



UNIVERSITE CADI AYYAD  
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE  
MARRAKECH

ANNEE 2008

THESE N° 59

## PREVALENCE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL A MARRAKECH

---

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE .....2008

PAR

Mlle **SANA NAHI**

Née le 07 Juillet 1982 à Guelmim

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

---

### MOTS CLES

Prévalence de l'allaitement maternel – Durée de l'allaitement maternel  
Allaitement exclusif – Facteurs influençant l'allaitement maternel

---

### JURY

Mr. **M. BOUSKRAOUI**

Professeur de Pédiatrie

PRESIDENT

Mr. **M. SBIHI**

Professeur de Pédiatrie

RAPPORTEUR

Mr. **M. LATIFI**

Professeur agrégé de Traumato-Orthopédie

Mr. **H. ASMOUKI**

Professeur agrégé de Gynécologie-Obstétrique

JUGES

Mme. **I. AIT SAB**

Professeur agrégé de Pédiatrie

**UNIVERSITE CADI AYYAD  
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE  
MARRAKECH**

DOYEN HONORAIRE : Pr. MEHADJI Badie-azzamann  
VICE DOYENS HONORAIRES : Pr. FEDOUACH Sabah  
: Pr. AIT BEN ALI Said  
: Pr. BOURAS Najib

**ADMINISTRATION**

DOYEN : Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI  
VICE DOYEN A LA RECHERCHE ET : Pr. Ahmed OUSEHAL  
COOPERATION : Pr. Abdelmounaim ABOUSSAD  
VICE DOYEN AUX AFFAIRES  
PEDAGOGIQUES

**PROFESSEURS D'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR**

Pr. ABBASSI	Hassan	Gynécologie-Obstétrique
Pr. ABOUSSAD	Abdelmounaim	Pédiatrie
Pr. AIT BEN ALI	Said	Neurochirurgie
Pr. ALAOUI YAZIDI	Abdelhaq	Pneumo-phtisiologie
Pr. BELAABIDIA	Badia	Anatomie-Pathologique
Pr. BOUSKRAOUI	Mohamed	Pédiatrie
Pr. EL HASSANI	Selma	Rhumatologie
Pr. EL IDRISSE DAFALI	My abdelhamid	Chirurgie Générale
Pr. ESSADKI	Omar	Radiologie
Pr. FIKRI	Tarik	Traumatologie
Pr. KISSANI	Najib	Neurologie
Pr. KRATI	Khadija	Gastro-Entérologie
Pr. OUSEHAL	Ahmed	Radiologie

---

---

---

Prévalence de l'allaitement maternel à Marrakech

---

---

Pr. RAJI	Abdelaziz	Oto-Rhino-Laryngologie
Pr. SBIHI	Mohamed	Pédiatrie
Pr. SOUMMANI	Abderraouf	Gynécologie-Obstétrique
Pr. TAZI	Imane	Psychiatrie



## **PROFESSEURS AGREGES**

Pr. ABOULFALAH	Abderrahim	Gynécologie – Obstétrique
Pr. AMAL	Said	Dermatologie
Pr. AIT SAB	Imane	Pédiatrie
Pr. ASRI	Fatima	Psychiatrie
Pr. ASMOUKI	Hamid	Gynécologie – Obstétrique
Pr. BEN ELKHAIAI	Ridouan	Chirurgie – Générale
Pr. BOUMZEBRA	Drissi	Chirurgie Cardiovasculaire
Pr. CHABAA	Leila	Biochimie
Pr. ESSAADOUNI	Lamiaa	Médecine Interne
Pr. FINECH	Benasser	Chirurgie – Générale
Pr. GHANNANE	Houssine	Neurochirurgie
Pr. GUENNOUN	Nezha	Gastro – Entérologie
Pr. LATIFI	Mohamed	Traumato – Orthopédie
Pr. LOUZI	Abdelouahed	Chirurgie générale
Pr. MAHMAL	Lahoucine	Hématologie clinique
Pr. MANSOURI	Nadia	Chirurgie maxillo-faciale Et stomatologie
Pr. MOUDOUNI	Said mohamed	Urologie
Pr. MOUTAOUAKIL	Abdeljalil	Ophtalmologie
Pr. SAMKAOUI	Mohamed	Anesthésie-Réanimation
Pr. SARF	Ismail	Urologie
Pr. YOUNOUS	Saïd	Anesthésie-Réanimation
Pr. AKHDARI	Nadia	Dermatologie
Pr. TAHRI JOUTEH HASSANI	Ali	Radiothérapie
Pr. SAIDI	Halim	Traumato - Orthopédie
Pr. NAJEB	Youssef	Traumato - Orthopédie

---

---

## **PROFESSEURS ASSISTANTS**

Pr. ADERDOUR	Lahcen	Oto-Rhino-Laryngologie
Pr. ADMOU	Brahim	Immunologie
Pr. AMINE	Mohamed	Epidémiologie - Clinique
Pr. ATTAR	Hicham	Anatomie - Pathologique
Pr. BAHA ALI	Tarik	Ophtalmologie
Pr. BOURROUS	Monir	Pédiatrie
Pr. CHERIF IDRISSI EL GANOUNI	Najat	Radiologie
Pr. DAHAMI	Zakaria	Urologie
Pr. DIOURI AYAD	Afaf	Endocrinologie et maladies métaboliques
Pr. EL ADIB	Ahmed rhassane	Anesthésie-Réanimation
Pr. EL FEZZAZI	Redouane	Chirurgie - Pédiatrique
Pr. EL HATTAOUI	Mustapha	Cardiologie
Pr. EL HOUDZI	Jamila	Pédiatrie
Pr. ETTALBI	Saloua	Chirurgie - Réparatrice
Pr. HERRAG	Mohamed	Pneumo-Phtisiologie
Pr. KHALLOUKI	Mohammed	Anesthésie-Réanimation
Pr. LAOUAD	Inas	Néphrologie
Pr. LMEJJATTI	Mohamed	Neurochirurgie
Pr. MAHMAL	Aziz	Pneumo - Phtisiologie
Pr. MANOUDI	Fatiha	Psychiatrie
Pr. NEJMI	Hicham	Anesthésie - Réanimation
Pr. OULAD SAIAD	Mohamed	Chirurgie - Pédiatrique
Pr. TASSI	Nora	Maladies - Infectieuses
Pr. ZOUGARI	Leila	Parasitologie - Mycologie

---

---



قال الله تعالى

" والوالدات يرضعن أولادهن حولين كاملين لمن أراد أن يتم

الرضاعة "

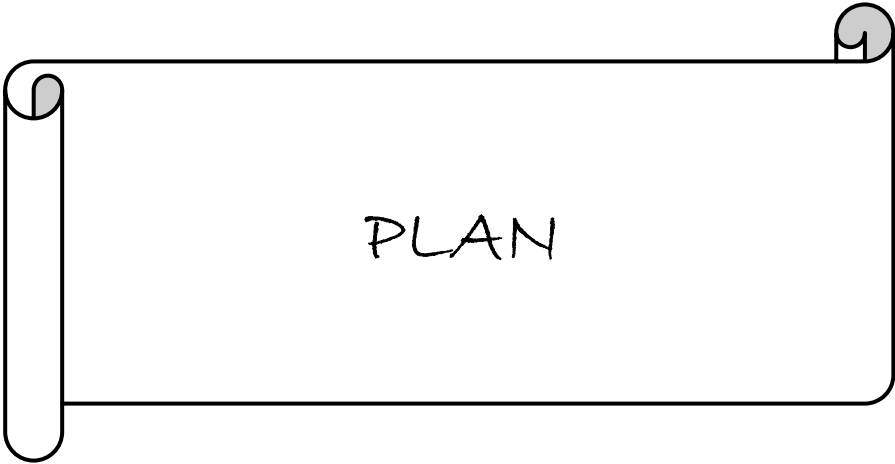
صدق الله العظيم ( البقرة آية 233 )

---



## LISTE DES ABREVIATIONS

AM	: Allaitement maternel
ENPS	: Enquête nationale sur la population et la santé
EPPS	: Enquête de Panel sur la Population et la Santé
EPSF	: Enquête sur la Population et la Santé Familiale
LA	: Lait artificiel
OMS	: Organisation mondiale de la santé
NSE	: Niveau socio-économique
ANAES	: Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
MAMA	: Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée.



<b>INTRODUCTION</b> .....	01
<b>PATIENTS ET METHODE</b> .....	04
I/Type de l'étude.....	05
II/ Population cible.....	05
II/ Echantillon.....	05
1- Taille de l'échantillon.....	06
2-Méthode d'échantillonnage.....	06
IV/ Le questionnaire.....	06
V/Le déroulement de l'enquête.....	06
1- Durée de l'étude .....	06
2- Modalité d'inclusion.....	06
3- Description .....	07
VI/ METHODE STATISTIQUE .....	07
VII/ Considérations éthiques.....	07
<b>RESULTATS</b> .....	08
I/ La prévalence et la durée de l'allaitement maternel.....	09
1- La prévalence de l'allaitement maternel.....	09
2- La durée de l'allaitement maternel .....	10
II/ Profil socio-économique et biodémographique des mères interviewées .....	11
1- L'âge des mères .....	11
2- Statu marital.....	12
3- Origine géographique .....	12
4- Niveau d'étude .....	12
5- Activité professionnelle .....	12
6- Parité des mères .....	13
7- L'age du dernier enfant .....	14
8 - Niveau socio-économique.....	14
9- Caractéristiques relatives à l'enfant .....	14
10- facteurs socio-économiques et biodémographique des mères interviewées et allaitement maternel.....	15
III/ Caractéristiques de la grossesse et de l'accouchement.....	18
1- Grossesse .....	18
2- Déroulement de l'accouchement.....	20
3- Education et information des mères à propos de l'AM au sein et à la sortie de la maternité.....	23

---

IV/ Initiation et déroulement de l'allaitement maternel.....	25
1- Délai de mise au sein.....	25
2- L'alimentation du nouveau-né avant la 1ère tétée.....	27
3- les difficultés initiales.....	29
4- Introduction de lait artificiel les premiers jours et en maternité.....	29
5- Utilisation de tétine.....	30
6- Cohabitation et rooming.....	31
7- Déroulement de l'allaitement maternel.....	31
8- Les raisons du sevrage.....	32
9- Durée de l'allaitement maternel exclusif.....	33
10- Age d'introduction du lait artificiel.....	34
11- L'âge de la diversification .....	35
V/ Difficultés rencontrées au cours de l'allaitement maternel.....	36
1- Difficultés physiques.....	36
2- Difficultés psychologiques.....	37
VI/ Eléments déterminants le choix de l'allaitement maternel.....	38
1- Les raisons du choix de l'allaitement maternel .....	38
2- Déroulement de l'allaitement des grossesses antérieures .....	39
3 - Adhésion du conjoint au projet de l'allaitement maternel .....	40
4- Rôle de l'entourage .....	41
5- la tradition familiale .....	41
6- le travail de la mère .....	41
VII/ Connaissances des femmes en matière de l'allaitement maternel..	42
1- La mise au sein immédiate .....	42
2- La valeur du colostrum .....	43
3- L'alimentation du nourrisson .....	45
4- horaire et durée de l'allaitement maternel .....	46
5 - l'âge de la diversification.....	46
6 - les modalités de conservation du lait maternel au réfrigérateur.....	46
7- source d'information .....	46
8- choix du mode d'allaitement pendant la grossesse.....	47
9- examen des seins des mères .....	48
<b>DISCUSSION</b> .....	49
I/Généralités.....	50
1-Historique.....	50
2- Physiologie de la lactation.....	51
3- Les avantages du lait maternel.....	55
3-1.Composition du lait maternel.....	55
3-2 Variations de la composition du lait maternel.....	59
3-3 Avantages de l'allaitement maternel.....	68
4- Situation de l'allaitement maternel.....	68

---

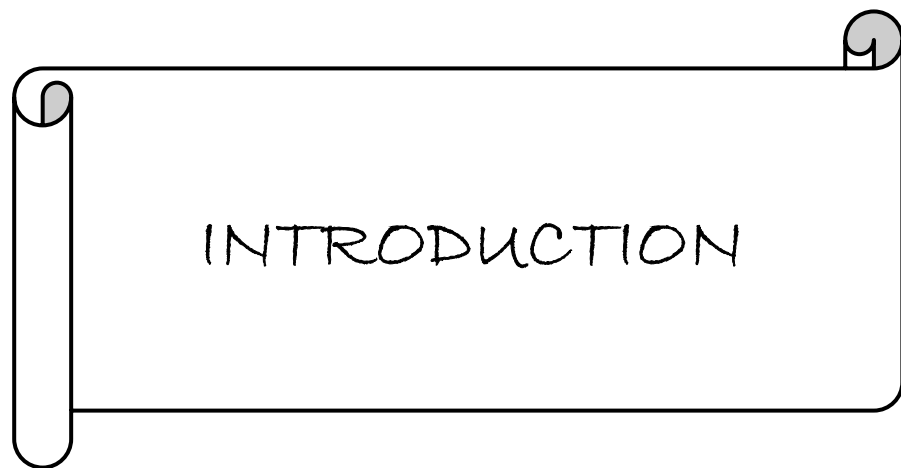
4-1. Situation dans les pays développés.....	68
4-2. Dans les pays en voie de développement.....	69
4-3. Situation au Maroc .....	70
<b>II– Facteurs influençant la pratique de l’allaitement maternel.....</b>	<b>71</b>
<b>1– Facteurs socio-économiques et biodémographique .....</b>	<b>72</b>
1-1. Age maternel.....	72
1-2. Origine géographique .....	73
1-3. Niveau d’instruction.....	73
1-4. Travail des mères.....	74
1-5. Niveau socio-économique .....	75
1-6. La parité .....	75
<b>2– Grossesse, accouchement et allaitement maternel .....</b>	<b>76</b>
2-1. Suivi de la grossesse et consultations prénatales .....	76
2-2. Choix du mode d’allaitement pendant la grossesse .....	77
2-3. Modalités de l’accouchement.....	77
<b>3– Les pratiques à la maternité concernant l’allaitement maternel.....</b>	<b>78</b>
3-1. Séparation mère-enfant .....	78
3-2. La mise au sein .....	79
3-3. Autres liquides administrés aux nouveau-nés .....	80
3-4. Education et information des mères à propos de l’AM au sein et à la sortie de la maternité.....	81
<b>4– Connaissances, attitudes et pratiques des mères en matière d’allaitement maternel et diététique infantile.....</b>	<b>83</b>
4-1. La mise au sein immédiate .....	83
4-2. La valeur du colostrum .....	83
4-3. Fréquence et durée des tétées .....	84
4-4. Durée de l’allaitement maternel exclusif .....	85
4-5. La diversification alimentaire et introduction du lait artificiel .....	86
4-6. Le sevrage.....	87
<b>5– Difficultés liées à la conduite d’un allaitement maternel antérieur.....</b>	<b>89</b>
<b>6– Soutien du conjoint et de l’entourage .....</b>	<b>90</b>
<b>III– Promotion de l’allaitement maternel.....</b>	<b>92</b>
<b>1– Recommandations internationales sur l’allaitement .....</b>	<b>92</b>
1-1. Les recommandations de l’OMS.....	92
1-2. Les recommandations de l’UNICEF .....	92
1-3. Les recommandations de l’Académie Américaine de Pédiatrie .....	92
1-4. La déclaration d’innocenti.....	93
1-5. Initiative hôpitaux amis des bébés .....	93
1-6. Stratégie mondiale de l’OMS/l’UNICEF pour l’alimentation des nourrissons et des jeunes enfants .....	93
<b>2– La bonne pratique de l’allaitement maternel .....</b>	<b>94</b>

