISSANCES ET PRATIQUES DES MERES EN MATIERE D'ALLAITEMENT MATERNEL ET DIETETIQUES INFANTILES

1. Allaitement maternel

1-1. Durée de l'AM exclusif

L'allaitement est exclusif lorsque le nouveau-né ou le nourrisson reçoit uniquement du LM à l'exception de tout autre ingestat, solide ou liquide, y compris l'eau [1].

L'OMS et l'UNICEF recommandent l'allaitement maternel exclusif pendant six mois.

Ces recommandations sont universelles et pourtant plusieurs études montrent que la pratique d'un AM exclusif est en régression.

Dans les pays industrialisés la situation est variable avec pour certains une pratique habituelle de l'AM prolongé et une durée médiane d'au moins 6 mois [56].

En France, selon une étude effectuée en 2012 par Salanave et al. [81] l'allaitement avait débuté à la naissance chez 69,1 %. Plus de la moitié des mères 59,7 % nourrissaient leur enfant exclusivement au sein, à l'âge d'un mois, l'allaitement maternel concernait 54,4 % des enfants dont seulement 35,4% de manière exclusive. Au Gabon, seulement 2,6 % des mères pratiquent un AM jusqu'à cinq mois [82]. La prévalence de l'allaitement exclusif à la naissance dans certains pays africains: 98 % en Ouganda, 99 % en Zambie et 85 % en Côte d'ivoire [83].

Au Maroc, l'Enquête sur la Population et la Santé Familiale, EPSF ; 2011. [52] a révélé un taux d'allaitement maternel exclusif à 6 mois de 27,8%, l'étude faite à l'hôpital Souissi à rabat a montré que 30 % des parturientes comptaient allaiter pendant six mois, 40 % jusqu'à l'âge de sept à douze mois, et seulement 29 % jusqu'à treize à vingt-quatre mois [53].

Mlle JAOUID dans son étude, a trouvé que 68 % des mères pratiquaient l'AM exclusif pendant les 3 premiers mois [44], quant à l'étude de Mlle NAHI, la durée moyenne de l'allaitement maternel exclusif est de 2.7 mois (la médiane étant de 3.17 mois), seulement 9.2 % des femmes ont allaité leur enfant exclusivement jusqu'à 6 mois [2].

Les causes profondes de cette désaffection de la pratique de l'allaitement au sein semblent être le résultat de différents facteurs très intriqués intervenant simultanément : sociales, économiques ou culturels.

- Les modifications de la structure familiale notamment le manque du soutien psychologique de l'entourage.
- L'urbanisation et le travail salarié des mères.
- Des préoccupations d'ordre esthétique.
- Le développement de l'industrie agro-alimentaire et la mise sur le marché d'aliments diététiques infantiles accompagnée d'une publicité "agressive".
- L'insuffisance de la formation dispensée aux professionnels de santé.

Dans cette étude, le taux d'allaitement maternel exclusif à la maternité est de 69%. 17,1% des mères interrogées avaient un enfant allaité exclusivement au sein pour une durée de 4 mois, 28.1% pendant 4 à 6 mois et 54,8% ont allaité leurs enfants exclusivement au sein pendant 6 mois.

1-2. Avantages de l'AM

Le niveau de connaissance en matière d'AM des mères est positivement associé à une durée d'allaitement plus longue [84]. Toutefois, cet effet dépend de la parité des mères. En effet, un degré de connaissance élevé chez les mères primipares est associé à une durée d'allaitement prolongée, mais cette association n'est pas retrouvée chez les mères multipares [54,81]. Selon l'étude de V. Siret et al. à la maternité de l'hôpital Antoine-Béclère (Clamart) [60], 76% des mères ont choisi l'AM pour ces bénéfices pour l'enfant, 35 % pour ces avantages dans la relation mère/enfant, 2% l'ont choisit pour d'autre motifs et une femme ne sait pas ses avantages.

Dans l'étude faite à l'hôpital Souissi de Rabat 84 % pour cent des parturientes pensaient que le LM constituait l'aliment de choix pour le nouveau-né [53]. Au Gabon et selon l'étude de G. Chéron la bonne santé du bébé était la réponse chez 63,4 %, une pratique naturelle : 26,3%, la relation mère enfant : 12,8 %, les raisons économiques : 7,4 % [56].

Dans cette étude, la connaissance des avantages de l'AM étaient insuffisante mais elle était associée à un taux de mise précoce au sein, une fréquence des tétées et une durée des tétées plus élevés avec une différence non significative.

1-3. Premier lait

Selon l'étude de l'hôpital Souissi de Rabat 74% des mères interrogées savaient que le colostrum existait, 70 % d'entre elles ont déclaré qu'il était bénéfique pour la santé du bébé sans connaître les raisons, et seulement 8 % connaissaient ses avantages nutritionnels [53].

Dans cette étude, 82,9% des femmes pensaient que le premier lait est bénéfique pour la santé des bébés, 14,3% pensaient que c'était un mauvais lait et 2,8% n'avait aucune idée.

1-4. Caractéristiques des tétées

La lactation fonctionne selon le principe de l'offre et de la demande :

« Plus le sein est stimulé et plus il synthétise de lait », les mères ont besoin en moyenne de 8 à 12 tétées par jour pour démarrer et entretenir la lactation, certaines ont besoin de plus, d'autres de moins. Leur capacité à « donner du lait » à chaque tétée (aussi appelée « capacité de stockage du

sein ») est variable [85]. Ne pas limiter le nombre et la durée des tétées permet d'établir une lactation adaptée aux capacités de la mère qui sont inconnues au démarrage [86]. Les médecins pourront s'appuyer sur ces recommandations pour éviter de donner un nombre de tétées maximum [87].

Selon Taveras EM et al. [88], la présence d'un problème de succion du bébé est un prédicteur significatif de ne pas allaiter le bébé exclusivement à 12 semaines. Une technique de succion correcte est un préalable indispensable à la réussite de l'allaitement et à sa durée. Celle-ci peut être corrigée précocement, ce qui permet d'atteindre le même niveau d'allaitement [89].

Quant aux études nationales, dans l'étude de la maternité de l'hôpital Souissi de Rabat on a constaté que le délai entre l'accouchement et la première tétée était inférieur à trois heures dans 13%, entre quatre et six heures dans 35 %, et supérieur à six heures dans 52 %. Ces tétées étaient données à la demande dans seulement 21 % des cas [53].

En ce qui concerne cette étude, la fréquence des tétées variait entre 1 et 16 tétées par jour avec une moyenne de 6,3 ; la position lors des tétées était correcte chez 72,4% des mères, 26,6% avaient allaité leurs bébés durant les 3 premières heures après l'accouchement, 31% avaient mis au sein leurs bébés entre la 3^{ème} et la 6^{ème} heure après l'accouchement, 23% avaient allaité entre la 7^{ème} heure et la 12^{ème} heure après l'accouchement et 19,4% des mères seulement avaient allaité après 12 heures de l'accouchement.

2. Diversification alimentaire

2.1 Age de la diversification

La diversification alimentaire se définit par l'introduction d'aliments autres que le lait dans le régime du nourrisson. L'OMS et l'UNICEF recommandent l'introduction d'aliments complémentaires à partir de 6 mois. Cependant plusieurs travaux démontrent que cette diversification de l'alimentation commence trop précocement avant l'âge de 6 mois.

L'étude de Rovillé-Sausse et al. [90] a montré que l'âge moyen d'introduction de nouveaux aliments était de 3 mois en Algérie, 3.5 au Maroc et 4.3 mois en Tunisie.

L'étude effectuée en milieu urbain au BURKINA FASO [91] a révélé que 20,6% des enfants avaient reçu une alimentation autre que le lait maternel avant l'âge de 4 mois.

En France, selon l'étude BRANGER et CEBRON [92], 40% des bébés ont eu des compléments dans la maternité. Cette pratique était associée à une durée d'allaitement beaucoup plus courte (6 semaines contre 13 semaines).

Plusieurs études ont aussi montré que l'introduction de compléments avant l'âge de 6 mois entraînait un sevrage plus précoce. Ainsi, Hill et al. [93] ont mis en évidence que l'introduction précoce (durant la deuxième semaine) de biberons de substitut de lait était nettement associée à un sevrage plus rapide: à 20 semaines, dans 2 échantillons de 120 et 223 mères sélectionnées, respectivement 63 % et 59,7 % des mères qui ne donnaient pas de compléments allaitaient encore comparativement à 28,1 % et 24,2 % de celles qui avaient donné du substitut de lait.

En effet, ces compléments de substitut de lait sont donnés le plus souvent au biberon, et l'usage de tétines pour apaiser les bébés est extrêmement répandu. Des différences à la fois mécaniques et dynamiques caractérisent la succion au sein de celle exercée sur une tétine artificielle ce qui pourrait perturber l'apprentissage de la tétée au sein, indépendamment de l'effet des compléments sur la régulation de l'appétit de l'enfant et entraîner par la suite une « confusion sein-tétine ». Plusieurs études ont démontré que l'utilisation de tétine diminue la durée de L'AM [94,80].

Plusieurs études de la littérature [95, 96, 97, 98, 99] ont montré aussi que les mères de niveau d'étude plus bas ainsi que les mères d'au moins trois enfants, et les mères âgées de plus de 35 ans diversifiaient plus tôt et faisaient également plus d'erreurs nutritionnelles.

Ces mères avaient l'expérience personnelle des enfants précédents et probablement avaient tendance à banaliser l'alimentation, ou à proposer plus tôt à leur nourrisson le régime alimentaire des plus âgés.