---

2-1. Changements des pratiques et de l'organisation dans les maternités.....	94
2-2. Information avant la naissance des mères par des professionnels de santé (médecin, sage-femme, puéricultrice) .....	94
2-3. Contact peau à peau et tétée précoce.....	94
2-4. Cohabitation du nouveau-né avec sa mère.....	95
2-5. Position du nouveau-né et de la mère et prise du sein.....	95
2-6. Fréquence et durée des tétées.....	101
2-7. L'utilisation de compléments .....	101
2-8. Hygiène de vie : soin des mamelons, alimentation.....	102
2-9. Comment tirer et conserver le lait maternel.....	102
<b>3- Prise en charge des difficultés les plus courantes sans interrompre l'allaitement.</b>	<b>104</b>
3-1. Difficultés liées au mamelon.....	104
3-2. Engorgement mammaire .....	107
3-3. La lymphangite .....	108
3-4. L'obstruction d'un canal galactophore .....	109
3-5. L'abcès du sein .....	109
3-6. Le manque de lait .....	110
3-7. le bébé qui refuse de téter .....	112
<b>4- Situations particulières .....</b>	<b>112</b>
4-1. Allaitement Maternel et contraception .....	112
4-2. Allaitement et médicaments .....	112
4-3. Allaitement et maladies infectieuses et transmissibles .....	112
4-4. Allaitement Maternel et grossesse .....	115
4-5. Allaitement Maternel et césarienne .....	115
<b>CONCLUSION.....</b>	<b>116</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>119</b>
<b>RESUMES</b>	
<b>REFERENCE</b>	

---

---



L'allaitement maternel est la suite naturelle de la grossesse : c'est, non seulement l'aliment idéal du nouveau né, mais aussi, un intense plaisir partagé entre la mère et son enfant . L'accord est unanime quant à la supériorité du lait maternel. Plus les connaissances se développent et plus le lait de femme apparaît comme le mieux adapté aux besoins du nourrisson. Ceci est résumé dans le slogan anglo-saxon : « Breast is best ».

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.

Au Maroc, les études réalisées concernant la situation de la pratique de l'allaitement maternel [2,3,4 ], dont les données, qui ont révélé le recul de cette pratique, 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].

En vue de comprendre la situation de l'allaitement maternel dans notre contexte, ce modeste travail a été réalisé et a consisté à faire une étude de prévalence sur un total de 400 femmes, dont les objectifs sont les suivants :

- Apprécier la prévalence et la durée de l'allaitement maternel à Marrakech
- Réaliser une approche de la situation de l'allaitement maternel à Marrakech.
- Tenter de faire le point sur les raisons du choix ou non de l'allaitement maternel, de la durée de l'allaitement maternel exclusif, de l'influence de certains facteurs sur la prévalence de l'allaitement maternel, du moment et des raisons du sevrage.



## I- TYPE D'ETUDE

Nous avons mené une étude transversale à visée descriptive.

## II- POPULATION CIBLE

Les femmes, mères d'enfants âgés de 0 à 24 mois, qui viennent aux centres de santé ou au cabinets privés de généralistes à Marrakech soit pour consultation soit pour vaccination de leurs enfants .

## III- L'ECHANTILLON

### 1. Taille de l'échantillon :

Partant d'une prévalence attendue de 50 %, une précision de 5 % et un risque d'erreur d'espèce de 5 % , la taille minimale requise était de 384, qui a été arrondi à 400 femmes.

### 2. Méthode d'échantillonnage :

#### 2-1. Au niveau des centres de santé et cabinets privés :

Sachant qu'on a recruté 10 femmes par chaque médecin généraliste exerçant en public ou en privé, on avait besoin de 40 médecins. Et sachant qu'au niveau de la ville de Marrakech, 40 % de l'ensemble des médecins généralistes exercent en secteur public et 60 % en secteur privé, le choix des médecins s'est basé sur un échantillonnage aléatoire stratifié proportionnel selon le secteur d'activité, 40 % des médecins de l'échantillon exercent en secteur public, soit 16 médecins généralistes exerçants en 13 centres de santé, et 60 % en privé, soit 24 médecins généralistes exerçant en 24 cabinet privés.

---

---

**2-2. Au niveau des femmes :**

Les femmes incluses dans l'étude ont été choisies de façon accidentelle au niveau des centres de santé et cabinets privés du premier échantillonnage.

**IV- LE QUESTIONNAIRE (voir annexe 1)**

C'est un questionnaire anonyme préétabli élaboré par le service de pédiatrie du CHU Mohammed VI.

Les variables étudiés par ce questionnaire sont :

- Profil socio-économique et biodémographique des mères interviewées
- Caractéristiques de la grossesse et de l'accouchement
- Initiation et déroulement de l'allaitement maternel
- Difficultés rencontrées au cours de l'allaitement maternel
- Eléments déterminants le choix de l'allaitement maternel
- Connaissances des femmes en matière de l'allaitement maternel

**V- LE DEROULEMENT DE L'ENQUETE**

**1- Durée de l'étude :**

L'étude a eu lieu sur une période de 4 mois : du mois de Janvier au mois d'Avril 2008.

**2- Modalité d'inclusion :**

Les femmes, mères d'enfants âgés de 0 à 24 mois, allaitantes ou non, vues au niveau de 13 centres de santé et 24 cabinets privés de généralistes, qui viennent soit pour consultation soit pour vaccination de leurs enfants.

---

---

### **3- Description :**

Pour chaque femme, on a procédé au recueil des données à l'aide de questionnaires préétablis administrés après consentement libre et éclairé pour la participation à cette étude. L'entretien dure environ 20min permettant de remplir ces questionnaires. Nous avons profité de cette occasion à la fin de chaque entretien pour informer les femmes sur l'allaitement maternel, répondre à leurs questions ainsi que corriger certaines idées ou pratiques erronées en matière d'allaitement.

### **VI- METHODE STATISTIQUE :**

L'analyse statistique a été faite en collaboration avec le laboratoire d'épidémiologie de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Marrakech. Elle s'est basée sur deux méthodes:

- Une analyse descriptive à deux variables: qualitative et quantitative.
  - Pour les variables qualitatives, nous avons utilisé des pourcentages.
  - Pour les variables quantitatives, nous avons utilisé des moyennes et des écarts-types.
- Une analyse bivariée: la réalisation de cette analyse a fait appel à des tests statistiques notamment:
  - Le test de student pour comparer deux moyennes.
  - L'analyse de variance à un facteur pour la comparaison de plusieurs moyennes.
  - Le test khi2 pour la comparaison de pourcentages.

Le logiciel utilisé au cours de l'étude est le SPSS version 10. Le seuil de signification a été fixé à 5%.

### **VII- CONSIDERATIONS ETHIQUES :**

Les patients n'ont été recrutés pour l'étude qu'après l'obtention de leur consentement libre et éclairé. Le recueil des données a été effectué avec le respect de l'anonymat et de la confidentialité des informations.

---

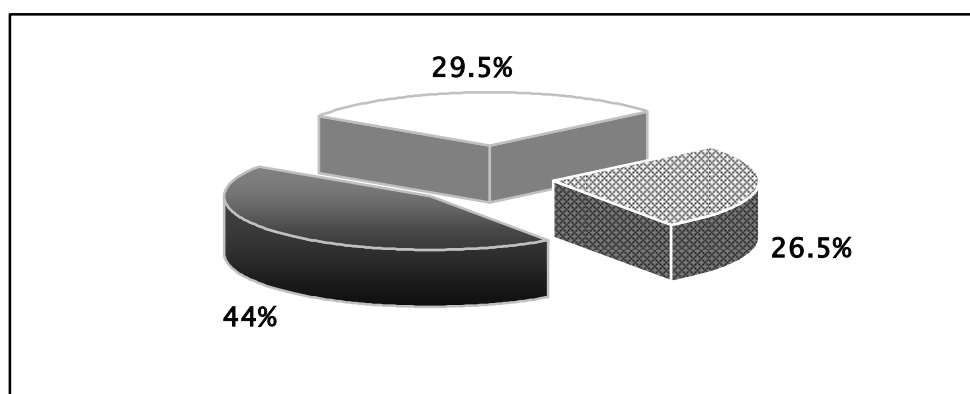
---



## I- LA PREVALENCE ET LA DUREE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

### 1- La prévalence de l'allaitement maternel :

La prévalence de l'allaitement maternel est de 70.5 % : prévalence de l'allaitement exclusif actuelle est de 26,5 %, celle de l'allaitement partiel est de 44 %. (Figure n°1)



☒ Allaitement maternel exclusif ■ Allaitement partiel □ Allaitement artificiel

**Figure n°1 : Prévalence de l'allaitement maternel à Marrakech**

Le tableau ci-dessous (tableau n°1) montre le type d'allaitement selon l'âge actuel des enfants. On note que dès les premiers mois qui ont suivi leur naissance (<2 mois), tous les enfants des mères interrogées sont allaités au sein dont 68.2 % exclusivement allaités au sein. Cette proportion reste relativement élevée jusqu'à l'âge de 15 mois atteignant 73.6 % entre 12 et 15 mois, alors que la prévalence de l'allaitement exclusif diminue pour atteindre 15.8 % entre 9 et 12 mois, augmente entre 12 et 15 mois à 45.3 % alors que, à partir de l'âge de 15 mois, aucun nourrisson n'est allaité exclusivement au sein.

On note également que beaucoup d'enfants sont nourris au biberon : 31.7 % de moins de 2 mois, 46.1 % de l'ensemble des enfants âgés de moins de 6 mois et 71.1 % de ceux âgés entre 6 et 9 mois.

---

**Tableau n° I : Type d'allaitement selon l'âge actuel des enfants des mères interrogées**

Facteur étudié	Effectif	Pourcentage	Allaitement maternel exclusif	Allaitement partiel	Allaitement artificiel
<b>Age en mois</b>					
<2	75	19	68.2	31.7	00
2-4	27	6.8	34.6	62.8	2.5
4-6	24	6.1	58.7	32.6	8.7
6-9	88	22	28.8	43.23	27.9
9-12	32	8.1	15.8	32	52.13
12-15	77	19.3	45.36	28.23	26.36
15-18	10	2.6	00	44.43	55.56
18-24	67	16.9	00	27.24	72.76
<b>Total</b>	400	100	<b><i>P</i> &lt; 1 % très significatif</b>		

## **2- La durée de l'allaitement maternel :**

La durée de l'allaitement maternel était calculée chez les femmes ayant sevré leurs enfants. Elles sont au nombre de 117 femmes.

La durée moyenne de l'allaitement maternel est de 9.6 mois, la médiane est de 12mois, avec un maximum de 36 mois. 34.4 % des nourrissons sont sevrés avant 6 mois et seulement 2.6 % à 2 ans (tableau n°II).

**Tableau n° II : Durée de l'allaitement maternel**

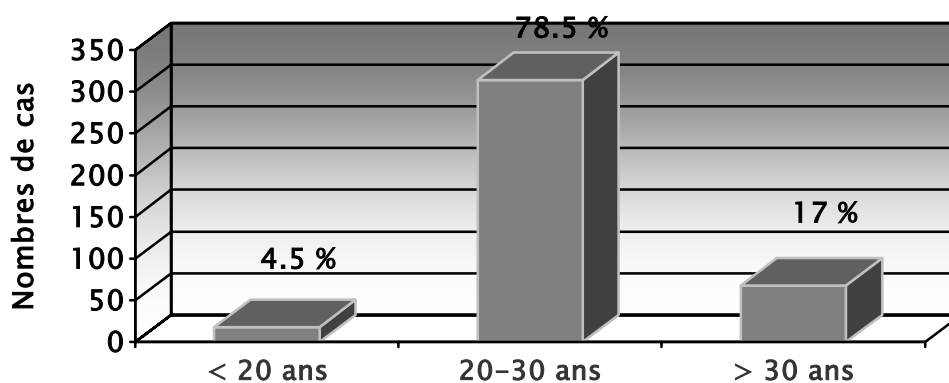
Facteur étudié	Effectif	Pourcentage
≤ 1 mois	12	10.5
1-2 mois	9	7.7
2-3 mois	1	0.9
3-4 mois	6	5.1
4-5 mois	2	1.7
5-6 mois	10	8.5
6-9 mois	8	6.9
9-12 mois	45	38.4
12-15 mois	10	8.5
15-18 mois	11	9.4
18-24 mois	3	2.6
Total	117	100

## II- PROFIL SOCIO-ECONOMIQUE ET BIODEMOGRAPHIQUE DES MERES

### INTERVIEWEES :

#### 1- L'âge des mères :

L'âge des mères varie entre 18 et 42 ans avec une moyenne de 26 ans. (Figure n° 2)



**Figure n° 2 : Répartition des enquêtées selon leur âge.**

## 2- Statut marital :

La quasi-totalité des mères sont mariées, environ 98 %, 4 sont divorcées et 2 célibataires.

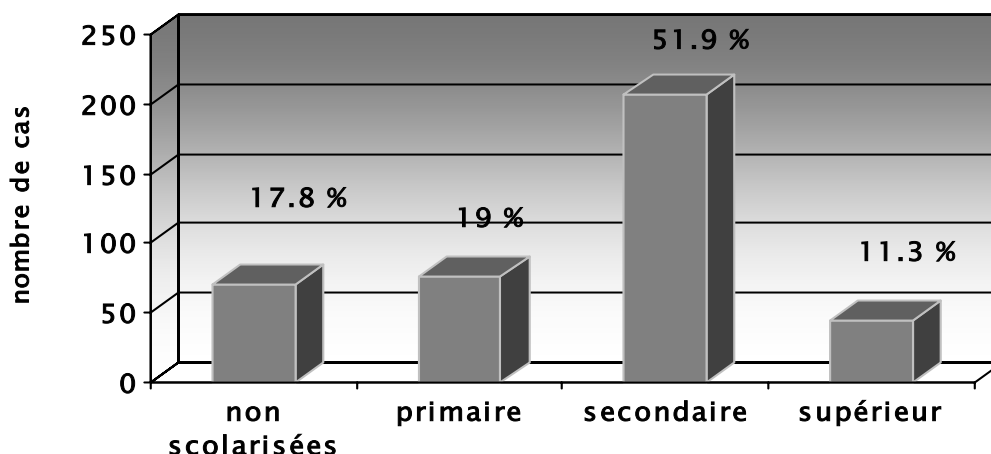
## 3- Origine géographique :

92 % des mères sont d'origine urbaine et 8 % d'origine rurale.

## 4- Niveau d'études :

La scolarité est un élément important à prendre en considération vu le rôle qu'il joue dans l'information et l'éducation des sujets.

Dans notre étude, 51.9 % des mères sont de niveau d'étude secondaire (Figure n° 3) ainsi que 45 % des pères, 34.6 % de ces derniers sont de niveau supérieur et 13.3 % de niveau d'étude primaire alors que 6.8 % sont non scolarisés.



**Figure n° 3 : Répartition des enquêtées en fonction du niveau d'étude.**

## 5- Activité professionnelle :

Parmi les femmes interrogées, seulement 15 % possèdent un emploi en dehors du foyer, la majorité d'entre elles sont de profession intermédiaire (5.3 %), 3.5 % travaillent comme ouvrières et 1.5 % comme employées de bureau (Figure n°4). Tous les pères travaillent dont

---

57,5% en profession libérale, 21,9 % des ouvriers, 9,3 % en professions intermédiaires, 5.8 % employés de bureau et 5.3 % cadres supérieurs.

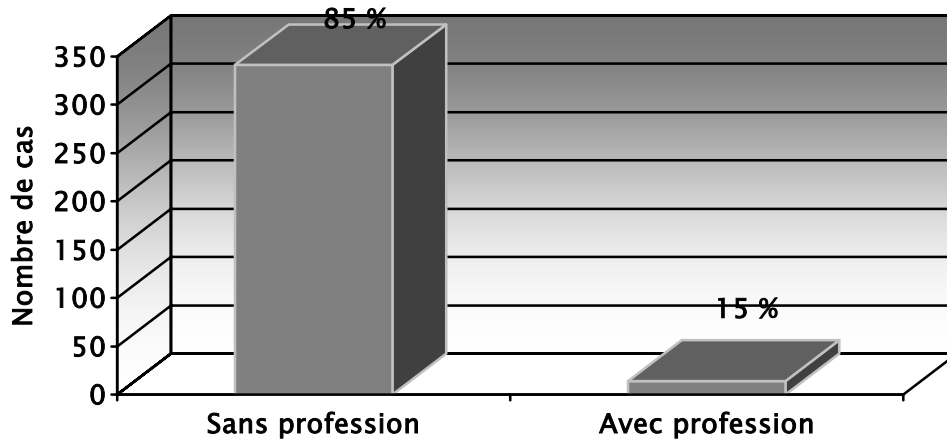


Figure n° 4 : Répartition des enquêtées selon leur activité professionnelle.

## 6- Parité des mères :

64% des femmes sont primipares, 28.3 % paucipares (2 à 3 enfants) et 7.4 % multipares (plus de 3 enfants) (Figure n°5).

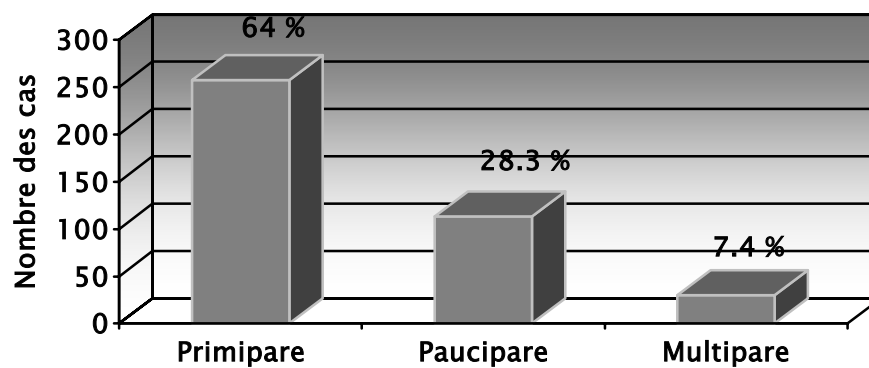


Figure n° 5 : Répartition des enquêtées en fonction de leur parité

---

## 7- L'âge du dernier enfant :

La moyenne d'âge du dernier enfant est de 4.8 ans avec 5.4 % de moins de 2ans.

## 8- Niveau socio-économique :

L'évaluation du niveau socio-économique (NSE) n'est pas de facilité courante. Dans notre enquête, on a considéré que :

- **NSE bas** : si le revenu familial par mois est inférieur à 2500 DH par mois. (SMIG)
- **NSE moyen** : si le revenu familial par mois est supérieur à 2500 DH et inférieur à 5000 DH.
- **NSE élevé** : si le revenu familial par mois est supérieur à 5000 DH.

57.3 % des femmes interrogées sont de niveau socio-économique moyen. (Figure n°6)

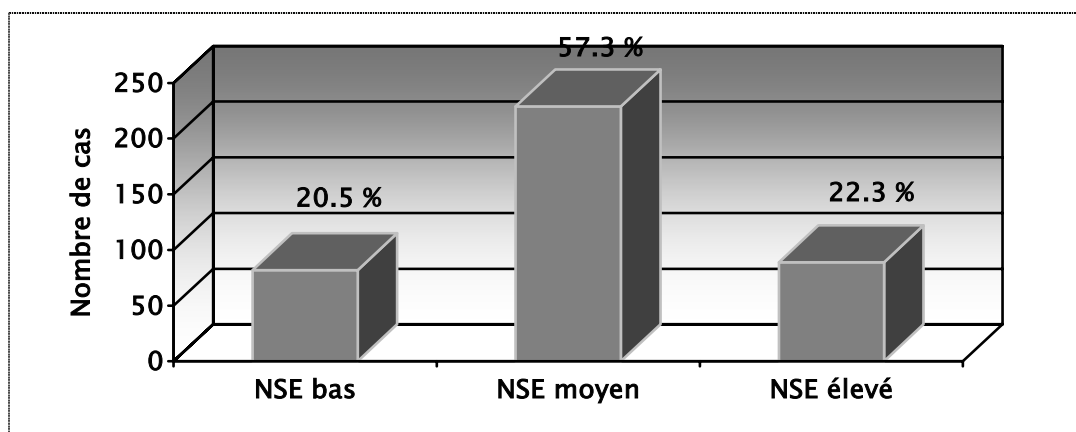


Figure n° 6 : Répartition des enquêtées en fonction de leur niveau socio-économique.

## 9- Caractéristiques relatives a l'enfant :

### 9-1. Age du nourrisson au moment de l'enquête :

La moyenne d'âge est de 8.6 mois, avec un minimum 2 semaines et un maximum de 24mois.

---

**9-2. Le sexe du nouveau né :**

Le sexe masculin est légèrement dominant dans notre population avec 55,5 %.

**9-3. La vaccination de l'enfant :**

Tous les enfants sont bien vaccinés.

**10- FACTEURS SOCIO-ECONOMIQUES ET BIODÉMOGRAPHIQUE DES MÈRES INTERVIEWÉES ET ALLAITEMENT MATERNEL :**

Les tableaux ci-dessous montrent la prévalence de l'allaitement maternel (tableau n°III) et sa durée (tableau n°IV) selon les caractéristiques socio-économiques et biodémographiques des mères interrogées. On note que la prévalence de l'allaitement maternel exclusif et la durée de l'allaitement maternel sont d'autant plus élevées que :

- la mère est plus âgée (sans que la différence soit statistiquement significative :  $p > 5\%$ ).
  - issue du milieu rural (statistiquement non significative :  $p > 5\%$ ).
  - mariée ou célibataire (statistiquement non significative :  $p > 5\%$ )
  - non scolarisée (significatif :  $p < 5\%$ ).
  - mari non scolarisé (significatif :  $p < 5\%$  pour la prévalence de l'AM exclusif, statistiquement non significatif pour la durée de l'AM :  $p > 5\%$ ).
  - femme au foyer (significatif :  $p < 5\%$ ).
  - NSE moyen pour la prévalence de l'AM exclusif (significatif :  $p < 5\%$ ), NSE bas pour la durée de l'AM (statistiquement non significatif :  $p > 5\%$ )
  - La femme est paucipare ou multipare pour la prévalence de l'AM exclusif (statistiquement non significative :  $p > 5\%$ ). Les primipares étant sans expérience antérieure en matière d'allaitement maternel. Cependant la durée de l'AM est plus longue chez la primipare (statistiquement non significative :  $p > 5\%$ ).
  - Le sexe du nouveau né est masculin pour la prévalence de l'AM exclusif (significatif :  $p = 1\%$ )
- 
-

Tableau n° III : Facteurs socio-économiques et familiaux

et prévalence de l'allaitement maternel :

Facteurs étudiés	Effectif	Pourcentages	Prévalence de l'allaitement maternel exclusif en %	Prévalence de l'allaitement partiel en %	Prévalence de l'allaitement artificiel en %
<b>Age :</b>					
< 20 ans	18	4.5	22.2	50	27.8
20-30 ans	314	78.5	26.4	43.9	29.6
> 30 ans	68	17	27.9	42.6	29.4
<b>Total</b>	400	100	<b><i>P</i> &gt; 5 % non significatif</b>		
<b>Habitat :</b>					
Urbain	369	92.3	26.3	45.5	28.2
Rural	31	7.8	29	25.8	45.2
<b>Total</b>	400	100	<b><i>P</i> &gt; 5 % non significatif</b>		
<b>Statut marital :</b>					
Mariée	394	98.5	26.4	43.9	29.7
Divorcée	4	1	25	75	0
Célibataire	2	0.5	50	0	50
<b>Total</b>	400	100	<b>Non significatif</b>		
<b>Niveau d'instruction :</b>					
Non scolarisée	71	17.8	35.2	38	26.8
Primaire	76	19	28.9	48.7	22.4
Secondaire	208	52	26.9	41.8	31.3
Supérieur	45	11.3	6.7	55.6	37.8
<b>Total</b>	400	100	<b>1 % &lt; <i>P</i> &lt; 5 % significatif</b>		
<b>Activité professionnelle :</b>					
Sans	341	85.3	29.3	42.8	27.9
Avec	59	14.7	7.62	44.36	48.2
<b>Total</b>	400	100	<b>1 % &lt; <i>P</i> &lt; 5 % significatif</b>		
<b>Niveau d'instruction du père :</b>					
Non Scolarisé	27	6.8	37	33.3	29.6
Primaire	53	13.3	37.7	24.5	37.7
Secondaire	179	45	25.7	48.6	25.7
Supérieur	139	34.9	20.9	48.2	30.9
<b>Total</b>	400	100	<b>1 % &lt; <i>P</i> &lt; 5 % significatif</b>		
<b>Niveau socio-économique :</b>					
NSE bas	82	20.5	22	47.6	30.5
NSE moyen	229	57.3	33.2	44.1	22.7
NSE élevé	89	22.3	13.5	40.4	46.1
<b>Total</b>	400	100	<b><i>P</i> &lt; 1 % très significatif</b>		
<b>Parité :</b>					
Primipare	257	64.3	23.7	46.7	29.6
Paucipare (2 à 3)	113	28.3	33.25	36.2	30.5
Multipare (> 3)	40	7.4	31.64	61.58	6.8
<b>Total</b>	400	100	<b><i>P</i> &gt; 5 % non significatif</b>		
<b>Sexe du nouveau né :</b>					
Masculin	222	55.5	29.7	46.8	23.4
Féminin	178	44.5	22.5	40.4	37.1
<b>Total</b>	400	100	<b><i>P</i> = 1 significatif</b>		

**Tableau n° IV : Facteurs socio-économiques  
et familiaux et durée de l'allaitement maternel :**

Facteur étudié	effectif	pourcentage	≤ 6 mois	6-18 mois	> 18 mois
<b>Age :</b>					
<20ans	5	4.3	60	40	00
20-30ans	92	78.6	28.3	68.5	3.3
>30ans	20	17.1	55	45	00
<b>Total</b>	117	100	<b>P &gt; 5 % non significatif</b>		
<b>Habitat :</b>					
Urbain	104	88.9	35.6	61.5	2.9
Rural	13	11.1	23.1	76.9	00
<b>Total</b>	117	100	<b>P &gt; 5 % non significatif</b>		
<b>Niveau d'études :</b>					
Non scolarisée	18	15.4	5.6	94.4	00
Primaire	17	14.5	64.7	35.3	00
Secondaire	65	55.6	30.8	64.6	4.6
supérieur	17	14.5	47.1	52.9	00
<b>Total</b>	117	100	<b>P &lt; 1% très significatif</b>		
<b>Niveau d'étude du père :</b>					
Non scolarisée	8	6.9	12.5	87.5	00
Primaire	19	16.4	36.8	63.2	00
Secondaire	46	39.7	37	63	00
Supérieur	43	37.1	32.6	60.5	7
<b>Total</b>	117	100	<b>P &gt; 5 % non significatif</b>		
<b>Activité professionnelle :</b>					
Sans	94	80.3	27.7	69.1	3.2
Avec	23	19.7	59.1	40.84	00
<b>Total</b>	117	100	<b>P &lt; 1% très significatif</b>		
<b>Niveau socio-économique :</b>					
Bas	24	20.5	29.2	70.8	00
Moyen	52	44.4	32.7	61.5	5.8
Elevé	41	35	39	61	00
<b>Total</b>	117	100	<b>P &gt; 5 % non significatif</b>		
<b>Parité</b>					
Primipare	76	65	32.9	63.2	3.9
Paucipare	37	31.6	38.1	61.9	00
Multipare	4	3.4	50	50	00
<b>Total</b>	117	100	<b>P &gt; 5 % non significatif</b>		

### **III- CARACTERISTIQUES DE LA GROSSESSE ET DE L'ACCOUCHEMENT :**

#### **1 – La grossesse :**

La grossesse était désirée et suivie dans 94 % des cas. La quasi-totalité de ces grossesses étaient déclarées au 1<sup>er</sup> trimestre (98.8 %).