Dans l'étude réalisée à la maternité de l'hôpital Souissi de Rabat [53], concernant la diversification alimentaire, 63% des femmes l'envisageaient entre 4 et 6 mois, 29 % pendant les trois premiers mois et seulement 8 % au delà de six mois.

Dans cette étude, 40% pensaient introduire les aliments de complément entre 4 et 6 mois, 32 % durant les 4 premiers mois et 28% après 6 mois.

Si on considère que la diversification trop précoce est un facteur de risque de manifestations atopiques, les conséquences en termes de santé publique sont importantes. Une diversification trop précoce pourrait être de ce fait responsable de consultations, d'hospitalisations, et de traitements médicamenteux supplémentaires, et en conséquence d'un coût financier non négligeable [93].

2.2 Nature des aliments de complément

En pratique : l'allaitement doit être exclusivement lacté durant les trois premiers mois de la vie.

- Un apport lacté d'au moins 500 ml par jour est indispensable pendant toute la période de diversification alimentaire, c'est-à dire jusqu'à l'âge de 3 ans. La première phase de la diversification a pour objectif, durant 2 à 3 mois, la découverte des aliments à 4 différents groupes : produits laitiers, produits céréaliers, fruits et légumes, viandes et substituts, avec l'apprentissage de la cuillère.
- Durant la seconde phase, jusqu'à 3 ans, l'enfant découvre les différents saveurs et textures, jusqu'à une alimentation proche de celle de l'adulte, adaptée en quantité à ses besoins physiologiques.
- Le rythme de 4 repas, une fois l'alimentation diversifiée, est suffisant : rien ne justifie des collations supplémentaires, ni le recours à des boissons sucrées ou autres friandises, responsables de caries et de surpoids.

Dans l'étude de S. Rigal et al. [100], l'introduction de gluten à 6 mois ne concerne que 6 % des enfants diversifiés, celle des protéines animales 9,5%. Une étude sénégalaise a montré que le sevrage complet survient vers 10 mois $\pm$ 4. La diversification commence entre 5 et 8 mois, à base de bouillie de mil et de décoction de pain de singe [101] et le sevrage à 17 $\pm$ 3 mois.

Quant aux études nationales, dans l'étude d'Agadir la diversification du régime elle commence entre le troisième et le quatrième mois avec de la soupe, de légumes, la purée de pommes de terre, les oeufs, le yaourt ou le fromage [58]. Selon A. Barakat [102], plus de 25% des femmes continuent à administrer des liquides type tisane ou autre avant la première tétée. Quant à l'étude de A. Jaouid [44], les farines constituent l'aliment le plus consommé, puis les préparations à base de mélanges.

Dans notre étude, on a constaté que 51,9 % ne savaient pas par quel aliment compléter l'allaitement maternel, 30,5% donnaient comme complément des produits céréaliers, 7,6 % donnaient de la soupe, 6,1% donnaient les produits laitiers et 3,9% avaient choisi autres compléments.

On peut donc déduire que l'âge de la diversification alimentaire et la nature de l'aliment de complément dépendent en grande partie des habitudes et croyances culturelles. Néanmoins, l'origine géographique, le pouvoir d'achat des parents et leur niveau d'instruction influent sur la diététique alimentaire du nourrisson.

3. Sevrage des bébés

Le sevrage est une étape obligatoire pour un enfant allaité. Il est source d'angoisse pour de nombreux parents qui le perçoivent comme un passage difficile. Il est pourtant possible (et souhaitable) que le sevrage se déroule en toute quiétude.

D'après le dictionnaire de la langue française, sevrer correspond à « cesser progressivement d'allaiter, d'alimenter en lait, pour donner une nourriture plus solide ». Dans son sens littéraire, ce terme a une connotation négative puisqu'il s'agit de « priver (quelqu'un de quelque chose d'agréable) ». D'une façon plus large, on peut considérer le sevrage comme une période commençant par le début de la diversification alimentaire et se terminant par l'arrêt complet de l'AM.

3.1 Age du sevrage

Le sevrage précoce des nourrissons est une pratique répandue aussi bien dans les pays occidentaux que dans les pays en voie de développement. Pour de nombreux parents et professionnels de santé, la durée de l'AM est grossièrement calquée sur celle du congé de maternité, soit entre 2 et 3 mois. En France par exemple, parmi les bébés allaités à la naissance, la moitié sont sevrés –c'est-à-dire ne reçoivent plus de LM– à 2 mois et plus des 2/3 le sont à 3 mois. On constate que cette durée n'est pas en accord avec les recommandations d'instances nationales et internationales. Si l'on suit ces recommandations, le début de la diversification (c'est-à-dire l'introduction d'aliments variés) se situe vers 6 mois, sans que cela présage du moment du sevrage

au sens strict, c'est-à-dire de l'arrêt de l'AM. L'OMS recommande même la « poursuite de l'AM jusqu'à l'âge de 2 ans ou au-delà » [103].

Rovillé-Sausse et al. [104] dans leur étude ont trouvé que l'âge moyen du sevrage était de 39,5 semaines (9.8 mois) au Maroc, 78 semaines (19.5 mois) en Algérie et 35 semaines (8.7 mois) en Tunisie.

En USA, NOVOTNY et al. [105] ont rapporté que la durée moyenne de l'AM était de 150 jours (5mois), 45% des femmes allaitent jusqu'à 6 mois et seulement 15% allaitent jusqu'à 1 an.

Selon l'étude réalisée à l'hôpital Souissi de Rabat [53], 30 % des parturientes comptaient allaiter pendant 6 mois, 40 % jusqu'à l'âge de 7 à 12 mois, et seulement 29 % jusqu'à 13 à 80 mois. L'étude d'Agadir a montré que le sevrage complet survient vers 10 mois $\pm$ 4 [58].

Quand à l'étude faite à Marrakech par Nahi et al. [2] l'âge moyen du sevrage est de 9.6 mois, 34.4 % des nourrissons étaient sevrés avant 6 mois et seulement 2.6 % à 2 ans.

Quant à notre étude, 67,6% avaient l'intention de sevrer leurs enfants après 13 mois, 31% entre 6 et 12 mois et 1,4% ont décidé de sevrer leurs bébés avant 6 mois.

3.2 Raisons du sevrage précoce

Selon l'étude de BRANGER et CEBRON [61], 78 % des mères ayant sevré leurs enfants pendant le premier mois disent que leur lait est mauvais.

Dans l'étude de V. Walburg [106], lorsque l'on se penche sur les raisons ayant entraîné un arrêt prématuré de l'allaitement, on remarque que la première raison évoquée est les difficultés rencontrées au cours de l'allaitement, la deuxième raison était le travail chez 14.3 % des mères.

En effet en Mexique, Guerrero et al. [107] ont rapporté que parmi les femmes ayant eu des problèmes durant l'allaitement maternel, 76 % ont réduit ou cessé l'AM. Il s'agissait de maladie de l'enfant dans 56% des cas, allaitement douloureux dans 53%, insuffisance lactée dans 50%.

Dans une autre étude de V. Walburg [106], on note que les interruptions sont dans la majorité des cas à mettre sur le compte de difficultés avec la mise en route de l'allaitement (45 % pour manque de lait, 10 % en raison d'une perte de poids du bébé). En effet, le manque de lait et l'insuffisance de prise de poids du bébé sont souvent la conséquence d'un mauvais positionnement du bébé au sein [44].

Par ailleurs, une étude Néerlandaise [108], a également montré qu'une des premières causes de cessation de l'allaitement durant les premières semaines est due à des difficultés et que celles ci sont souvent liées à une mauvaise technique de mise en route.

De plus, plusieurs études [109–110] ont montré qu'un accompagnement dans les premières semaines pouvait considérablement réduire le nombre d'arrêts liés aux difficultés.

Par ailleurs, une autre étude menée par Walburg V [111], ayant comparé des mères allemandes et des mères françaises, a montré que les mères allemandes sont significativement moins nombreuses à cesser leur allaitement suite à des difficultés. Or, les femmes allemandes bénéficient d'un accompagnement de leur allaitement dans les premières semaines via des visites de sages-femmes à domicile.

Une étude [109,112] a montré qu'une intervention de soutien, d'accompagnement et d'information inspirée des thérapies comportementales et cognitives en postnatal diminuait de manière significative les arrêts suite à des difficultés.

Au Maroc, l'étude MEZIYANE effectuée à Oujda [113] a montré que les motifs avancés par les mères pour le sevrage précoce étaient par ordre de fréquence la survenue d'une nouvelle grossesse, l'arrêt de la sécrétion lactée lors d'une émotion ou lors de prise de pilule, maladie de la mère et ou de l'enfant, le travail de la mère et que l'enfant n'a pas apprécié le lait maternel.

L'ENPS [114] a trouvé que les causes du sevrage précoce diffèrent selon les milieux urbains et ruraux :

Tableau XXXIX: Causes du sevrage précoce selon le milieu urbain et rural

Causes du sevrage précoce	Urbain %	Rural %
Insuffisance lactée	28	11,3
Maladie de la mère	4	17
Nouvelle grossesse	11	35
Reprise de l'activité professionnelle	4	0,4

V. PROMOTION DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

Un soutien approprié apporté aux femmes en suites de couches peut permettre la mise en place de l'allaitement maternel, l'AM peut être ainsi réussi après accouchement par césarienne si l'environnement de l'hôpital lui est favorable.

D'où l'importance des mobilisations des maternités dans l'action de promotion de l'AM [2]

1. Les trois règles d'or pour réussir l'allaitement maternel

Il semblerait qu'il y ait sur la pratique de l'AM au cours des premières semaines, un fort consensus professionnel, dans la logique de la physiologie de la lactation. Ces conseils, que nous avons choisi de nommer les 3 «règles d'or », pourraient favoriser un bon démarrage de la lactation [115]. Ensuite, au bout d'un temps variable selon les auteurs (de 6 à 16 semaines), la lactation semble être moins directement dépendante du taux de la prolactine. Il n'y a alors plus de physiologie hormonale de la lactation, mais le lait continue d'être produit, les seins sont en autonomie de fonctionnement [116,117].

1-1. Première règle : l'allaitement à la demande [115-119].

L'allaitement obéit à la loi de l'offre et de la demande et le plus vraisemblablement à la demande de l'enfant régulant l'offre [118].

L'allaitement à la demande est la base d'un allaitement réussi. C'est le seul moyen de respecter totalement la physiologie de la lactation, d'éviter les difficultés (prévenir les engorgements) et de répondre réellement aux besoins de l'enfant par une sécrétion lactée suffisante [115, 116,119].

Répondre à cette demande de façon adéquate aidera l'enfant à trouver son propre rythme de sommeil et de faim et à s'adapter doucement à son nouveau mode actif d'alimentation [116,119].

Il n'est pas nécessaire de réveiller un nouveau-né à terme, de poids normal et en bonne santé [116,119]. C'est lui qui fixera le nombre et les horaires de ses tétées en fonction de ses périodes de vigilances. Le nombre des tétées quotidiennes est très variable d'un enfant à l'autre, et pour le même enfant, d'un jour à l'autre.

Certaines études ont montré que les tétées sont souvent peu fréquentes le premier jour puis que le nombre augmente rapidement entre la troisième et le septième jour (6 ou 7 tétées par 24 heures en moyenne) et décroît ensuite [116,120].

Certaines mères tentent de réduire le nombre des tétées croyant qu'il est indispensable et possible d'imposer à leur bébé de plus longs intervalles entre les tétées parce qu'elles appréhendent de voir se prolonger le schéma des premières semaines sur plusieurs mois. Il faut rassurer les mères sur le fait qu'à la fois la fréquence et la durée des tétées ont tendance à diminuer avec le temps [87].

Il n'existe donc aucune règle quant à la durée ou le nombre de tétées; certains bébés pourront réclamer toutes les deux heures, d'autres toutes les quatre à six heures, les mères ne devront pas s'inquiéter si leur enfant paraît ne pas être « typique » [116,87].

1-2. Deuxième règle : ne pas imposer de durée stricte pour les tétées mais être bien positionnée

Pendant de nombreuses années, on a couramment cru qu'il fallait limiter le temps de succion dans les premiers jours pour éviter les problèmes de mamelons douloureux. De récentes études montrent que l'irritation des mamelons ne dépend pas de la durée des tétées [87], mais est due à une mauvaise position du bébé au sein dans 85% des cas ou à des problèmes de succion dans 15% des cas [115].

De plus, conseiller à une mère de limiter le temps de succion peut être néfaste pour plusieurs raisons:

- La plus grande quantité de lait sera prise durant les premières minutes de la tétée (lait peu calorique, désaltérant), mais la composition du lait se modifiant au cours de la tétée, le lait riche en matières grasses sera pris en fin de tétée produisant en partie la sensation de satiété.
- Interrompre trop tôt la tétée aurait pour conséquence de diminuer la ration calorique de l'enfant, même si, sur un plan quantitatif, cela semble convenable [87,121].
- L'idéal serait donc de laisser le bébé téter le premier sein aussi longtemps qu'il le souhaite et d'attendre qu'il le lâche de lui-même. En commençant avec l'autre sein à la tétée suivante, il n'y aura pas de déséquilibre dans la production du lait et pas de phénomènes d'engorgement [116,118].
- La durée du flux d'éjection est de maximum 30 minutes et correspond à trois ou quatre pics de sécrétion d'ocytocine. Pour entretenir la lactation, il faut que le bébé tète jusqu'à la fin du flux plusieurs fois par jour et certains bébés ont besoin de 20 à 30 minutes pour parvenir à la fin de ce flux [87].
- Ensuite, vers la fin du premier mois, une fois la lactation bien démarrée, la mère peut décider librement du temps qu'elle peut et veut passer avec l'enfant au moment des tétées pour essayer de les réguler [116].

Comme nous l'avons vu, la position est un point essentiel sur lequel nous aimerions insister [116,117, 87].

La position de la mère qui doit être installée confortablement afin d'éviter la survenue de contractures dorsales douloureuses.

Une bonne position pour la mère est une position qui permet:

- D'éviter les points de douleur (périnée, cicatrice de césarienne, sciatique...),
- D'éviter la tension des épaules et de la nuque (poids du bébé ne reposant pas sur les bras), en utilisant des coussins par exemple, pour soutenir le bébé.
- De pouvoir se détendre et somnoler.

La position allongée peut être pratiquée, car elle permet à la mère de se relaxer, tout en évitant les risques de contractures musculaires;

Bonne position pour le bébé au sein qui lui permet d'avoir :

- Le corps face à celui de sa mère, nombril posé contre elle, bien soutenu pour qu'il ne glisse pas.
- Les axes têtes/corps et sein/bouche respectés (sein dans l'axe des canaux lactifères donc au niveau de l'aréole).
- Le menton collé au sein.

En y réfléchissant, de multiples positions correspondent à ces critères (sur 360°), selon les positions de la mère.

Il faudra aussi veiller à la position de la bouche du bébé:

- Bouche grande ouverte dans l'axe du mamelon, prenant largement le mamelon, une bonne partie de l'aréole et toute la partie inférieure du sein,
- Langue sous l'aréole,
- Lèvre inférieure et supérieure retroussées afin de faire le vide.

A différencier du bébé qui suce le mamelon façon tétine: éloigné de l'aréole, il prend le mamelon du « bout des lèvres », en serrant les gencives.

Pour bien faire ouvrir la bouche du bébé, on peut stimuler le coin des lèvres, caresser les lèvres ou tapoter la main mais ne pas tenir la nuque, ou la tête (car entraîne un mouvement d'hyper extension de la tête) [17,87].

On conseillera à la mère d'éviter, si possible, de placer ses doigts en ciseaux pour présenter le sein au bébé. Ceci ramène le tissu glandulaire en arrière et empêche le bébé d'avoir les sinus lactifères dans la bouche [117,87].

Les narines étant situées sous un promontoire (le nez) qui dégage naturellement sous elles un sillon d'air, la mère n'a pas besoin de dégager le nez du bébé, au risque de créer des zones de tiraillement (risque de crevasse) ou de compression (risque d'engorgement localisé) [116].

Dernier point de détail trop souvent oublié : ce qui motive le bébé dans sa recherche et lui fait réussir son mouvement de langue après avoir ouvert grand la bouche ainsi que la coordination de sa déglutition, c'est avant tout l'odeur de l'aréole, celle que diffusent les tubercules de Montgomery [116].

Si la maman a une hygiène corporelle correcte, il n'est besoin d'aucun soin spécifique pour les seins, soins qui risqueraient de gêner le bébé dans son cheminement.

1-3. Troisième règle : éviter les biberons de complément

Il est important d'éviter dans la mesure du possible les biberons de complément pendant l'allaitement, même et surtout pendant les premiers jours, quand les mères ont l'impression de ne pas avoir de lait car ils peuvent entraîner:

- Une confusion sein/tétine chez le bébé.
- Une baisse de la lactation chez la mère.

Ils devraient être donnés sur prescription médicale en cas de besoin.

- Confusion sein/tétine [115, 116, 119,121]:

Comme nous l'avons vu précédemment pour téter, le bébé va utiliser un geste précis spécifique, génétiquement programmé.

Téter c'est [119] :

- Positionner la langue en gouttière sous l'aréole.
- Effectuer avec la langue un mouvement péristaltique.
- Déglutir (déglutition infantile) quand la langue est sortie.
- C'est donc coordonner très finement la succion, la déglutition et la respiration;

Pour se nourrir au biberon, le bébé ne peut pas utiliser sa technique innée de tétée. Il doit faire l'apprentissage d'un geste de succion totalement nouveau.

Boire au biberon, c'est [119] :

- Pincer la tétine verticalement entre les gencives.
- Aspirer.
- Déglutir (déglutition adulte) en collant la langue au palais.

C'est ce qui est consensuellement appelé la confusion sein/tétine et qui peut entraîner un bébé insatisfait qui finit par préférer le biberon [115] ;

L'usage de sucettes, de protège-mamelons en silicone provoquerait le même problème;

- Baisse de la lactation [116, 117, 119]:

L'utilisation de biberons de complément entraîne une baisse de la lactation par :

- Diminution quantitative de la stimulation aréolaire, le bébé tétant moins souvent.
- Diminution qualitative de la stimulation, du fait de la confusion sein/tétine ; le bébé aurait des difficultés pour stimuler correctement le réflexe d'éjection.
- Par impact psychologique négatif, la mère pouvant se juger « insuffisante » à nourrir son bébé.

Dans cette période du post-partum si fragile émotionnellement, la perte de confiance en soi peut inconsciemment entraîner une diminution de la lactation.

2. Initiative hôpitaux amis des bébés

2.1 Définition

Concepts international proposé depuis 1992 par l'OMS et l'Unicef, l'IHAB s'inscrit parmi les autres stratégies internationales pour protéger, encourager et soutenir l'AM dans tous les pays.