Le suivi de la grossesse s'est déroulé dans une structure privée dans 54,5 % des cas, 23,3 % des cas dans une structure public et dans les deux structures en même temps dans 22.2 %. Seulement 61.2 % des grossesses ont bénéficié d'un nombre suffisant de visites prénatales ( $\geq 4$ ). 6 % des femmes avaient des pathologies de la grossesse dominées par la toxémie gravidique (8cas), la menace d'accouchement prématuré (8cas), l'hémorragie du 3<sup>ème</sup> trimestre (2cas).

Presque toutes les grossesses étaient à terme (97%).

Le suivi de la grossesse est primordial pour son bon déroulement et il constitue une opportunité pour préparer la future mère à l'allaitement maternel.

Cependant seulement 27.7 % des grossesses suivies ont bénéficié de conseils prénataux sur l'allaitement maternel, ces derniers ont porté essentiellement sur les avantages du lait maternel (100 %), la mise au sein précoce dès la 1<sup>ère</sup> heure (89.5 %), la durée de l'AM (86.7 %) et la conduite de l'AM (64.8 %) (Tableau n°VII).

Seulement 33.8 % de ces femmes ont été informé et éduqué en ce qui est des besoins nutritionnels pour mieux répondre à la grossesse et la lactation.

**Tableau n°VII : Type des conseils prénataux sur l'allaitement maternel :**

Conseils prénataux	Effectif	Pourcentage
Avantages du lait maternel	105	100
Mise au sein dès la 1ere heure	94	89.5
La conduite de l'allaitement maternel	68	64.8
Proscription des autres liquides	55	52.4
Hygiène des seins	65	61.9
Durée de l'allaitement maternel	91	86.7

❖ **Suivi de la grossesse et allaitement maternel :**

Comme montrent les tableaux ci-dessous (tableau n°V et tableau n°VI), la prévalence de l'allaitement maternel exclusif et la durée de l'AM semblent augmenter en cas de suivi de la grossesse (la différence est statistiquement non significative :  $p > 5\%$ ), en milieu surveillé public (la différence est statistiquement significative pour la prévalence de l'AM exclusif :  $p < 1\%$ , mais non significative pour la durée de l'AM), cependant, ne pas être améliorées par le fait de recevoir des conseils prénataux sur l'allaitement maternel et au contraire augmenter si les femmes n'en recevaient pas (la différence est statistiquement non significative  $p > 5\%$ ).

**Tableau n°V : Suivi et lieu de suivi de la dernière grossesse, recevoir des conseils prénataux sur l'allaitement maternel et prévalence de l'allaitement maternel**

Facteur étudié	effectif	Pourcentage	Prévalence de l'allaitement maternel exclusif en %	Prévalence de l'allaitement partiel en %	Prévalence de l'allaitement artificiel en %
Suivi de la grossesse :					
Non	22	5.5	20	60	20
Oui	378	94.5	26.9	42.9	30.1
Total	400	100	<i>P &gt; 5 % non significatif</i>		
Lieu de suivi :					
Public	88	23.3	40.9	18.2	40.9
Privé	206	54.5	22.8	49	28.2
Public et privé	84	22.2	21.4	53.6	25
Total	378	100	<i>p &lt; 1 % très significatif</i>		
Conseils prénataux					
Oui	105	27.7	22.9	39	38.1
Non	273	72.3	27.4	45.5	27.1
Total	378	100	<i>P &gt; 5 % non significatif</i>		

**Tableau n°VI : Suivi et lieu de suivi de la dernière grossesse, recevoir des conseils prénataux sur l'allaitement maternel et durée de l'allaitement maternel**

Facteur étudié	effectif	pourcentage	≤ 6 mois	6-18 mois	> 18 mois
<b>Suivi</b>					
<b>Oui</b>	112	95.7	33.9	63.4	2.7
<b>non</b>	5	4.3	40	60	00
<b>Total</b>	117	100	<b>Non significatif</b>		
<b>Milieu de suivi</b>					
<b>Privé</b>	59	51.8	52.5	42.4	5.1
<b>Public</b>	34	29.8	8.8	91.2	00
<b>Les deux</b>	21	18.4	19	81	
<b>Total</b>	117	100	<b>Non significatif</b>		
<b>Conseils prénataux</b>					
<b>Oui</b>	41	35	43.9	51.2	4.9
<b>Non</b>	76	65	28.9	69.7	1.3
<b>Total</b>	117	100	<b>P &gt; 5 % non significatif</b>		

## **2- Déroulement de l'accouchement :**

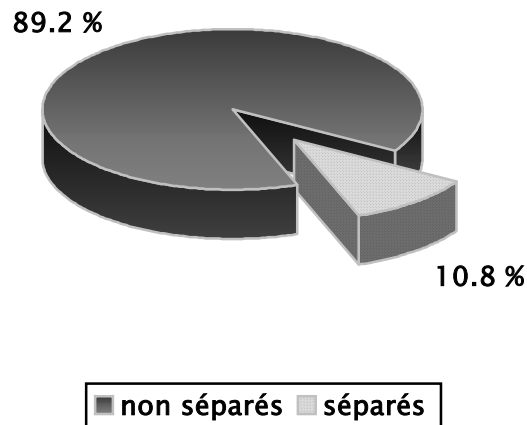
83 % des accouchements se sont déroulés en milieu surveillé public contre 11,5 % en milieu surveillé privé et 6 % à domicile. 90 % des femmes ont accouché par voie basse et 10 % par césariennes avec 7 accouchements multiples.

3,3 % des femmes interrogées ont eu des complications de l'accouchement et les hémorragies de la délivrance y sont les plus prédominantes.

La moyenne du poids de naissance était de 3.3 kg avec un minimum de 1.5kg et un maximum de 5kg.

4 % des nouveaux nés étaient hospitalisés en néonatalogie. Les raisons d'hospitalisation étaient dominées par les infections néonatales (8cas), les souffrances néonatales (4 cas) et la prématurité (4 cas).

10,8 % des nouveaux nés étaient séparés de leurs mères après l'accouchement pour des raisons maternelles dans 47,8 % (fatigue maternelle, césarienne), 39.1 % pour des raisons fœtales (hospitalisation en néonatalogie) et 13 % pour autres raisons (pratiques de certaines maternités, nouveau né ramené par la famille à la maison) (figure n°7).



**Figure n°7 : Répartition des enquêtées selon qu'elles soient séparées ou non de leurs nouveaux nés après l'accouchement.**

❖ **2-1.Déroulement de l'accouchement et allaitement maternel** : (tableau n°VIII et tableau n°IX)

On constate que la prévalence de l'allaitement maternel exclusif est significativement plus élevée quand l'accouchement se fait en milieu surveillé public ( $p < 1\%$ ). En effet les femmes peuvent bénéficier de conseils en faveur de l'allaitement maternel durant leur séjour en maternité. Par contre la durée de l'AM est significativement plus longue en cas d'accouchement à domicile ( $p < 5\%$ ).

L'accouchement par césarienne s'accompagne d'une prévalence de l'AM exclusif plus basse (statistiquement non significatif) et d'une durée de l'AM significativement plus courte ( $p < 1\%$ ).

---

Aussi, la séparation du nouveau né de sa mère après l'accouchement s'accompagne d'une diminution de la prévalence de l'allaitement maternel de façon très significative (53.5 % contre 72.6 % en cas de non séparation mère-nouveau né :  $p < 1\%$ ), ainsi qu'une durée de l'AM significativement plus courte (durée de moins de 6mois dans 60% en cas de séparation mère-nouveau né contre 28.9% en cas de non séparation de ces derniers :  $p < 5\%$ ).

**Tableau n°VIII : Lieu et mode d'accouchement, séparation mère-nouveau né après l'accouchement et prévalence de l'allaitement maternel.**

Facteur étudié	Effectif	Pourcentage	Prévalence de l'allaitement maternel exclusif en %	Prévalence de l'allaitement partiel en %	Prévalence de l'allaitement artificiel en %
Lieu d'accouchement :					
Milieu surveillé public	331	82.8	30.2	40	27.8
Milieu surveillé privé	46	11.5	2.2	56.5	41.3
Domicile	23	5.8	21.7	47.8	30.4
Total	400	100	$p < 1\%$ très significatif		
Voie d'accouchement :					
Voie basse	359	89.8	29.9	38.3	31.6
Césarienne	41	10.2	24.6	49.5	25.8
Total	400	100	non significatif		
Séparation mère – nouveau né :					
Séparés	43	10.8	7	46.5	46.5
Non séparés	357	89.3	28.9	43.7	27.5
Total	400	100	$p < 1\%$ très significatif		

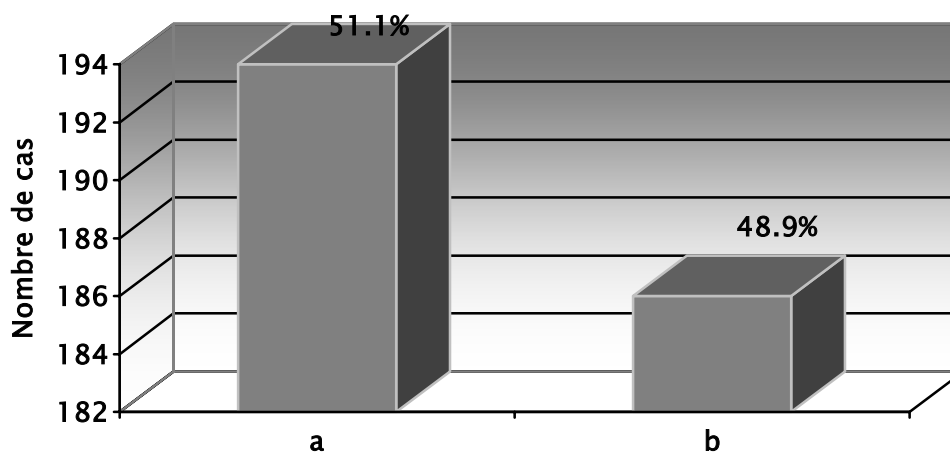
**Tableau n°IX : Lieu et mode d'accouchement, séparation mère–nouveau né après l'accouchement et durée de l'allaitement maternel**

Facteur étudié	Effectif	Pourcentage	≤ 6 mois	6–18 mois	> 18 mois
<b>Lieu d'accouchement :</b>					
Milieu surveillé public	90	76.9	32.2	66.7	1.1
Milieu surveillé Privé	21	17.9	52.4	38.1	9.5
A domicile	6	5.1	00	100	00
<b>Total</b>	117	100	<b>1% &lt;P&lt; 5% significatif</b>		
<b>Mode d'accouchement :</b>					
Voie basse	107	91.5	64.6	34.4	0.9
Césarienne	10	8.6	66.6	16.6	16.6
<b>Total</b>	117	100	<b>p&lt; 1 % très significatif</b>		
<b>Séparation mère –nouveau né:</b>					
Séparé	97	82.9	60	35	5
Non séparé	20	17.1	28.9	69.1	2.1
<b>Total</b>	117	100	<b>1% &lt;P&lt; 5% significatif</b>		

### **3- Education et information des mères à propos de l'AM au sein et à la sortie de la maternité :**

Parmi les femmes ayant accouché en milieu surveillé et durant leur séjour en maternité, 51.1% ont reçu des informations à propos de l'AM (figure n°8). Cette éducation s'est limitée en général à un simple conseil au sein, et dans la plupart des cas faite par des infirmières et sages femmes dans 87%, des médecins pédiatres dans 10% et par des médecins gynécologues chez 4 femmes (3%).

A la sortie de la maternité, 60 % des femmes ont reçu des conseils relatifs à l'allaitement maternel.



**Figure n°8 : Répartition des enquêtées selon l'informations à propos de l'AM au sein de la maternité.**

**a :** Femmes informées à propos de l'AM au sein de la maternité.

**b :** Femmes non informées à propos de l'AM au sein de la maternité.

❖ **Education et information des mères à propos de l'AM au sein de la maternité et allaitement maternel :**

La prévalence de l'AM exclusif est paradoxalement plus importante en cas de non information et conseil des mères à propos de l'AM dans la maternité : 31.7% contre 22.2% en cas d'information à propos de l'AM de ces dernières (la différence est statistiquement non significative :  $p > 5\%$ ). la durée de l'AM est aussi plus longue dans ce cas : 66% des mères non informées sur l'AM dans de la maternité allaitent au sein entre 6 et 18mois contre 58.3% de celles qui en ont été informées ( la différence est statistiquement non significatif :  $p > 5\%$ ). (tableau n°X et tableau n°XI).