L'objectif de cette initiative est de remplacer les routines hospitalières par des pratiques respectant les besoins et les rythmes du nouveau né, assure une plus grande proximité mère – enfant et encourage, accompagne et protège l'AM. Elle assure à chaque enfant et à sa mère le meilleur capital et le meilleur attachement possible [122].

C'est une démarche de qualité qui passe par l'attribution du label « hôpital ami des bébés », et est tout à fait en accord avec les objectifs du programme national nutrition santé (PNNS) et avec la démarche actuelle d'accréditation des hôpitaux [123].

Défini à l'échelle internationale, le terme « baby-friendly » dont la traduction imparfaite est ami des bébés, fait actuellement l'objet d'un dépôt de marque et ne peut être utilisé que par des services de maternité qui ont satisfait à l'évaluation externe d'après les critères mondiaux de l'initiative.

2.2 Critères de label

Le label international « ami des bébés » [123] est attribué à un établissement qui :

- Met en œuvre les dix conditions.
- Elimine la promotion et la fourniture gratuite ou à prix réduit de substituts du LM, des biberons et des tétines (respect du code de l'OMS de commercialisation des substituts du LM et des résolutions des assemblées mondiales de la santé.
- Enregistre un taux d'AM exclusif de la naissance à la sortie de maternité égal ou supérieur à 75%.

2.3 Les dix conditions

Ces dix conditions pour le succès de l'AM émanent de la résolution conjointe de l'OMS et de l'UNICEF de 1989. Elles ont pour but de promouvoir favoriser et soutenir l'AM, elles reposent sur des bases scientifiques [124] et ont fait leurs preuves un peu partout dans le monde. Plusieurs des dix recommandations de l'OMS et de l'UNICEF sont bénéfiques aussi pour les bébés non allaités puisqu'elles favorisent une bonne relation mère enfant.

2.4 Le plan d'action pour la promotion de l'AM [125].

La promotion de l'allaitement est l'un des moyens les plus efficaces pour améliorer la santé des enfants. Elle a également des effets bénéfiques pour les mères, les familles, l'environnement, et la société dans son ensemble. Il existe de nombreuses initiatives au niveau national et international pour promouvoir l'allaitement. Les chances que ces initiatives obtiennent des résultats satisfaisants

et durables seront bien plus importantes si l'action se base sur des programmes pertinents, incluant des activités dont l'efficacité a été prouvée, intégrées à un plan coordonné :

- Une politique globale devrait se baser sur la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant de l'OMS, et s'intégrer aux politiques générales de santé dans notre pays. Les associations professionnelles devraient être encouragées à publier des recommandations et des directives d'application basées sur les politiques nationales. Des plans à court et à long terme devraient être mis en place par les ministères concernés et les autorités sanitaires, qui devraient aussi nommer des coordinateurs convenablement qualifiés, et des comités intersectoriels. Des ressources humaines et financières adéquates sont indispensables à la mise en œuvre des projets.
- Une information, une éducation et une communication adéquates sont d'une importance décisive pour recréer une culture de l'allaitement dans notre pays où l'alimentation au lait industriel est devenue la norme sociale. Il est nécessaire d'offrir un conseil par des entretiens individuels effectués par des professionnels de santé convenablement formés, des conseillers non professionnels, et dans des groupes de soutien de mère à mère. Il est indispensable d'identifier les besoins spécifiques des femmes les moins susceptibles d'allaiter et d'y répondre activement. La distribution de documents publicitaires sur l'alimentation infantile par les fabricants et les distributeurs de produits visés par le Code International de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel devrait être proscrite.
- Il est nécessaire d'améliorer la formation initiale et continue de tous les professionnels de santé. Des cours de formation continue basés sur les données scientifiques récentes devraient être créés, visant tout particulièrement le personnel soignant travaillant dans les maternités et les services de soins pédiatriques. Les professionnels de santé concernés devraient être encouragés à suivre les cours spécialisés pour le suivi de l'allaitement dont la pertinence et l'efficacité ont été démontrées.

- La protection de l'allaitement dépend dans une large mesure de l'application effective du Code, application qui comprend des processus de renforcement, la sanction judiciaire des infractions, et un système de surveillance indépendant des intérêts commerciaux. Elle dépend également d'une législation de protection de la maternité qui permette à toutes les mères qui travaillent d'allaiter exclusivement leurs enfants les six premiers mois, puis de poursuivre l'allaitement. Un soutien efficace exige une volonté d'établir des standards de pratique optimale dans tous les services de maternité et de soins infantiles. Au niveau individuel, cela signifie pour toutes les femmes l'accès à des services apportant leur soutien à l'allaitement, comprenant l'assistance par des professionnels de santé convenablement formés et des consultant(e)s en lactation, des conseillers non professionnels, et des groupes de soutien de mère à mère. Le droit des femmes à allaiter à quelque moment et à quelque endroit qu'elles en éprouvent le besoin doit être protégé.
- Le contrôle et l'évaluation des pratiques dans les services sociaux et de santé, de l'application des lois, de la diffusion et de l'efficacité des activités d'information et d'éducation, et de la portée et de l'efficacité de la formation, devraient également être parties intégrantes des programmes d'action.
- La détermination du rapport coût/bénéfices, coût/ intervention, et de la faisabilité des différentes interventions nécessite aussi des recherches supplémentaires. La qualité des études sur l'allaitement a besoin d'être améliorée, en particulier en ce qui concerne les définitions des différentes catégories d'alimentation. Des règles éthiques donneraient à ces recherches l'assurance d'être libres de tout intérêt commercial. La prise de conscience et la gestion des conflits d'intérêt possibles des chercheurs sont d'une importance fondamentale.

3. Recommandations locales :

a) Promotion de l'allaitement maternel avant la naissance :

- ✓ Toute rencontre avec une femme enceinte doit être l'occasion pour les professionnels de santé d'aborder le mode d'alimentation du nouveau-né, conseiller l'allaitement maternel et de lui donner des informations sur les modalités de mise en œuvre de l'allaitement . Cette

information prénatale s'adresse également au futur père, celui-ci jouant un rôle de soutien de la mère.

- ✓ Elargir les campagnes publicitaires qui promotionnent l'AM à la télé, à la radio, aux centres de santé...
- ✓ Bannir les fausses croyances et les corriger. Proposer des solutions aux obstacles éventuels qui pourrait rencontrer une femme allaitante.

b) Changement des pratiques et de l'organisation dans les maternités :

La mise en œuvre de changement des pratiques dans les maternités nécessite la participation de l'ensemble des professionnels impliqués.

- ✓ Le contact peau à peau et la tétée précoce à la naissance sont primordiales, chaque nouveau-né doit être séché, recouvert et immédiatement mis sur le ventre de la mère.
- ✓ Les soins essentiels au nouveau-né seront effectués après une période de contact prolongée et ininterrompue.
- ✓ Les soins du nouveau-né et les pratiques habituelles de surveillance devraient être définis pour favoriser le contact mère-enfant et limiter la durée de séparation, tout en maintenant les exigences de sécurité pour la mère et l'enfant.
- ✓ L'équipement hôtelier à la maternité doit être adapté (lit plus large, à hauteur variable, fauteuil confortable) pour faciliter l'allaitement.
- ✓ Les biberons de substituts de lait prêts à l'emploi ne doivent pas être mis à disposition des mères dans leur chambre.

c) Position du nouveau-né et prise du sein :

- ✓ L'observation des premières tétées et la correction de la position du nourrisson et de la mère par les professionnels doivent être systématiques.
- ✓ L'explication à la mère de l'intérêt d'une bonne position du nouveau-né et d'une prise correcte du sein par l'enfant permet une succion efficace et un transfert de lait optimal tout en prévenant les tétées douloureuses et les lésions du mamelon. C'est un facteur déterminant de la réussite de la mise en œuvre et de la poursuite de l'allaitement.

- ✓ La mère doit être entraînée à observer la succion caractéristique signifiant l'efficacité de la tétée.
- ✓ Evaluer la prise correcte du sein et l'efficacité de la succion avant de proposer des compléments au nouveau-né.

d) Les pratiques qui encouragent et soutiennent l'allaitement dans sa durée :

- ✓ Insister sur les règles de diversification et de sevrage à la sortie de la maternité.
- ✓ Parmi les stratégies de soutien, le contact individuel, fondé sur des conseils appropriés et des encouragements, avec un professionnel formé au suivi de l'allaitement.
- ✓ Toute forme de soutien proposé à la sortie de la maternité diminue le risque d'arrêt de l'allaitement exclusif avant 6 mois.



Conclusion



L'allaitement maternel est une pratique intime, dont le choix revient aux mères, une pratique culturelle qui a connu un recul dans l'histoire de notre société. C'est un droit à protéger et à encourager. C'est aussi une priorité de santé publique. L'allaitement maternel protège l'enfant et sa mère de certaines maladies, mais il permet aussi un plaisir affectif partagé mobilisant tous les sens du bébé.

Les arguments scientifiques en faveur de la supériorité du lait maternel sont importants dans le cadre de la promotion de l'AM et doivent être expliqués à toutes les parturientes ou femmes allaitementes.

Ce travail révèle une grande insuffisance des connaissances des mères en matière d'allaitement maternel qui sont, pour la plupart, analphabètes ou de faible niveau d'instruction.

La promotion de l'AM doit s'inscrire dans une politique générale de santé publique à l'échelon de notre pays en faisant intervenir aussi d'autres organismes notamment des associations qui s'intéressent à la promotion de l'AM. La principale action serait l'information des femmes sur les bénéfices et la supériorité de l'AM par des messages clairs et simples véhiculés par les masses média et ne se limitant pas aux professionnels de santé. Une préparation psychologique de la mère est aussi primordiale et doit avoir lieu idéalement avant et pendant la grossesse en insistant sur le nombre et la qualité des consultations prénatales, tout en valorisant le rôle très important des centres de santé dans la promotion de l'AM. Cette information prénatale concerne également le futur père, celui-ci jouant un rôle de soutien de la mère. Ces actions doivent se poursuivre également après l'accouchement surtout en post partum à la maternité en insistant sur l'importance du rôle joué par les sages femmes notamment dans la mise au sein précoce et la correction des positions lors des tétées spécialement pour les mères inexpérimentées de façon à les aider à surmonter les difficultés liées à l'allaitement maternel.

Une prise de conscience est nécessaire quant à l'importance de l'AM, et des actions urgentes de sa promotion sont les meilleurs garants de la réussite de l'AM dans notre pays.

Améliorer les pratiques de l'AM est notre responsabilité à tous.



RESUMES



Résumé

L'allaitement maternel présente de nombreux avantages tant pour l'enfant que pour la mère, on peut donc le considérer comme l'un des maillons essentiels ayant permis la survie de l'humanité.

Les données nationales montrent un recul du pourcentage des enfants allaités exclusivement au sein et de la durée de l'allaitement.

Nous avons réalisé une étude prospective, auprès de 210 couples « mère-nouveau-né » ayant séjourné à la maternité chu Mohammed VI, afin de préciser les facteurs entravant le bon déroulement de l'allaitement et d'évaluer les connaissances et pratiques des mères en matière d'AM. Cette étude a été faite pendant la période s'étalant du 21 avril au 31 juillet 2014, à l'aide de questionnaires préétablis.

Les résultats ont montré que l'âge moyen des mères était de 26,59 ans, 42,9% de ces femmes ayant un niveau primaire, 33,4% des femmes étaient analphabètes et 93,3 % étaient mères au foyer. 43,8% des parturientes étaient primipares. 76 % des grossesses étaient suivies. 143 femmes ont accouché par voie basse. Seules 23% des parturientes ont été sensibilisées et ont bénéficié des informations prénatales sur l'AM, et seulement 9 maris ont participé à la formation concernant la sensibilisation. 73.3% des mères ne connaissent pas les avantages de l'AM pour la mère. Concernant les pratiques en maternité, la première tétée a été donnée après les six premières heures dans 46 %. De plus, 38,5 % des femmes interviewées ont donné d'autres liquides non lactés et seulement 2,4% pensent introduire les aliments de complément après 6 mois.

En conclusion, beaucoup d'insuffisances au niveau des connaissances et du comportement à l'échelle de l'institution hospitalière restent à combler en matière de promotion de l'AM en particulier dans le domaine de la communication entre les femmes et les professionnels de santé.

ملخص

الرضاعة الطبيعية تنمة طبيعية للحمل، لا تعد فقط أفضل غذاء للطفل و أكثر ملائمة لاحتياجاته و قدراته بل تمثل متعة مشتركة بين الأم و الرضيع. للرضاعة الطبيعية مزايا عديدة لكل من الطفل و الأم لذا يمكن اعتبارها واحدا من العوامل الأساسية التي مكنت من استمرار البشرية.

تظهر المعطيات الوطنية انخفاضا في عدد الرضع المستفيدين من الرضاعة الطبيعية و كذلك في مدة الرضاعة الطبيعية. لقد أجرينا دراسة مستقبلية على 210 زوج (أم-وليد) في مصلحة الولادة بالمستشفى الجامعي محمد السادس من اجل توضيح العوامل التي تعرقل حسن سير الرضاعة الطبيعية و لتقييم معارف و ممارسات الأم فيما يخص الرضاعة الطبيعية. هذه الدراسة أجريت في الفترة ما بين 21 ابريل إلى 31 يوليوز 2014 و ذلك باستخدام استبيانات.

وقد أظهرت النتائج أن متوسط عمر الأمهات هو 26.59 سنة. 42.9 بالمائة من هؤلاء النساء ذوات المستوى الأول، 33. بالمائة منهم أميون و 93.3 من ربات بيوت. كان هذا الحمل الأول بالنسبة 43.8 بالمائة. 76 بالمائة من النساء تابعن حملهن. 143 بالمائة من الولادات كانت طبيعية. فقط 23 بالمائة من النساء تلقين معلومات حول الرضاعة الطبيعية قبل الولادة و 9 أزواج فقط تلقوا معلومات مع نسائهم. 73.3 من الأمهات لا يدركن فوائد الرضاعة الطبيعية لصحة الأم. فيما يخص الممارسات داخل مصلحة الولادة، كانت الرضاعة الأولى بعد ست ساعات من الولادة بالنسبة ل 46 بالمائة. بالإضافة إلى ذلك 38.5 من النساء أعطين سوائل غير حليبية و فقط 2.4 بالمائة منهم يرغبن بإدخال الاغذية التكميلية بعد 6 أشهر.

في الختام، هناك قصور على مستوى المعارف و الممارسات على صعيد المؤسسات، لذا يجب علينا تشجيع الأمهات على الرضاعة الطبيعية.

Abstract

Breastfeeding is the best for infants, the better tailored to his needs and his capacity. It has many advantages for both the child and the mother; it can therefore be considered as one of the fundamentals that enabled the survival of humanity.

The national data show a decline in the exclusively breastfed children and in duration of breastfeeding.

We conducted a prospective study with 210 couples of mother-newborn "had visited the maternity Mohammed VI in Marrakesh, to assess knowledge and practices of mothers regarding breastfeeding. This study was made for 4 months, using a questionnaire.

The results showed that the average age of mothers was 26, 59 years, 42,9% of these women were primary school levels, 33,4% were illiterate and 93,3% were housewives. 43,8% of them were primiparous. 76% of pregnancies were followed. 143 women gave birth by vaginal delivery. Only 37, 5% of women were aware of and benefited from antenatal information on breastfeeding, and only 9 husbands participated in this training. 73.3% of mothers were not aware of the benefits of breastfeeding for them. Regarding practices in maternity, the first breast feeding was given after the first six hours in 46 %. In addition, 31% of women believed that artificial breast feeding was best for the growth of the babies, and 38,5% gave other liquid non-dairy. Only 2,4% of women had the intention to introduce complementary foods after 6 months.

In conclusion, many insufficiencies in knowledge and behaviour throughout the hospital have to be corrected regarding breastfeeding promotion.

ANNEXE (1)

QUESTIONNAIRE :

1. Age de la mère:..... Origine Rurale ☐ , Urbain ☐ , semi urbain ☐
à préciser
2. Parité :..... si multipare :
3. -Existence d'un enfant allaité précédemment : oui ☐ non ☐
 - a. -Durée d'allaitement exclusif :.....
 - b. -Durée d'allaitement maternel :.....
4. Grossesse : Non suivie ☐ suivie ☐ si oui où :.....
5. Quel est votre niveau d'instruction ? primaire ☐ , secondaire ☐ , supérieur ☐
rien ☐
6. Avez-vous un travail en dehors du foyer ? Non ☐ , oui ☐ si oui
Lequel.....
7. Niveau socio-économique : élevé ☐ , moyen ☐ , bas ☐
Mutualiste ☐ ramidiste ☐ rien ☐
8. Mode d'accouchement : Voie basse ☐ instrumentation oui ☐ non ☐
césarienne ☐ raisons :.....
9. Le sexe féminin ☐ masculin ☐
10. Géméllité oui ☐ non ☐
11. Terme :..... Poids du nouveau né à la naissance :.....g.
12. Est-ce que vous avez reçu une sensibilisation concernant l'allaitement maternel ?
Oui ☐ , Non ☐ si oui : où
Quel type ? :.....

- 13.** Votre mari a-t-il été associé à la formation ? oui ☐ , non ☐
- 14.** Comptez vous allaiter au sein ? Oui ☐ , Non ☐
- 15.** si oui :-Votre décision a été prise quand :.....
a. -Quelles sont les raisons invoquées pour allaiter
- 16.** si non :-Quelles sont les raisons :.....
- 17.** La première tétée quand :.....
- 18.** Si >6h pourquoi :.....
- 19.** Ajoutez vous en plus de l'AM : -de l'eau sucré Oui ☐ , Non ☐
-Tisane Oui ☐ , Non ☐
-Autre Oui ☐ , Non ☐ a préciser :.....

i. Et pourquoi :.....
- 20.** Le nouveau né a-t-il été séparé de vous en raison d'une hospitalisation particulière ?
Oui ☐ Non ☐
- 21.** Fréquence des tétés :.....
- 22.** Durée des tétés :.....
- 23.** Position du bébé lors des tétés : Correcte ☐ , Incorrecte ☐
- 24.** Utiliserez-vous des compléments ? Oui ☐ , non ☐

si oui le ou lesquels :.....
- 25.** A quel age introduisez vous ces compléments :.....
- 26.** utilisez vous des : biberon ☐ , tétine ☐
- 27.** Jusqu'à quand (age du bébé) comptez vous allaiter :.....

Et pourquoi :.....
- 28.** A votre avis , le premier lait (colostrum)est il un mauvais lait ☐ , un bon lait ☐
- 29.** Connaissez vous des inconvénients de l'AM sur :
a. -Votre santé :.....
b. -Celle du bébé :
c. -Ou autre :.....