---

**Tableau n°X : Information des mères à propos de l'AM  
au sein de la maternité et prévalence de l'AM**

Facteur étudié	Effectif	Pourcentage	Prévalence de l'AM exclusif en %	Prévalence de l'allaitement partiel en %	Prévalence de l'allaitement artificiel en %
Non	186	48.9	31.7	39.2	29
oui	194	51.1	22.2	47.4	30.4
Total	380	100	<i>P</i> > 5 % non significatif		

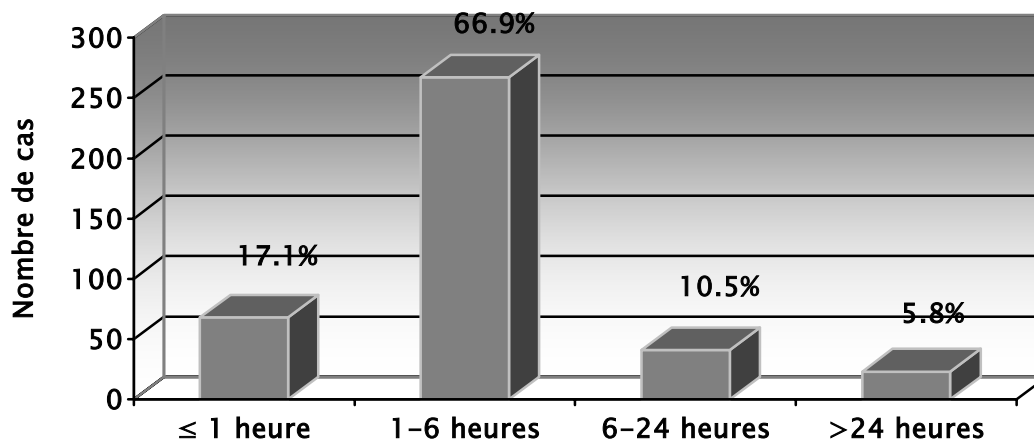
**Tableau n°XI : Information des mères à propos de l'AM  
au sein de la maternité et durée de l'AM**

Facteur étudié	effectif	pourcentage	≤ 6 mois	6-18 mois	> 18 mois
Non	53	46.9	32.1	66	1.9
Oui	60	53.1	38.3	58.3	3.3
Total	113	100	<i>P</i> > 5 % non significatif		

#### **IV- INITIATION ET DEROULEMENT DE L'ALLAITEMENT MATERNEL :**

##### **1- Délai de mise au sein :**

Le taux de mise au sein précoce durant la 1ere heure de vie n'est que de 17 %. Il est plus important entre 1 et 6 heures après l'accouchement atteignant 66.9%. Le délai moyen de mise au sein est de 8.4 heures (figure n°9).



**Figure n°9 : Répartition des enquêtées selon le délai de mise au sein.**

❖ Délai de mise au sein et allaitement maternel :

La prévalence de l'AM exclusif est plus élevée en cas de mise au sein précoce dès la 1ere heure de vie : 30.9% contre 17.4% en cas de mise au sein au delà de 24 heures. On constate la même chose pour la durée de l'AM qui est plus élevée, supérieure à 6 mois dans 72% des cas lorsque la mise au sein est précoce contre 62.5% en cas de mise au sein au-delà de 24 heures (la différence est statistiquement non significative dans les deux :  $p > 5\%$ ) (Tableau n°XII et tableau n°XIII).

**Tableau n°XII : Délai de mise au sein et prévalence de l'allaitement maternel**

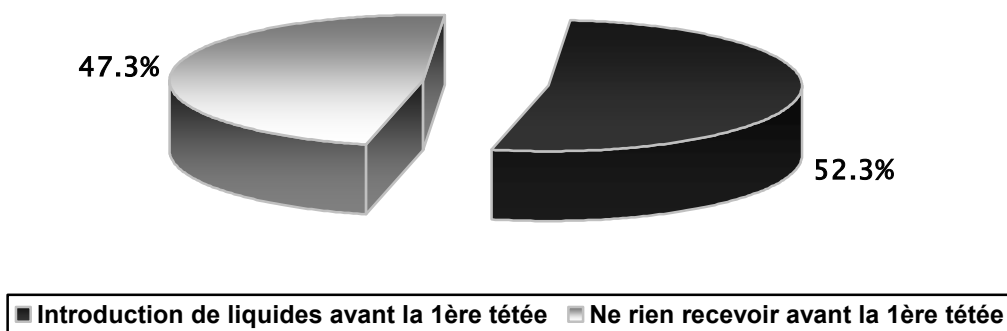
Facteur étudié	Effectif	Pourcentage	Prévalence de l'allaitement maternel exclusif en %	Prévalence de l'allaitement partiel en %	Prévalence de l'allaitement artificiel en %
≤ 1 heure	68	17.1	30.9	29.4	39.7
1-6 heures	267	66.9	27	47.9	25.1
6-24 heures	41	10.5	22	41.5	36.6
>24 heures	23	5.8	17.4	47.8	34.8
Total	399	100	$P > 5\%$ non significatif		

**Tableau n°XIII: Délai de mise au sein et durée de l'allaitement maternel**

Facteur étudié	Effectif	Pourcentage	≤ 6 mois	6-18 mois	> 18 mois
≤ 1 heure	68	17.1	28	72	00
1-6 heures	267	66.9	30.9	66.2	2.9
6-24 heures	41	10.5	60	40	00
>24 heures	23	5.8	37.5	62.5	00
<b>Total</b>	<b>399</b>	<b>100</b>	<b><i>P</i> &gt; 5 % non significatif</b>		

## **2- L'alimentation du nouveau-né avant la 1ère tétée :**

52,3 % des nouveaux nés ont reçus des liquides non lactés avant la 1ère tétée, dont 95,7 % ont reçus la tisane (verveine sucrée) et 21.4 % de l'eau sucré. 6 femmes ont donné de l'eau à leurs nouveaux nés (1.5 %) et 4 ont donné de la menthe (1 %) (Figure n°10).



**Figure n°10 : Répartition des enquêtées selon l'alimentation du nouveau né avant la première tétée.**

Les principales raisons ayant motivé l'introduction de ces liquides avant la 1ère tétée sont: l'absence de montée laiteuse dans 54.5% des cas, faciliter l'élimination du méconium chez 46.4%, calmer les coliques du bébé chez 23.6%, la fatigue maternelle chez 15.8%, par habitude chez 11%, le refus de téter ou donné par la famille dans 4% des cas.

❖ **Alimentation du nouveau né avant la 1<sup>ère</sup> tétée et allaitement maternel :**

On constate que La prévalence de l'AM est significativement plus élevée en cas d'administration de ces liquides, 76.1% contre 64.4% si le nouveau né ne recevait rien avant la 1<sup>ère</sup> tétée ( $p < 5\%$ ). Aussi la durée de l'AM est plus élevée, 69.4% supérieure à 6 mois, en cas d'administration de ces liquides contre 63.3% quand le nouveau né ne reçoit rien avant la 1<sup>ère</sup> tétée (la différence est statistiquement non significatif :  $p > 5\%$ ) (Tableau n°XIV et tableau n°XV).

**Tableau n°XIV: Administration de liquides non lactés avant la 1<sup>ère</sup> tétée et prévalence de l'allaitement maternel**

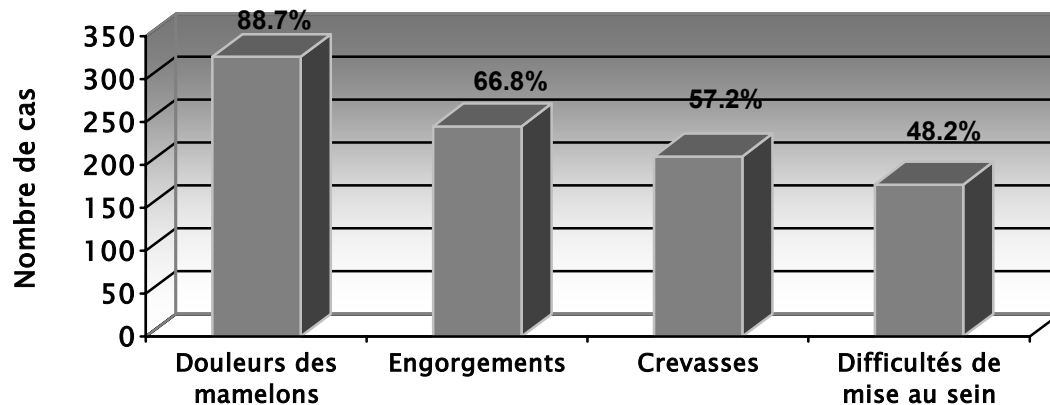
Facteur étudié	Effectif	Pourcentage	Prévalence de l'AM exclusif en %	Prévalence de l'allaitement partiel en %	Prévalence de l'allaitement artificiel en %
Oui	209	52.3	30.6	45.5	23.9
Non	191	47.8	22	42.4	35.6
Total	400	100	$1\% < P < 5\%$ significatif		

**Tableau n°XV : Administration de liquides non lactés avant la 1<sup>ère</sup> tétée et durée de l'allaitement maternel**

Facteur étudié	Effectif	Pourcentage	≤ 6 mois	6–18 mois	> 18 mois
Oui	49	41.9	30.6	65.3	4.1
Non	68	58.1	36.8	61.8	1.5
Total	117	100	$P > 5\%$ non significatif		

### **3- Les difficultés initiales :**

La plupart des femmes interrogées, soit 92%, rapportent avoir eu des difficultés initiales de l'allaitement maternel. Parmi ces difficultés, les douleurs des mamelons constituent 88.7%, les engorgements 66.8%, les crevasses 57.2% et les difficultés de mise au sein 48.2% (Figure n°11).



**Figure n°11 : Répartition des mères selon le type des difficultés initiales à l'AM.**

### **4- Introduction de lait artificiel les premiers jours et en maternité :**

Le biberon a été administré en complément dans la maternité dans 20,4 % des cas. 31% des femmes interrogées ont introduit le lait artificiel à leurs nouveaux nés dès les 1ers jours après l'accouchement (la 1ere semaine du post-partum), mais 28.7% ont poursuivit l'administration du lait artificiel à leurs nourrissons. Elles avancent comme causes principales l'insuffisance lactée (30.8%), la fatigue maternelle après césarienne (28.3%), la séparation du nouveau né comme dans le cas de son hospitalisation en néonatalogie (21.6%), l'absence de montée laiteuse (11.6%) et les pleurs du bébé (8.7%),).

#### **❖ Administration de biberon en complément dans la maternité et allaitement maternel :**

L'administration de biberon dès les premiers jours après l'accouchement dans la maternité influence négativement la pratique de l'AM, la prévalence de celle-ci diminue significativement dans ce cas, elle est de 66.7% contre 71.5% lorsque le nouveau né ne reçoit pas

---

de biberon les premiers jours ( $p < 1\%$ ). Le risque de sevrage précoce avant 6 mois est aussi plus élevé en cas d'administration de biberon dans la maternité, de 53.6% contre 29.4% quand le nouveau né ne reçoit que le lait maternel à la maternité (la différence est statistiquement non significative) (Tableau n°XVI et tableau n°XVII).

**Tableau n°XVI : Administration de biberon en complément dans la maternité et prévalence de l'AM**

Facteur étudié	Effectif	Pourcentage	Prévalence de l'AM exclusif en %	Prévalence de l'allaitement partiel en %	Prévalence de l'allaitement artificiel en %
Oui	78	20.4	7.7	59	33.3
Non	305	79.6	31.8	39.7	28.5
Total	383	100	$p < 1\%$ très significatif		

**Tableau n°XVII : Administration de biberon en complément dans la maternité et durée de l'AM**

Facteur étudié	Effectif	Pourcentage	≤ 6 mois	6-18 mois	> 18 mois
Oui	28	24.8	53.6	35.7	10.7
Non	85	75.2	29.4	70.6	00
Total	113	100	Non significatif		

### 5- Utilisation de tétine :

L'usage de tétine perturbe le réflexe de succion et constitue une source d'infection digestive. Parmi les femmes interrogées, 32.8 % ont déclaré avoir utilisé des tétines. Ceci s'accompagne d'une prévalence de l'AM exclusif significativement plus faible (18.3% contre 30.5% :  $p < 1\%$ ), mais affecte peu la durée de l'AM qui se trouve peu diminuée dans ce cas (durée supérieure à 6 mois dans 64.7% contre 66.7% en l'absence d'usage de tétine : la différence est statistiquement non significatif,  $p > 5\%$ ) (Tableau n°XVIII et tableau n°XIX).

**Tableau n°XVIII : Utilisation de tétine et prévalence de l'AM**

Facteur étudié	Effectif	Pourcentage	Prévalence de l'AM exclusif en %	Prévalence de l'allaitement partiel en %	Prévalence de l'allaitement artificiel en %
Oui	131	32.8	18.3	42	39.7
Non	269	67.3	30.5	45	24.5
Total	400	100	<i>p</i> < 1 % très significatif		

**Tableau n°XIX : Utilisation de tétine et durée de l'AM**

Facteur étudié	Effectif	Pourcentage	≤ 6 mois	6-18 mois	>18mois
Oui	51	43.6	35.3	58.8	5.9
Non	66	56.4	33.3	66.7	00
Total	117	100	<i>P</i> > 5 % non significatif		

### **6-Cohabitation et rooming :**

La proximité de la mère de son bébé et le contact peau à peau favorisent le bon démarrage et déroulement de l'allaitement maternel.

Dans notre enquête, la quasi totalité des nourrissons cohabitent avec leur mère (99.8%), 97.5% d'entre eux partagent la même chambre qu'elle.

### **7- Déroulement de l'allaitement maternel :**

La plupart des femmes interrogées optent pour les positions assises et allongées la nuit pour allaiter leur enfants (81.8 %), 91.3 % déclarent une bonne prise du sein par le nourrisson avec bonne position.

L'allaitement à la demande est pratiqué par 92 % des femmes, celles qui fixent l'horaire des tétées (8%) donnent leurs seins entre 8 à 12 fois par jour dans 90.5 % des cas, 6 à 8 fois par jour dans 9.5% des cas et fixent un intervalle minimum entre les tétées de 2 heures.

La durée moyenne des tétées est de 18 minutes, elle est entre 10 et 20 minutes dans 82.1 % des cas.

❖ **Horaire des tétées et allaitement maternel :**

La fixation des horaires des tétées influence négativement la pratique de l'AM : la prévalence de l'AM exclusif est significativement plus faible (6.4% contre 28% :  $p < 5\%$ ) et le risque de sevrage précoce avant 6mois s'avère plus élevé (40% contre 33.3% : la différence est statistiquement non significative  $p > 5\%$ ) (Tableau n°XX et tableau n°XXI).

**Tableau n°XX : Horaire des tétées et prévalence de l'allaitement maternel**

Facteur étudié	Pourcentage	Effectif	Prévalence de l'AM exclusif en %	Prévalence de l'allaitement partiel en %	Prévalence de l'allaitement artificiel en %
Horaire fixe	32	8	9.4	43.8	46.9
A la demande	368	92	28	44	28
Total	400	100	1 % $< P < 5\%$ significatif		

**Tableau n°XXI : Horaire des tétées et durée de l'allaitement maternel**

Facteur étudié	Pourcentage	Effectif	≤ 6 mois	6-18 mois	>18mois
Horaire fixe	32	8	40	60	0
A la demande	368	92	33.3	63.7	2.9
Total	400	100	$P > 5\%$ non significatif		

**8- Les raisons du sevrage :**

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) recommande de poursuivre l'allaitement maternel jusqu'à 2ans voire au-delà en fonction du souhait de la mère. Or dans notre étude, seulement 2.6 % des femmes allaitent jusqu'à 2 ans.

Le tableau ci-dessous (tableau n°XXII) classe les raisons du sevrage par ordre décroissant, la raison la plus évoquée par les mères est l'impression de ne pas avoir assez de lait : l'insuffisance lactée (78.2%), la plupart des mères avancent plusieurs raisons du sevrage.

**Tableau n°XXII : Raisons du sevrage.**

Facteur étudié	Effectif	Pourcentage
Insuffisance lactée	93	78.2
Fatigue maternelle	47	40.5
Reprise de l'activité professionnelle	17	14.3
Le bébé refuse le sein	12	10.1
Etat de santé de la mère	9	7.6
Causes locales	5	4.2
Survenue d'une nouvelle grossesse	4	3.4
Insuffisance pondérale de l'enfant	3	2.5
Prise de médicament	2	1.6
Etat de deuil de la mère	2	1.6

### **9- Durée de l'allaitement maternel exclusif :**

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

Or nos résultats montrent que la durée moyenne de l'allaitement maternel exclusif est de 2.7 mois (la médiane est de 3.17 mois), seulement 9.2 % des femmes ont allaité leur enfant exclusivement au sein jusqu'à 6 mois (Tableau n°XXIII).

---

**Tableau n°XXIII : Durée de l'allaitement maternel exclusif au sein**

Facteur étudié	Effectif	Pourcentage
≤ 1 mois	140	47.9
1-2 mois	44	14.9
2-3 mois	14	4.8
3-4 mois	29	9.9
4-5 mois	5	1.7
5-6 mois	27	9.2
> 6 mois	33	11.2
<b>Total</b>	<b>292</b>	<b>100</b>

**10- Age d'introduction du lait artificiel :**

On note que 28.7 % des femmes interrogées introduisent le lait artificiel dans la 1ère semaine du post-partum et continuent à l'administrer à leurs nourrissons, le taux des nourrissons nourris au biberon à l'âge de 2 mois est de 64.4 % (Tableau n°XXIV).

**Tableau n°XXIV : Age d'introduction du lait artificiel**

Facteur étudié	Effectif	Pourcentage
≤ 1 <sup>ère</sup> semaine	86	28.7
1 semaine - 1 mois	63	21
1-2 mois	44	14.7
2-3 mois	16	5.4
3-4 mois	29	9.7
4-5 mois	5	1.7
5-6 mois	27	9
> 6mois	29	9.7
<b>Total</b>	<b>299</b>	<b>100</b>

❖ **Age d'introduction du lait artificiel et allaitement maternel :**

Le tableau ci-dessous (tableau n°XXV) montre que, plus l'introduction du lait artificiel est précoce dans la vie du nourrisson, plus le risque de sevrage précoce est plus élevé (la différence est statistiquement non significatif :  $p > 5\%$ ).

**Tableau n°XXV : Age d'introduction du lait artificiel et durée de l'AM :**

Facteur étudié	Effectif	Pourcentage	≤ 6 mois	6-18 mois	>18mois
≤ 1 <sup>ère</sup> semaine	29	24.9	87.6	9.8	2.4
1 semaine – 1 mois	24	20.6	38	62	00
1-2 mois	16	13.7	56.2	43.7	00
2-3 mois	9	7.7	22.2	77.8	00
3-4 mois	8	6.8	12.5	75	12.5
4-5 mois	2	1.7	0	100	0
5-6 mois	10	8.5	20	80	00
> 6 mois	19	16.4	00	100	00
<b>Total</b>	117	100	<b><i>P &gt; 5 % non significatif</i></b>		

**11- L'âge de diversification :**

L'OMS et l'UNICEF recommandent l'introduction d'aliments complémentaires à partir de 6 mois.

Or, la moyenne d'âge de la diversification dans notre étude est de 5.3 mois, commence à partir de 1 mois, et son taux devient plus important à partir de l'âge de 4 mois (Tableau n°XXVI).

**Tableau n°XXVI : L'âge de la diversification alimentaire**

Facteur étudié	Effectif	Pourcentage
≤ 1 mois	1	0.3
1-2 mois	0	0
2-3 mois	7	2.4
3-4 mois	87	30.3
4-5 mois	40	13.9
5-6 mois	124	43.2
> 6 mois	28	9.7
<b>Total</b>	<b>287</b>	<b>100</b>

## **V- DIFFICULTES RENCONTREES AU COURS DE L'ALLAITEMENT**

### **MATERNEL :**

#### **1- Difficultés physiques :**

Presque toutes les femmes interrogées ont des difficultés physiques durant l'allaitement maternel (99,5 %).

Le tableau ci-dessous montre les types des difficultés physiques rencontrées selon leurs fréquences (Tableau n°XXVII).

---

---

**Tableau n°XXVII : Les difficultés physiques rencontrées  
au cours de l'allaitement maternel**

Facteur étudié	Effectif	Pourcentage
Rythme de l'enfant plus long avec levers nocturnes prolongés	354	88.9
Pleurs du bébé	326	81,9
Difficulté à évaluer la quantité ingérée par l'enfant	326	81.9
Problème de montée laiteuse	294	73.9
Insuffisance lactée	239	60.1
crevasses	229	57.5
Difficultés de démarrage	204	51.3
Poids du nourrisson insuffisant	93	23.4
Mamelons ombiliqués	47	11.8
Lactation trop abondante	32	8
Mauvaise position de l'enfant au sein	33	8.3
Infection mammaire	9	2.3

## **2- Difficultés psychologiques :**

97,8 % des mères ont des difficultés psychologiques durant l'allaitement maternel. Parmi ces difficultés, les plus fréquentes sont la dépendance de la mère vis-à-vis de son enfant avec perte de sa liberté (85.3%), la modification de la sexualité du couple (64.2%), la peur de ne pas réussir à répondre aux besoins de l'enfant par l'allaitement maternel (81.5%) avec le stress qui en découle (45.8%) et le besoin d'être soutenue (23.5%) (Tableau n°XXVIII).

**Tableau n°XXVIII : Les difficultés psychologiques rencontrées  
au cours de l'allaitement maternel**

Facteur étudié	Effectif	Pourcentage
Dépendance vis-à-vis de l'enfant avec perte de liberté	337	85,3
Peur de ne pas réussir à répondre aux besoins de l'enfant	322	81,5
Modification de la sexualité du couple	253	64,2
stress	181	45,8
Besoin d'être soutenue	93	23,5
Manque de confiance en soi	76	19,2
Peur de ne pas réussir à vivre la séparation avec son enfant	76	19,2
Peur d'allaiter en public	54	13,7
Reprise du travail	49	12,4
Envie de retrouver rapidement un corps de femme	24	6,1

Seulement 6 % des femmes avaient recours aux professionnels de santé devant ces difficultés, celles-ci avaient causé l'arrêt de l'allaitement maternel dans 24.5 % des cas.

## **VI- ELEMENTS DETERMINANTS LE CHOIX DE L'ALLAITEMENT MATERNEL :**

### **1- Les raisons du choix de l'allaitement maternel :**

Dans notre étude, presque Toutes les femmes ont exprimé le désir d'allaiter leurs nourrissons (98.3 %). La plupart d'entre elles ont évoqué plus qu'une raison motivant leur choix. La santé de l'enfant est le premier avantage invoqué par 99 % des mères, ce qui montre qu'elles sont plus conscientes des bienfaits de l'allaitement maternel, suivi de l'aspect naturel évoqué dans 81.5 % des cas et celui affectif favorisant la relation mère enfant qui a été avancé par 74.5 % des femmes.

---

L'intérêt économique est le motif pour 37.8 % d'entre elles.

Vient ensuite le plaisir maternel éprouvé en allaitant son enfant (35.3%), la santé de la mère (30.8%), l'envie de vivre l'expérience unique de l'AM (15.8%), la tradition familiale d'allaiter au sein n'est évoqué que par 2 femmes (Tableau n°XXIX).

**Tableau n°XXIX : Raisons du choix de l'allaitement maternel**

Facteur étudié	Effectif	Pourcentage
Santé de l'enfant	396	99
Désir maternel	393	98.3
Aliment naturel	326	81,5
Aspect affectif (Favoriser la relation mère enfant)	298	74,5
Aspect pratique (facilité d'utilisation)	268	67
Aspect économique	151	37,8
Plaisir maternel	141	35,3
Santé de la mère	123	30,8
Vivre une expérience unique	63	15,8
coutume	2	0.5

## **2- Déroulement de l'allaitement des grossesses antérieures :**

Dans notre étude, 142 femmes, soit 35.5 % ont déjà eu l'expérience d'un AM antérieure. La durée moyenne de l'allaitement maternel était de 16.3 mois (la médiane était de 18 mois), celle de l'allaitement maternel exclusif était de 6.5 mois, 10 % avaient sevré leurs enfants avant l'âge de 6 mois et 35.3 % ont poursuivis l'allaitement maternel jusqu'à 24 mois. Seulement 7.9 % ont allaité exclusivement leurs nourrissons jusqu'à 6 mois. 81.4 % ont introduits des aliments de compléments entre 4 et 6mois.

62.8 % de ces femmes avaient éprouvé des difficultés au cours de ces allaitements antérieurs. Parmi ces difficultés, l'insuffisance lactée avec refus de téter ont été évoqué par 72 %

---

des femmes, suivies des crevasses évoquées dans 11.6 %. Les contraintes liées à la reprise du travail ont été évoqué par 10.4 % des mères et la survenue d'une nouvelle grossesse par 2 femmes. 1 seule avait présenté des mamelons obliqués.

Ces problèmes étaient la cause d'arrêt de l'allaitement maternel chez 50 % de ces femmes.

44.4 % des femmes déclarent avoir bien vécu leur allaitements antérieurs contre 12.8 % déclarant l'avoir mal vécu.

### **3- Adhésion du conjoint au projet de l'allaitement maternel :**

Dans notre étude, 59.4% des conjoints ont un avis favorable et soutiennent le projet de l'allaitement maternel, alors que 39.3% sont indifférents et 5 maris sont contre.

L'avis du conjoint influence la pratique de l'AM puisque son avis contre ce projet s'accompagne d'une faible prévalence de l'allaitement maternel : celle-ci est de 20% contre 71.6% en cas de son adhésion, sans que cette différence soit statistiquement significative ( $p > 5\%$ ) (Tableau n°XXX).

**Tableau n°XXX : Adhésion du conjoint au projet de l'allaitement maternel  
et prévalence de celle-ci :**

Facteur étudié	Effectif	Pourcentage	Prévalence de l'allaitement maternel exclusif en %	Prévalence de l'allaitement partiel en %	Prévalence de l'allaitement artificiel en %
Oui	236	59.4	25.8	45.8	28.4
Non	5	1.3	20	0	80
Indifférent	156	39.3	27.6	42.9	29.5
Total	400	100	<i>P &gt; 5 % non significatif</i>		

#### **4- Rôle de l'entourage :**

L'entourage de la mère, composé de la famille et des amies, est d'avis favorable dans 81.2% des cas, indifférent dans 16.5% des cas et d'avis défavorable quant à l'allaitement au sein dans 2.3% des cas.

L'avis de l'entourage influence significativement le choix du mode d'allaitement. En effet, la prévalence de l'allaitement maternel est plus importante, de 72.2% quand l'entourage est d'avis favorable, elle est de 56.7% quand il est d'avis défavorable et de 62.1% quand il est indifférent ( $p < 5\%$ ) (Tableau n°XXXI).

**Tableau n°XXXI : Avis de l'entourage sur le projet de l'allaitement maternel et prévalence de celle-ci**

Facteur étudié	effectif	pourcentage	Prévalence de l'allaitement maternel exclusif en %	Prévalence de l'allaitement partiel en %	Prévalence de l'allaitement artificiel en %
Favorable	324	81.2	25.3	46.9	27.8
Défavorable	9	2.3	11.1	55.6	33.3
Indifférent	66	16.5	34.8	27.3	37.9
Total	400	100	$1 < P < 5\%$ significatif		

#### **5- La tradition familiale :**

La quasi-totalité des mères interrogées, soit 98% ont été allaitées par leurs mères.

#### **6- Le travail de la mère :**

Notre enquête montre que, parmi les femmes qui travaillent hors du foyer, le travail constitue une cause pour ne pas choisir d'allaiter au sein chez 29.8 % d'entre elles. La reprise du travail est une cause d'arrêt de l'allaitement maternel chez 31.6% d'entre elles. La plupart de ces femmes, soit 83%, trouvent le congé de maternité insuffisant.

---

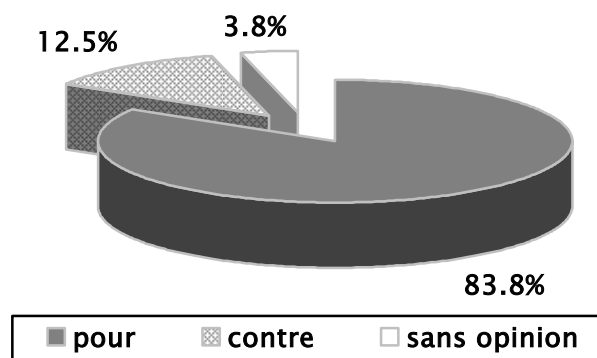
C'est pourquoi il faut protéger l'allaitement maternel sur le lieu de travail (textes de loi, prolonger le congé de maternité, crèches sur le lieu de travail, flexibilité des horaires ...)

## VII- CONNAISSANCES DES FEMMES EN MATIERE DE L'ALLAITEMENT

### MATERNEL :

#### 1- La mise au sein immédiate :

83.8% des femmes interrogées sont pour une mise au sein immédiate, 12.5% contre et 3.8% n'avaient pas d'opinion à ce sujet (Figure n°12).