30. Connaissez vous des avantages de l'AM sur :

- a. -Votre santé :.....
- b. -Celle du bébé :.....
- c. Ou autre :.....

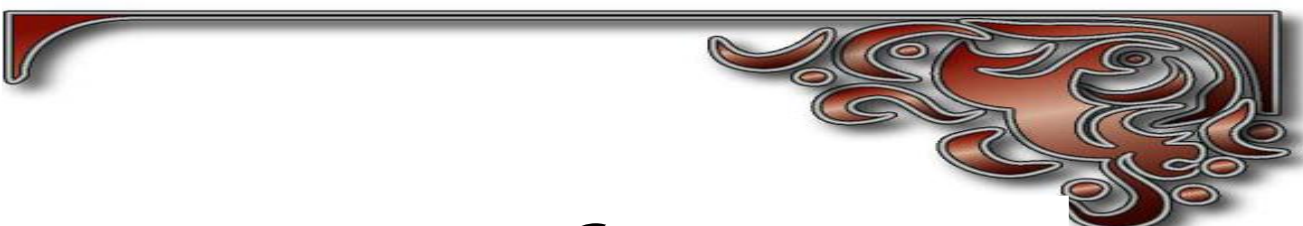
ANNEXE (2)

RESUME DES DIX CONDITIONS POUR LE SUCCES DE L'AM DE L'INITIATIVE

« HOPITAUX AMIS DES BEBES »

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

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



Références

Bibliographiques



1. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.

Définition de l'allaitement maternel: promoting proper feeding for infants and young children.
OMS, Geneva ; 2004

2. TURCK D., COMITE DE NUTRITION DE LA SOCIETE FRANÇAISE DE PEDIATRIE.

Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. Arch. Pédiatr. 2005, 12: S145–S165

3. V. RIGOURDA, S. AUBRYA, A. TASSEAU, P. GOBALAKICHENANEB, F. KIEFFER, Z. ASSAFB, M. NICLOUXB, J.–F. MAGNYB.

Allaitement maternel : bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. Journal de pédiatrie et de puériculture. 2013, 26 : 90–99

4. GARBOUJ M., KAMEL N., CHAOUCH M. et AL.

Table ronde "Allaitement Maternel". Les XIVèmes journées nationales de santé publique. 13–14 Septembre 2006 – Tunis.
« www.unicef.org.tn. »

5. FORCHIELLI ML, WALKER WA.

The role of gut-associated lymphoid tissues and mucosal defence. Br J Nutr 2005; 93(suppl.1 S41–S48).

6. CHIEN PF, HOWIE PW.

Breast milk and the risk of opportunistic infection in infancy in industrialized settings. Adv Nutr Res 2001;10:69–104.

7. KRAMER MS, CHALMERS B, HODNETT ED, SEVKOVSKAYA Z, DZIKOVICH I, SHAPIRO S. *Promotion of breast-feeding intervention trial (PROBIT): randomized trial in the republic of Belarus. JAMA 2001;285:413–20.*

8. S, CHUNG M, RAMAN G, CHEW P, MAGULA N, DEVINE D.

Breastfeeding and maternal and infant health outcomes in developed countries. Evid Rep Technol Assess (Summ) 2007;153:1–186.

9. ODDY WH, SLY PD, DE KLERK NH, LANDAU LI, KENDALL GE, HOLT PG, ET AL.

Breast-feeding and respiratory morbidity in infancy on birth cohort study. Arch Dis Child 2003;88:224–8.

10. KRAMMER MS, GUO T, PLATT RW, SEVKOVSKAYA Z, DZIKOVICH I, COLLET JP.

Infant growth and health outcomes associated with 3 to 6 month of exclusive breast-feeding. Am J Clin Nutr 2003;78:291–5.

11. FRIEDMAN NJ, ZEIGER RS.

The role of breast-feeding in the development of allergy and asthma. J Allergy Clin Immunol 2005;115:1238–48.

12. GDALEVICH M, MINOUNI D, DAVID M, MINOUNI M.

Breast-feeding and the onset of atopic dermatitis in childhood: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. J Am Acad Dermatol 2001;45:520—7.

13. GDALEVICH M, MINOUNI D, MINOUNI M.

Breast-feeding and the risk of bronchial asthma in childhood: a systematic review with meta-analysis of prospective studies. J Pediatr 2001;139:261—6.

14. GRIMSHAW KE, ALLEN K, EDWARDS CA, BEYER K, BOULAY A, VAN DER AA LB, ET AL.

Infant feeding and allergy prevention: a review of current knowledge and recommendations. A EuroPrevall state of the art paper. Allergy 2009;64:1407—16.

15. DE ONIS M, GARZA C, HABICHT JP.

Time for a new growth reference. Pediatrics 1997;100:e8.

16. US department of health, education and welfare. In: NCHS growth curves for children,

birth–18 years. Washington: DC: US department of health education and welfare; 1977. p. 78–1650 [DHEW Publication (PHS)].

17. KRAMER MS, GUO T, PLATT RW, SHAPIRO S, COLLET JP, CHALMERS B, et al.

Breastfeeding and infant growth: biology or bias? Pediatrics 2002;110: 343–7.

18. AMSTRONG J.

Breast-feeding and lowering the risk of childhood obesity. Lancet 2002;349:2003—4.

19. HARDER T, BERGMANN R, KALLISCHNIGG G, PLAGEMANN A.

Duration of breast-feeding and the risk of overweight: a meta-analysis. Am J Epidemiol 2005;162:397—403.

20. AYDIN S, OZKAN Y, ERMAN F, GURATES B, KILIC N, COLAK R.

Presence of obestatin in breast milk: relationship among obestatin, ghrelin, and leptin in lactating women. Nutrition 2008;24:689—93.

21. OWEN CG, WHINCUP PG, GILG JA, COOK DG.

Effect of breastfeeding in infancy on blood pressure in later life: systematic review and meta-analysis. BMJ 2003;327:1189—92.

22. GERSTEIN HC.

Cow's milk exposure and type I diabetes mellitus; a critical overview of the clinical literature. Diabetes Care 1994;17:13—9.

23. PAONEN J, KNIP M, SAVILAHTI E, VIRTANEN S, LLONEN AKERBLOM HK.

Effect of cow's milk exposure and maternal type I diabetes on cellular and humoral immunization in dietary insulin in infants at a genetic risk for type I diabetes. Diabetes 2000;49:1657—65.

24. **BARON S, TURCK D, LEPLAT C, MERLE V, GOWER ROUSSEAU C, MARTI R.**
Environmental risk factors in paediatric inflammatory bowel diseases: a population based case control study. Gut 2005;54:357—63.
25. **STUEBE AM, SCHWARZ EB.**
The risks and benefits in infant feeding practices for women and their children. J Perinatol 2010;30:155—62.
26. **Collaborative Group on Hormonal factors in Breast Cancer and breast-feeding.**
collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. Lancet 2002;360:187—95.
27. **MICHELS KB, WILETT WC, ROSNER BA, MANSON JE, HUNTER DJ, COLDITZ GA.**
Prospective assessment of breast-feeding and breast cancer incidence among 89887 women. Lancet 1996;347:431—6.
28. **GERSTEIN HC.**
Cow's milk exposure and type I diabetes mellitus; a critical overview of the clinical literature. Diabetes Care 1994;17:13—9.
29. **PAONEN J, KNIP M, SAVILAHTI E, VIRTANEN S, LLONEN AKERBLOM HK.**
Effect of cow's milk exposure and maternal type I diabetes on cellular and humoral immunization in dietary insulin in infants at a genetic risk for type I diabetes. Diabetes 2000;49:1657—65.
30. **BARON S, TURCK D, LEPLAT C, MERLE V, GOWER ROUSSEAU C, MARTI R. ^**
Environmental risk factors in paediatric inflammatory bowel diseases: a population based case control study. Gut 2005;54:357—63.
31. **STUEBE AM, SCHWARZ EB.**
The risks and benefits in infant feeding practices for women and their children. J Perinatol 2010; 30:155—62.
32. **Collaborative Group on Hormonal factors in Breast Cancer and breast-feeding.**
Collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease. Lancet 2002; 360:187—95.
33. **MICHELS KB, WILETT WC, ROSNER BA, MANSON JE, HUNTER DJ, COLDITZ GA.** *Prospective assessment of breast-feeding and breast cancer incidence among 89887 women. Lancet 1996;347:431—6.*
34. **DANFORTH KN, TWOROGER SS, HECHT JL, ROSNER BA, COLDITZ GA, HANKINSON SE.** *Breast-feeding and risk of ovarian cancer in two prospective cohorts. Cancer Causes Control 2007;18:517—23.*

35. STUEBE AM, RICH-EDWARDS JW.

the reset hypothesis: lactation and maternal metabolism. Am J Perinatol 2009;26:81—8.

36. F. NOIRHOMME-RENARD, Q. NOIRHOMME

Les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de trois mois. Journal de pédiatrie et de puériculture (2009) 22,112—120.

37. YNGVE A, SJOSTROM M.

Breastfeeding in countries of the European Union and EFTA: current and proposed recommendations, rationale, prevalence, duration and trends. Public Health Nutr 2001;4:631—45.

38. CATTANEO A, YNGVE A, KOLETZKO B, GUZMAN LR.

Protection, promotion and support of breast feeding in Europe: current situation. Public Health Nutr 2005;8:39—46.