**Figure n°12 : Répartition des enquêtées selon leur avis sur la mise au sein immédiate.**

#### ❖ Caractéristiques des femmes selon leur avis sur la mise au sein immédiate :

On note que l'âge des mères n'influence pas beaucoup leur opinion en ce qui concerne la mise au sein immédiate, celles âgées de plus de 30ans sont plus pour une mise au sein immédiate (85.3% contre 83.3% de celles âgées de moins de 20ans) sans que la différence soit statistiquement significative :  $p > 5\%$ .

Les femmes primipares, de niveau d'étude supérieur sont plus pour une mise au sein immédiate sans que cette relation soit statistiquement significative :  $p < 5\%$ .

---

En ce qui concerne le milieu d'habitat, 90.3% des femmes issues du milieu rural sont en faveur d'une mise au sein immédiate contre 83.2% issues de milieu urbain (la différence est statistiquement significatif :  $p < 5\%$ ) (Tableau n°XXXII).

**Tableau n°XXXII : Caractéristiques des femmes selon leur avis sur la mise au sein immédiate :**

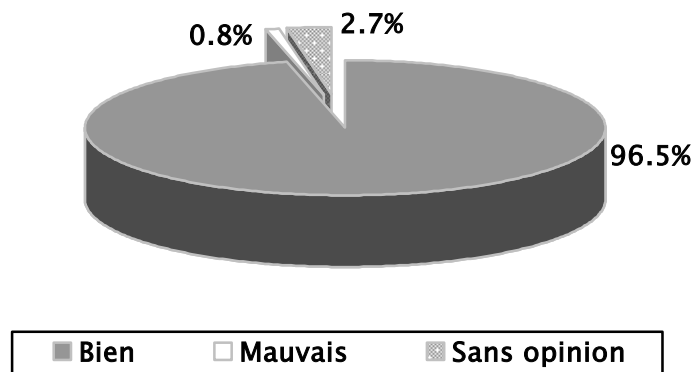
Facteur étudié	Effectif	Pourcentage	Mères en faveur d'une mise au sein immédiate	Mères qui ne sont pas en faveur	Mères sans opinion
<b>Age</b>					
< 20 ans	18	4.5	83.3	11.1	5.6
20-30 ans	314	78.5	83.4	12.7	3.8
> 30 ans	68	17	85.3	11.8	2.9
<b>Total</b>	<b>400</b>	<b>100</b>	<b><math>P &gt; 5</math> non significatif</b>		
<b>Niveau d'étude</b>					
Non scolarisée	71	17.8	87.3	5.6	7
Primaire	76	19	80.3	17.1	2.6
Secondaire	208	52	82.2	13.9	3.8
Supérieur	45	11.3	91.1	8.9	00
<b>Total</b>	<b>400</b>	<b>100</b>	<b><math>P &gt; 5</math> non significatif</b>		
<b>Parité</b>					
Primipare	257	64.3	84.4	11.3	4.3
Paucipare	113	28.3	80.7	16.35	2.9
Multipare	40	7.4	67.6	23.7	10
<b>Total</b>	<b>400</b>	<b>100</b>	<b><math>P = 5</math> non significatif</b>		
<b>Habitat</b>					
Urbain	369	92.3	83.2	13.6	3.3
Rural	31	7.8	90.3	0	9.7
<b>Total</b>	<b>400</b>	<b>100</b>	<b><math>1 &lt; P &lt; 5</math> % significatif</b>		

## 2- La valeur du colostrum :

90.3 % des mères interrogées ont reconnu le colostrum. 96.5% d'entre elles ont jugé qu'il est bien pour la santé du bébé, sans connaître les raisons pour 68.3% d'entre elles. 17.2 %

rappellent qu'il est riche en nutriments, 10.3% reconnaissent qu'il protège contre les maladies et 4% affirment qu'il est riche en anticorps qui protègent contre les infections.

0.8% des femmes ont jugé mauvais le colostrum pour la santé de l'enfant, 1.5% pensent qu'il faut l'extraire et le jeter et 2.5% des femmes l'ont fait au moins une fois (Figure n°13).



**Figure n°13 : Répartition des enquêtées selon leur reconnaissance de la valeur du colostrum.**

❖ **Caractéristiques des femmes selon leur reconnaissance du colostrum**

Dans notre étude, 94% des femmes âgées de plus de 30 ans ont reconnu le colostrum contre 83.3% des mères de moins de 20 ans. On observe également que 97.7% des multipares ont reconnu le colostrum alors que 88.3% des primipares ont pu le reconnaître. Les femmes du milieu urbain l'ont reconnu dans 90.8% des cas contre 83.9% de celles habitantes en rural.

(La différence est statistiquement non significative dans les trois cas :  $p > 5\%$ )

Le niveau d'étude influence significativement la reconnaissance du colostrum, toutes les femmes de niveau d'étude supérieur ont pu reconnaître le colostrum contre 83.1% de celles non scolarisées ( $p < 1\%$ ) (Tableau n°XXXIII).

---

**Tableau n°XXXIII : Caractéristiques des femmes reconnaissant ou non le colostrum**

Facteur étudié	effectif	pourcentage	Reconnaissant le colostrum	Ne reconnaissant pas le colostrum
<b>Age :</b>				
< 20 ans	18	4.5	83.3	16.7
20–30 ans	314	78.5	89.8	10.2
>30 ans	68	17	94.1	5.9
<b>Total</b>	400	100	<i>P</i> > 5 non significatif	
<b>Niveau d'études :</b>				
Non scolarisée	71	17.8	83.1	16.9
Primaire	76	19	85.5	14.5
Secondaire	208	52	92.3	7.7
Supérieur	45	11.3	100	0
<b>Total</b>	400	100	<i>P</i> < 1 très significatif	
<b>Parité :</b>				
Primipare	257	64.3	88.3	11.7
Paucipare	113	28.3	93	7
Multipare	40	7.4	97.7	2.22
<b>Total</b>	400	100	<i>P</i> > 5 non significatif	
<b>Habitat :</b>				
Urbain	369	92.3	90.8	9.2
Rural	31	7.8	83.9	16.1
<b>Total</b>	400	100	<i>P</i> > 5 non significatif	

### **3- L'alimentation du nourrisson :**

La quasi-totalité des femmes interrogées, soit 99.3%, affirment que l'allaitement maternel constitue l'aliment de choix pour le nouveau né. Cependant, 32.3 % déclarent la nécessité de l'allaitement artificiel et avancent comme principales raisons le cas de

l'insuffisance lactée dans 39 % des cas, qu'il doit être introduit comme aliment de complément dans 27.4%, pour favoriser la croissance et la prise du poids dans 23.5 % et pour le donner en l'absence de la mère dans 10.2 % des cas.

#### **4-Horaire et durée de l'allaitement maternel :**

91.5 % des femmes interrogées pensent que l'allaitement maternel doit être à la demande, et 8.5 % pensent devoir allaiter a horaire fixe au rythme de 8 à 12 téter par jour évoqué chez 90.5 % d'entre elles.

En ce qui est de la durée envisagée pour l'allaitement maternel, 89.3 % des femmes trouvent qu'il faut poursuivre l'allaitement maternel jusqu'à l'âge de 2 ans, 7.8 % pensent que cet durée est de 12 mois et 2 femmes pensent devoir allaiter au-delà de 2 ans.

#### **5 - L'âge de la diversification :**

52.8 % des mères questionnées pensent qu'à partir de l'âge de 6 mois qu'il faut introduire des aliments de complément aux nourrissons, alors que 30.8 % déclarent qu'il faut les introduire à 4 mois. 4.6 % pensent qu'il faut le faire après l'âge de 6mois et 2.6 % avant l'âge de 4 mois. 1 seule femme n'avait pas d'opinion à ce sujet.

#### **6 - Les modalités de conservation du lait maternel au réfrigérateur :**

Seulement 7 % des mères interrogées reconnaisse les modalités de conservation du lait maternel au réfrigérateur sans pour autant les appliquer. Ces femmes sont toutes de niveau d'étude secondaire ou supérieur.

#### **7- Source d'information :**

L'entourage immédiat constitue la principale source d'information des femmes interrogées (99.3%), vient ensuite les informations reçues pendant le séjour en maternité (65.4%), les livres de puériculture (28%) et le médecin généraliste (27.5%) (Tableau n°XXXIV).

---

---

**Tableau n°XXXIV : source d'information des femmes sur l'allaitement maternel.**

Facteur étudié	Effectif	Pourcentage
Entourage immédiat (famille et amis)	397	99.3
Informations reçues à la maternité pendant le séjour	253	65.4
Livres de puériculture	112	28
Conseils prénataux	105	26.4
Médecin généraliste	109	27.5
médias	39	9.8
Etudes	10	2.5
Pédiatre	9	2.3
Informations reçues pendant la vaccination	1	0.3
Religion	2	0.5

### **8- Choix du mode d'allaitement pendant la grossesse :**

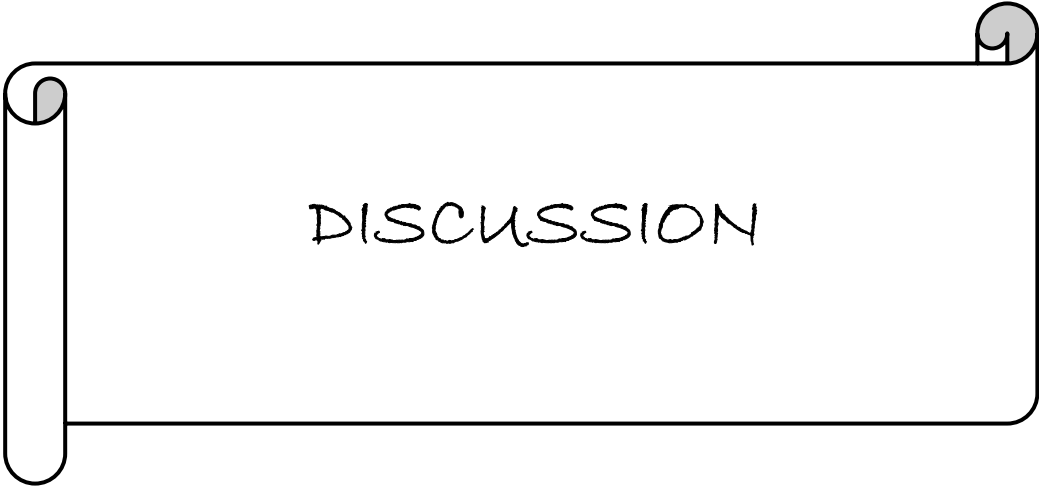
98.3 % des femmes ont fait le choix du mode d'allaitement de leur enfant pendant la grossesse, ce choix était pour un allaitement exclusif chez 92.1 % d'entre elles, 7.6 % ont choisi un allaitement partiel et une seule femme a choisi d'allaiter au biberon son prochain enfant et a avancé comme raison la prise d'un médicament contre indiquant l'allaitement maternel. Celles qui ont choisi un allaitement partiel ont avancé comme raison le problème d'insuffisance lactée vécu durant les grossesses antérieures dans 40%et pensent ne pas produire assez de lait dans 40% , le faite de devoir compléter l'allaitement maternel par le biberon pour favoriser la croissance du bébé dans 33.3%, les contraintes du travail évoquées par 2 femmes et enfin 2 autres l'ont choisi à cause de leur grossesse gémellaire et pensent ne pas pouvoir allaiter leurs jumeaux au sein seulement.

Dans 86.3 % des cas ce choix n'était soutenu que par la femme elle-même, 6.1 % par le mari et 6.7 % par l'entourage,

La plupart des femmes interrogées, soit 98.3 %, souhaitaient recevoir plus d'information sur l'allaitement maternel.

### **9- Examen des seins des mères :**

L'examen a trouvé des crevasses chez 9 femmes, soit 2.3 %, 15 mamelons ombiliqués vrais (3.8%) et 2 mamelons plats (0.5 %).



## **I- Généralités :**

### **1-Historique :**

L'allaitement maternel a connu au cours de l'histoire le recours aux nourrices dans les cas de décès post-partum de la mère, comme ce fut fréquent durant des siècles, ou dans les cas où la mère n'avait pas suffisamment de lait pour nourrir l'enfant [6].

Mais, à partir de la fin du XVI<sup>e</sup> siècle, la pratique de l'allaitement mercenaire s'est diffusée dans l'aristocratie d'abord, puis dans la bourgeoisie, afin de s'affranchir de cette servitude. En Europe, cette pratique engendrait une mortalité infantile effrayante : 71% de mortalité chez les enfants envoyés chez une nourrice à la campagne, en 1885 ; 90% pour les enfants abandonnés confiés à une nourrice [7].

L'allaitement en plus de son rôle nutritif joue un rôle de contraceptif et ce depuis les sociétés primitives. En règle générale, il faut quatre vingt minutes de tétées par jour réparties en six prises pour supprimer le cycle menstruel pendant dix huit mois. Mais il faut davantage de tétées pour supprimer l'ovulation si la mère est sédentaire et moins si la mère doit courir de longues distances par jour en portant de lourds fardeaux. Chaque fois qu'un peuple cesse d'être nomade, les intervalles entre les naissances se raccourcissent [8].

Avec l'introduction de l'agriculture, les modes de vie ont changé. Les bouillies sont apparues avec les graines et les poteries pour les cuire. Les enfants purent vivre désormais, malgré un sevrage précoce.

La fin du XIX<sup>ème</sup> et le début du XX<sup>ème</sup> siècles ont vu disparaître progressivement les nourrices, remplacées par les biberons. Le règne des biberons a duré pendant près d'un siècle favorisé en grande partie par des intérêts économiques. Avec la pratique de plus en plus fréquente de l'allaitement au biberon, sont apparues de nombreuses règles imposées par les professionnels de la santé, concernant le jeûne du nourrisson durant les premières heures de vie et l'espacement obligatoire des tétées [7].

C'est vers la fin du XX<sup>e</sup> siècle, qu'on voit apparaître et se développer des associations d'aide aux mères et des mesures de protection de l'allaitement maternel. En 1956, dans la

---

---

banlieue de Chicago, un groupe de sept femmes se sont opposées à ce diktat et ont créé la Leche League [9]. Elles prônaient l'importance de l'allaitement précoce, les tétées à la demande et le retard à l'introduction des solides vers le milieu de la première année.