39. Banque de données médicosociales de l'ONE. Rapport 2004. Bruxelles, 2004. Disponible à l'adresse: www.one.be.

40. EU Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: Current situation. Italy : IRCCS, 2003, 16p.

41. MAYOL AC.

Thèse de médecine soutenue en 2003 faculté de médecine de rennes

42. M. BONET, L. FOIX L'HE´LIAS, B. BLONDEL

Allaitement maternel exclusif et allaitement partiel en maternité : la situation en France en 2003

Exclusive and mixed breastfeeding in maternity unit: Situation in France in 2003

43. B. SALANAVE, C. DE LAUNAY, C. GUERRISI, K. CASTETBON

Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. Résultats de l'étudeÉpifane, France, 2012_Breastfeeding rates in maternity units and at 1 month. Results from the EPIFANE survey, France, 2012

44. JAOUID A.

*Pratiques de l'allaitement maternel à la maternité Ibn Tofail de Marrakech
Thèse de médecine Casablanca 2003, n°117*

45. BINTA MANÉ N., SIMONDON K. B., DIALLO A., MARRA A. M., SIMONDON F.

Early Breastfeeding Cessation in Rural Senegal: Causes, Modes, and Consequences. American Journal of Public Health. Washington: Jan 2006. 96 (1): pg. 139, 6 pgs.

46. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.

Progrès accomplis à mi-parcours de la décennie dans l'application de la résolution 45/217 de l'Assemblée générale relative au Sommet mondial pour les enfants, Rapport du Secrétaire général des nations unis. OMS, 26 juillet 1996.

47. MINISTERE DE LA SANTE DU MAROC.

Enquête Nationale sur La Population et la Santé, ENPS-II ; 1992.

www.sante.gov.ma

48. MINISTERE DE LA SANTE DU MAROC.

Enquête Nationale sur la Santé de la Mère et de l'Enfant (ENSME), PAPCHILD ; 1997.

www.sante.gov.ma

49. MINISTERE DE LA SANTE DU MAROC.

Enquête sur la Population et la Santé Familiale, EPSF ; 2003–04.

www.sante.gov.ma.

50. MINISTERE DE LA SANTE DU MAROC.

Santé de l'enfant au Maroc. Situation et orientation stratégique ; Ministère de la Santé du Maroc, Avril 2005. www.sante.gov.ma

51. MINISTERE DE LA SANTE DU MAROC

Enquête de Panel sur la Population et la Santé, (EPPS) 1995.

« www.sante.gov.ma »

52. MINISTERE DE LA SANTE DU MAROC.

Enquête sur la Population et la Santé Familiale, EPSF ; 2011.

www.sante.gov.ma.

53. HASSANI A., BARKAT, A., SOUILMI F-Z. et al.

La conduite de l'allaitement maternel. Étude prospective de 211 cas à la maternité Souissi de Rabat

Journal de pédiatrie et de puériculture 2005 ; 18 : 343–348

54. F. NOIRHOMME-RENARD, Q. NOIRHOMME

Les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de trois mois : une revue de la littérature Journal de pédiatrie et de puériculture (2009) 22, 112—120

55. M. BONET, L. FOIX L'HELIAS, B. BLONDEL

Allaitement maternel exclusif et allaitement partiel en maternité: la situation en France en 2003

56. CHERON G.

Pratiques de l'allaitement exclusif à Libreville. Arch de pédiatr 2004 ; 12: 212–218

57. CROST M., KAMINSKI M.

L'allaitement maternel à la maternité en France en 1995. Arch. Pediatr. 1998, 5: 1316–26

58. BELLATI-SAADI F., SALL M.G., MARTIN S.L. et al.

Situation actuelle de l'allaitement maternel dans la région d'Agadir au Maroc à propos d'une enquête chez 220 mères Médecine d'Afrique Noire : 1996 ; 43 : 4

59. LANTING IL, VAN WOUWE PV, REIJNEVELD SA.

Infant milk feeding practices in the Netherlands and associated factors. Acta Paediatr 2005; 94: 935-42

60. SIRET V., CASTEL C., BOILEAU P.

Facteurs associés à l'allaitement maternel du nourrisson jusqu'à 6 mois à la maternité de l'hôpital

Antoine-Béclère, Clamart. Arch de Pédiatr 2008;15:1167-1173

61. BRANGER B., CEBRON M., PICHEROT G., DE CORNULIER M.

Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes. Arch. Pédiatr. 1998; 5:489-96.

62. NOIRHOMME-RENARD F., NOIRHOMME Q.

Les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de trois mois : une revue de la Littérature. Journal de pédiatrie et de puériculture 2009 ; 22 :112-120.

63. MEZIANE E-M.

Enquête sur l'allaitement maternel. À propos de 1200 cas de 0 à 18 mois à Oujda. Thèse de médecine, Rabat 1981.

64. LABARERE J, DALLA-LANA C, SCHELSTRAETE C.

Initiation et durée de l'allaitement maternel dans les établissements d'Aix et Chambéry. Arch Pédiatr 2001;8:807-15.

65. EGO A, DUBOS J-P, DJAVADZADEH-AMINI M, et al.

Les arrêts prématurés d'allaitement maternel. Arch Pédiatr 2003; 10: 11-8.

66. S. ROIDAA, A. HASSIA, F.-M. MAOULAININE, A. ABOUSSADA,

Les pratiques de l'allaitement maternel à la maternité universitaire de Marrakech (Maroc). Journal de pédiatrie et de puériculture (2010) 23, 70—75

67. [PETERS E, WEHKAMP KH, FELBERBAUM RE et al.

Breastfeeding duration is determined by only a few factors. Eur J Public Health 2006; 16: 162—7.

68. NOEL-WEISS J, RUPP A, CRAGG B et al.

Controlled trial to determine effects of prenatal breastfeeding workshop on maternal breastfeeding selfefficacy and breastfeeding duration. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2006; 35: 616—24.

69. LABARERE J., DALLA-LANA C., SCHELSTRAETE C.

Initiation et durée de l'allaitement maternel dans les établissements d'Aix et Chambéry (France). Arch. Pediatr. 2001; 8:807-15.

70. GREMMO-FEGER G.

L'allaitement de l'enfant prématuré [en ligne]

http://www.co-naitre.net/articles/Allaitement_enfant_premaGGF

71. LUCAS A, MORLEY R, COLE TJ et al.

Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm. Lancet 1992; 339 (8788): 261–4

72. ANDERSON JW, JOHNSTONE BM, REMLEY DT

Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis. Am J Clin Nutr 1999; 70 (4): 525–35

73. PETERS E, WEHKAMP KH, FELBERBAUM RE et al.

Breastfeeding duration is determined by only a few factors. Eur J Public Health 2006; 16: 162–7.

74. KOHLHUBER M, REBHAN B, SCHWEGLER U et al.

Breastfeeding rates and duration in Germany: A Bavarian cohort study. Br J Nutr 2008; 99:1127–32.

75. LIE B, JUUL J.

Effect of epidural vs general anesthesia on breastfeeding. Acta Obstet Gynecol Scand. 1988; 67 (3): 207–9

76. GREMMO-FEGER G.

*Accueil du nouveau-né en salle de naissance [en ligne]
http://www.co-naitre.net/articles/accueil_nn_naissanceGGF*

77. HALPERN SH, LEVINE T, WILSON DB et al.

Effect of labor analgesia on breastfeeding success. Birth 1999; 26: 83–8.

78. BRANGER B., CEBRON M., PICHEROT G., DE CORNULIER M.

Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes. Arch. Pédiatr. 1998; 5:489–96.

79. DALLA-LANA C.

Enquête concernant le choix et la durée de l'allaitement maternel. Les femmes et l'allaitement maternel. Promotion 2000, p24–27.

80. BRANGER I, CEBRON M., PICHEROT G. et al.

Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes. Arch Pédiatr 1998 ; 5 : 489–96

81. B. SALANAVE, C. DE LAUNAY, C. GUERRISI, K. CASTETBON

Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant. Résultats de l'étude Épipane, France, 2012. Journal de pédiatrie et de puériculture (2012) 25, 364—372

82. NTSAME ONDO N.

Allaitement et état nutritionnel des enfants et des mères. In: Etude démographique de santé Gabon(EDSG). 2000 : 161–75

83. ATINDEHOU E, BROWN E, TRAORE F.

Aliments lactés diététiques et spécialités lactées pour nourrissons commercialisées en Côte d'Ivoire : évaluation de la consommation et contrôle de qualité. Med Afr Noire 1997; 44: 381-6.

84. GHADI A, DUTAU G, RANCE F

Etude des sensibilisations chez l'enfant atopique à Marrakech. Etude prospective chez 160 enfants entre 2002 et 2005. Revue française d'allergologie et d'immunologie clinique, 2007.

85. G. GREMMO-FEGER

Actualisation des connaissances concernant la physiologie de l'allaitement

Cet article a fait l'objet d'une présentation aux 43e Journées nationales de néonatalogie (JNN 2013).

e-mail : gisele.gremmo-feger@chu-brest.fr.

86. MARIA B.

Allaitement maternel : mise en œuvre et poursuite dans les six premiers mois de vie de l'enfant. Gynécologie Obstétrique & Fertilité 2003 ; 31 : 481-490

87. GREMMO-FEGER G.

Allaitement maternel : L'insuffisance de lait est un mythe culturellement construit. Spirale Erès 2003; 27: 45-59.

88. TAVERAS EM., LI R., GRUMMER-STRAWN L., RICHARDSON M et al.

Opinions and practices of clinicians associated with continuation of exclusive breastfeeding. Paediatrics 2004; 113: 283-90

89. RIGHARD L, ALADE MO.

Sucking technique and its effect on success of breastfeeding. Birth 1992;19:185-9.

90. ROVILLÉ-SAUSSE F., AMOR H., BAALI A., OUZENNOU N., VERCAUTEREN M., PRADO-MARTINEZ C., BOUDJADA Z., KHALDI F.

Comportements alimentaires de l'enfant maghrébin de 0 à 18 mois au Maghreb et dans trois pays d'immigration. Antropo 2002; 3: 1-9

91. TRAORÉ A., TALL F. R., SANOU I., SICARD J. M., KAM L., SAWADOGO A.

Allaitement maternel en milieu urbain au Burkina Faso.

Recherche Médicale: Publications pédiatriques, 1999.

« <http://www.chu-rouen.fr> ».

92. BRANGER B., CEBRON M., PICHEROT G., DE CORNULIER M.

Facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel chez 150 femmes.

Arch. Pédiatr. 1998; 5:489-96.

93. BIGOT -CHANTEPIE S., MICHAUD L., DEVOS P. et al.

La Conduite de la diversification alimentaire : enquête prospective jusqu'à l'âge de 6 mois.

Arch de pédiatr 2005; 12: 1570-1576

94. **KRAMER M. S., BARR R. G., DAGENAIS S., YANG H., JONES P., CIOFANI L. et al.**
Pacifier use, early weaning, and cry/fuss behavior. A randomized controlled trial. JAMA 2001; 286(3):322-6.
95. **SAVAGE SH., REILLY JJ., EDWARDS CA., et al.**
Weaning practice in the Glasgow longitudinal infant growth study. Arch Dis Child 1998; 79: 153-6.
96. **HÖRNELL A, HOFVANDER Y, KYLBERG E.**
Introduction of solids and formula to breastfed infants: a longitudinal prospective study in Uppsala, Sweden. Acta Paediatr 2001; 90: 477-82.
97. **LANDE B., ANDERSEN LF., BAERUG A., et al.**
Infant feeding practices and associated factors in the first six months of life: the Norwegian infant nutrition survey. Acta Paediatr 2003; 92: 152-61.
98. **SKINNER JD, CARRUTH BR, HOUCK K, et al.**
Transitions in infant feeding during the first year of life. J Am Coll Nutr 1997; 16: 209-15.
99. **VAN ODÏJK J, HULTHÉN L, AHLSTEDT S, et al.**
Introduction of food during the infant's first year: a study with emphasis on introduction of gluten and egg, fish and peanut in allergy-risk families. Acta Paediatr 2004; 93: 464-70.
100. **RIGAL S., THIEBAULT M.S., SERIS L.**
Diversification alimentaire des nourrissons de 0 à 6 mois. Archives de Pédiatrie 2008 ; 15 : 923-1019
101. **WADE B.**
"État actuel de l'allaitement maternel dans les villes au Sénégal".
- ministère de la Santé Publique DEPS - Division de la santé Maternelle et Infantile - Service de lutte contre la malnutrition. Juin 1991.
102. **[102] BARKAT, LYAGHFOURI A., MDAGHRI ALAOUÏ A. et al.**
Une réflexion sur l'allaitement maternel au Maroc
Santémaghreb.com juillet 2004
103. **BOURGUIGNON H., LELONG S., MAUVOISIN E.**
Thèse de médecine soutenue le 15 Avril 2005
Faculté de médecine de CAEN
104. **ROVILLÉ-SAUSSE F., AMOR H., BAALI A., OUZENNOU N., VERCAUTEREN M., PRADO MARTINEZ C., BOUDJADA Z., KHALDI F.**
Comportements alimentaires de l'enfant maghrébin de 0 à 18 mois au Maghreb et dans trois pays d'immigration. Antropo 2002 ; 3 : 1-9

105. **NOVOTNY R, HLA M. M., KIEFFER E. C., PARK C-B, MOR J., THIELE M.**
Breastfeeding Duration in Multiethnic Population in Hawaii
Blackwell Science, BIRTH, June 2000; 27: 2
106. **WALBURG V., PIERRE A., CALLAHAN S. et al.**
Effet d'une intervention prénatale de soutien et d'information sur la durée et le vécu de l'allaitement maternel. Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive 2006 ; 16, 3 : 103-107
107. **GUERRERO M. L., MORROW R. C., CALVA J. J., ORTEGA-GALLEGOS H., WELLER S. C., RUIZPALACIOS G. M. & MORROW. A. L.**
Rapid ethnographic assessment of breastfeeding practices in periurban Mexico City. Bulletin of the World Health Organization 1999, 77 (4).
108. **LANTING IL, VAN WOUWE PV, REIJNEVELD SA.**
Infant milk feeding practices in the Netherlands and associated factors. Acta Paediatr 2005; 94: 935-42.
109. **CALLAHAN S, DANIEL M, TEISSEYRE N.**
La thérapie comportementale et cognitive appliquée à l'allaitement. Première partie : intérêt et élaboration d'une intervention post-partum. J Thérap Comport Cognit 2003; 13: 128-32.
110. **SCHAFER E, VOGEL MK, VIEGAS S et al.**
Volunteer peer counselors increase breastfeeding duration among rural lowincome women. Birth 1998; 25: 101-66.
111. **WALBURG V, GOEHLICH M, CONQUÈT M et al.**
A comparison of French and German breastfeeding mothers and their practices. J Hum Lact 2006 (in press).
112. **CALLAHAN S, DANIEL M, TEISSEYRE N et al.**
La thérapie comportementale et cognitive appliquée à l'allaitement. Deuxième partie : résultats préliminaires d'une intervention auprès de femmes qui souhaitent allaiter. J Thérap Comport Cognit 2003;13:133-7.
113. **MEZIANE E-M.**
Enquête sur l'allaitement maternel. A propos de 1200 cas de 0 à 18 mois à Oujda. Thèse de médecine, Rabat 1981.
114. **RJMATI L, CHZKLI H, ZERRARI A.**
Allaitement maternel. Les cahiers du médecin. Mars 1999; 8(II): 50-51
115. **PELLE I.**
Allaitement : les premières semaines. Soins Gyn Obs Puér Péd 1990 ; 113 : 16-9.

116. **THIRION M.**
L'allaitement: De la naissance au sevrage. Paris: Albin Michel, 1999 : 276.
117. **THIRION M.**
Documents de la formation " Co Naître " CHU Grenoble ; 3, 4 et 5 avril 2000
118. **MOHRBACHER N., STOCK J.**
Traité de l'allaitement maternel. –éd. révisée. Saint-Hubert (Québec): La Lèche League, 1999 : 660.
119. **CASTRIC H., LANDAIS M.**
Allaitement maternel : pour en parler autrement. Guide pratique à l'usage des personnels de santé.
Ministère: Direction de la prévention et de l'action sociale, 1997 ; 48.
120. **CARVALHO M. ROBERTSON S., FRIEDMAN A. et al.**
Effect of frequent breastfeeding on early milk production and infant weight gain. Pediatrics 1982; 72: 307-311.
121. **WONG C.**
Allaitement maternel : la meilleure façon de téter. Le généraliste FMC, 1998 ; 1847 : 6-12.
122. **MARCHAND MC**
Initiative hôpital ami des bébés : une démarche de qualité actuelle et méconnue. Médecine et enfance 2006 :585-589
123. **coFAM : coordination française pour l'allaitement maternel : on line**
<http://action.allaitement.free.fr>
124. **VIVIANE ANTONY N.**
Hôpital ami des bébés impact sur l'allaitement militantisme ou respect des femmes (enquête prospective auprès de 100 femmes à la maternité de cognac)
Thèse de médecine soutenue le 01 octobre 2007 faculté de médecine de Poitiers
125. **Anonyme**
Promotion de l'allaitement maternel en Europe
Dossier de l'allaitement maternel 2005: 63

قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقبَ الله في مهنتي.

وأن أصونَ حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف
والأحوال بآذلاً وسعي في استنقاذها من الهلاك والمرض

والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكونَ على الدوام من وسائل رحمة الله، بآذلاً رعايتي الطبية للقريب والبعيد،
للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، أسخره لنفع الإنسان .. لا لأذاه.

وأن أوقرَ من علّمني، وأعلمَ من يصغرنِي، وأكونَ أخاً لكلِّ زميلٍ في المهنة الطبيّة

مُتعاونينَ على البرِّ والتقوى.

وأن تكونَ حياتي مصداقَ إيماني في سرِّي وعَلاَنيَتِي، نقيّة مما يُشينها تجاه

الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيد

ممارسات الرضاعة الطبيعية بمصلحة الولادة بالمركز الاستشفائي الجامعي محمد السادس بمراكش

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2016/03/22

من طرف

السيدة

فاطمة الزهراء الشرجي

المزودة في 16/02/1990 بمراكش

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية :

الرضاعة الطبيعية - الممارسات - المعارف - تشجيع

اللجنة

الرئيس

السيد محمد الصبيحي

أستاذ التعليم العالي في طب الاطفال

المشرف

السيدة نادية الادريسي سلطين

أستاذة مبرزة في طب طب الاطفال حديثي الولادة

السيد فضل مربيه ربو ماء العينين

أستاذ مبرز في طب الاطفال حديثي الولادة

السيدة غزلان الضرايس

أستاذة مبرزة في طب الاطفال

القضاة

السيد ياسين ايت بن قدور

أستاذ مبرز في امراض النساء و التوليد