Après une remontée des taux de l'allaitement maternel dans les années 70, les années 80 et 90 verront une stagnation persistante, alors que dans un même temps, les organisations internationales (OMS et UNICEF) multipliaient les initiatives pour promouvoir et soutenir l'allaitement maternel (code OMS de commercialisation des substituts du lait, «Déclaration d'Innocenti», Initiative hôpitaux amis des bébés) [7].

❖ **Considérations religieuses et culturelles :**

Au Maroc, l'allaitement maternel a toujours été une pratique naturelle et presque générale. Dans ce pays musulman, c'est une pratique traditionnelle encore respectée comme pour les autres pays du Maghreb [10]. L'allaitement maternel est clairement conseillé dans le couran :

" Et les mères, qui veulent donner un allaitement complet, allaiteront leurs bébés deux ans complets... " (Verset 233 / Sourate 2 ou la Génisse)

قال الله تعالى " والوالدات يرضعن أولادهن حولين كاملين لمن أراد أن يتم الرضاعة "

صدق الله العظيم ( البقرة آية 233 )

Et lorsque la mère n'allait pas son enfant d'une raison ou d'une autre, elle peut avoir recours à une nourrice, celle-ci devient la «mère de lait» de l'enfant, et les enfants allaités par la même nourrice sont considérés «frères de lait », et il leur est interdit de se marier entre eux-mêmes s'ils n'ont aucun lien de parenté biologique mettant en valeur le lien lacté.

## **2- Physiologie de la lactation:** [11,12, 13, 14,15]

### **2-1.Organisation de la glande mammaire :** (Figure n°14)

La glande mammaire est une glande exocrine, tubulo-alvéolaire composée. Elle comporte deux parties :

---

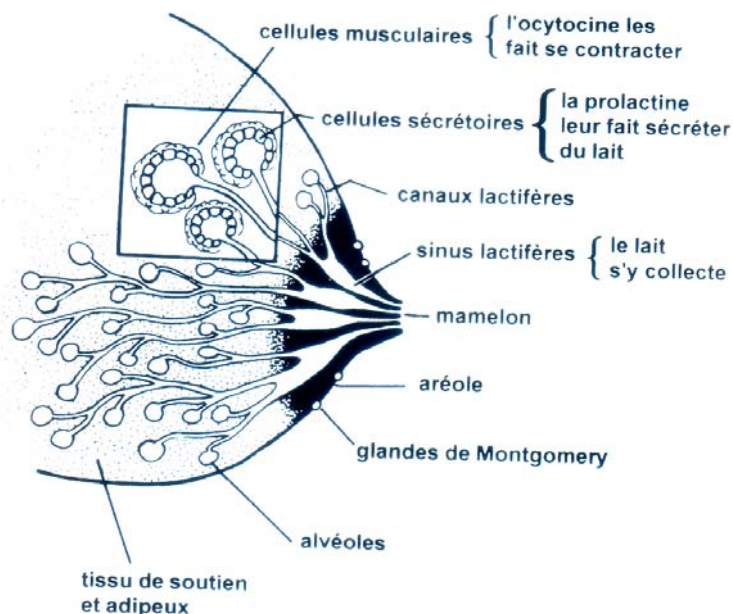
**a- Une externe avec l'aréole et le mamelon :**

- L'aréole est surface pigmentée d'un diamètre variable de 2 à 6 cm entourant le mamelon. Elle prend une couleur brune durant la grossesse, possède un derme fibro-élastique qui contient des follicules pileux, des glandes sudoripares et des glandes aréolaires ou glandes de Montgomery, glandes sébacées rendent la surface de l'aréole inégale.
- Mamelon situé sur la partie Centrale. Sa surface est arrondie et parcourue par les orifices galactophores au nombre de 15 à 20.

**b- Une partie interne :**

- Qui comporte :
- Les alvéoles ou tubulo-alvéoles.
  - Les canaux galactophores.
  - Chacun des canaux galactophores interlobaires se dilate à la base du mamelon en une ampoule allongée: le sinus galactophore.

Les alvéoles sont tapissées de cellules épithéliales sécrétoires et sont entourées de cellules musculaires. Elles sécrètent le lait qui passe ensuite dans les canaux et se stocke dans les sinus jusqu'à la prochaine tétée. Le volume des seins dépend surtout du volume du tissu adipeux de sorte que des seins de petit volume sont tout à fait aptes à l'allaitement.



**Figure n°14 : Anatomie du sein [15]**

---

### **2-2. Modifications des glandes mammaires induites par la grossesse :**

Dès le début de la grossesse, il existe une prolifération intense des vaisseaux sanguins et lymphatiques qui viennent s'organiser autour des alvéoles. Le développement de cet arbre vasculaire vient ainsi répondre à celui de l'arbre sécrétoire. Ainsi, le volume du sein et le diamètre de l'aréole croissent, Les tubercules de Montgomery grossissent, leurs sécrétions augmentent pendant la lactation (sécrétions odorantes qui pourraient constituer un signal objectif pour inciter les bébés à téter et qui auraient également un effet lubrifiant et protecteur de l'aréole).

Dès le 4ème mois de grossesse, la glande mammaire est capable de fabriquer un premier lait, riche en protéines (immunoglobulines) et pauvre en lipides : le colostrum

L'ensemble de ces modifications constitue la mammogénèse, qui résulte de l'action synergique de plusieurs hormones : celles qui sont spécifiques de la grossesse, les hormones stéroïdes (oestrogène, progestérone) et hormone lactogène placentaire ou HPL, et d'autres moins spécifiques, mais qui jouent un rôle important dans la différenciation des cellules épithéliales : les hormones surrénaliennes, l'hormone de croissance (GH) et l'insuline.

### **2-3. la mise en route de la lactation : Chute de la progestérone et activation de la prolactine :**

Pendant la grossesse, la progestérone circulante et l'hormone lactogène placentaire interdisent l'action de la prolactine sécrétée par le lobe antérieur de l'hypophyse. Après la délivrance, le taux de ces hormones chute rapidement permettant la désinhibition de l'action de la prolactine qui serait à l'origine de la lactogénèse. L'abaissement de la progestérone se traduit par une hypersécrétion de prolactine pendant 36 à 48 heures, les seins deviennent turgescents durs et souvent douloureux avec déclenchement de la montée laiteuse vers le troisième jour.

### **2-4. L'entretien de la lactation : la galactopoïèse :**

La sécrétion lactée sera ensuite entretenue par la succion du mamelon et de l'aréole qui déclenche un réflexe neuro-hormonal.

La vidange du sein conditionne aussi la synthèse du lait sous l'influence du facteur d'inhibition de la lactation (FIL). Cette protéine, lorsque l'extraction du lait est limitée,

---

---

s'accumule dans le lait, assurant un phénomène de feed-back négatif ; la synthèse du lait est alors diminuée voire inhibée.

Ces réflexes provoquent la sécrétion de deux hormones :

***a- La prolactine :*** (Figure n°15)

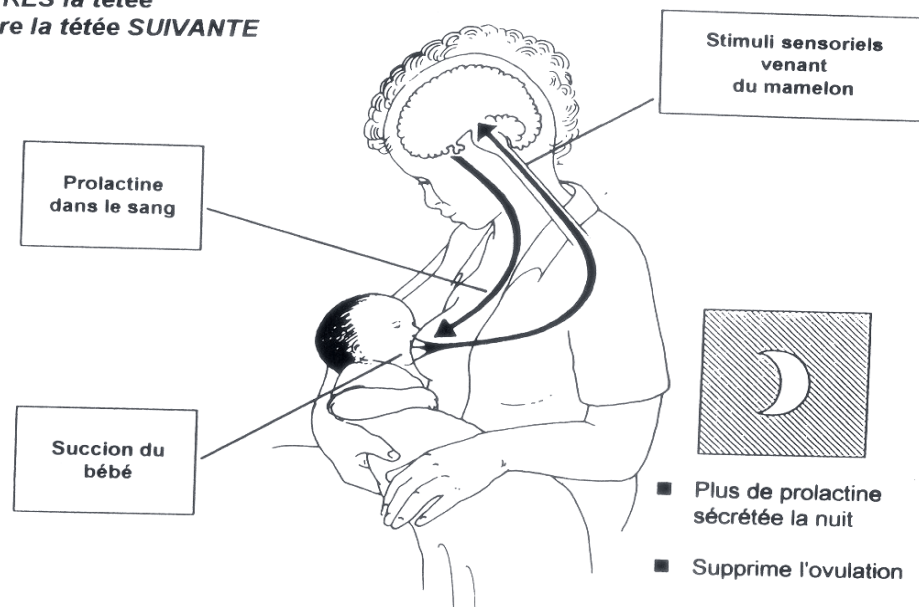
Elle va être responsable de la fabrication du lait; son niveau doit rester élevé afin que les alvéoles produisent du lait et ceci grâce à une tétée correcte et efficace. Elle est aussi stimulée par le contact peau à peau (laisser le bébé avec sa mère 24h/24 h) et par le rythme nycthéméral (elle est plus élevée la nuit d'où l'importance des tétées nocturnes).

La prolactine permet :

- Un rôle important dans la synthèse des protéines spécifiques du lait.
- Effets anti-diurétiques, la prolactine provoque une rétention hydrique, essentiellement au niveau de l'arbre vasculaire mammaire, entraînant une augmentation de volume des seins,
- La prolactine agit sur l'hypophyse pour bloquer l'ovulation par inhibition de la sécrétion des gonadotrophines d'où l'effet contraceptif de l'allaitement exclusif.

**PROLACTINE**

**Sécrétée APRES la tétée  
pour produire la tétée SUIVANTE**



**Figure n°15 : sécrétion de prolactine [15]**

---

**b- L'ocytocine :**

L'ocytocine, sécrétée par le lobe postérieur de l'hypophyse, joue un rôle essentiel dans la stimulation de la contraction du muscle utérin ainsi que la contraction des cellules myo-épithéliales mammaires qui entourent les alvéoles. A la fin de la grossesse, les récepteurs de l'ocytocine apparaissent dans les 2 tissus qui deviennent dès lors sensibles à l'hormone dont le taux est élevé au moment de l'accouchement. Le déclenchement de la sécrétion lactée ne pourra être effectif que si le réflexe d'éjection du lait, incluant la sécrétion d'ocytocine s'établit normalement. Ce réflexe est indispensable chez la femme pour nourrir son enfant, car la simple "suction" n'est pas suffisante pour extraire le lait alvéolaire : des phénomènes de pressions retiennent le lait dans des canalicules dont le diamètre est très réduit.

Le réflexe d'éjection ne répond pas seulement à des stimuli tactiles mais aussi à des stimuli visuels, olfactifs et auditifs. Ainsi chez certaines femmes, l'éjection de lait peut être déclenchée par le fait de se trouver très proche du nourrisson, de penser à lui, ou de l'entendre pleurer.

Les taux d'ocytocine sont directement le reflet de la qualité de la stimulation aréolaire et de l'état émotionnel de la mère. Le stress, et plus spécialement l'adrénaline, bloquent très facilement le réflexe d'éjection.

### **3- Les Avantages du lait maternel :**

**3-1. Composition du lait maternel :** [16, 17, 18,19]

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 ses constituants que par son adaptation aux besoins du nourrisson et au degré de maturité de ses organes.

Le tableau ci-dessous (tableau n°XXXV) donne la composition comparée du colostrum et du lait définitif humain, du lait de vache et des laits industriels destinés à l'alimentation des nourrissons de moins de 5mois (laits 1er âge). [16]

---

---

**Tableau n°XXXV : Composition du lait maternel. [16]**

Constituants en g/l	Colostrum	Lait humain de 1 mois	Lait entier de vache	Laits industriels pour nourrissons
<b>Glucides :</b>				
- Lactose	32	60	50	47 à 73.5
- Gynolactose	23	10	00	00
- dextrans-maltose	00	00	00	0 à 24
<b>Lipides dont :</b>	00	45	35 à 38	36 à 50
- cholestérol	00	0.14	0.11	
<b>Protéines dont:</b>	20	10		15 à 21
- caséines	Absence	40%	35	40 à 80%
- protéines du lactosérum			80%	60 à 20%
- autres protéines	Présence	présence		Absence
<b>Sels minéraux</b>	1	2	6	4
<b>Vitamines</b>	Présence	présence	présence	Présence

**a- 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 qui, 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* [17], et participent à l'effet de barrière contre certains germes entéropathogènes.

**b- 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 [17, 19].

**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).

Il contient une lipase qui, activée par les sels biliaires, permet une meilleure absorption des lipides [18].

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  $\alpha$ -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 [17, 18].

---

---

**d- Cellules :**

Des leucocytes sont présents dans le lait maternel. L'essentiel des leucocytes du lait maternel définitif sont des macrophages [17].

**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 [17].

**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 [17, 15].

**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 [17].

**h- Apports complémentaires indispensables à l'enfant allaité exclusivement au sein :**

Seules les vitamines K et D sont à donner à l'enfant allaité exclusivement au sein [19, 18].

– Vitamine K : 0,5 à 1 mg par voie intramusculaire ou 2 mg per os à la naissance et poursuivre l'apport oral de vitamine K à raison de 2 à 5 mg par semaine pendant toute la durée de l'alimentation au sein exclusive [18].

---

---

- Vitamine D : au Maroc, on donne deux doses par voie orale à raison de 600000UI chacune, la première à la naissance et la 2eme à 6mois [20].

### **3-2. Variations de la composition du lait maternel** : [15 , 17, 18]

Le colostrum, lait produit au cours des premiers jours, présente une faible valeur calorique du fait de l'absence de lipides dans sa composition, et comporte une quantité importante de gynolactose. Il contient 2 fois plus de protéines, surtout des immunoglobulines IgA. Il est riche en cellules immunitaires, en facteurs de croissance qui aident à la maturation intestinale et en vitamine A avec un pouvoir laxatif (élimination de méconium, de bilirubine en cas d'ictère). Le lait des femmes qui accouchent prématurément est plus riche en facteurs de croissance surtout AGPI, ce qui correspond aux besoins plus élevés des prématurés en ces AGPI pour la maturation cérébrale.

Le lait dit "lait de transition" est produit au cours des 15 jours suivants. Sa composition évolue vers celle du lait définitif avec une augmentation progressive de la teneur en lipides et en lactose et une diminution de la teneur en protéines et gynolactose.

Après l'âge de six mois : le lait maternel continue à être un aliment essentiel pour l'enfant jusqu'à l'âge de deux ans. Il couvre 50% des besoins énergétiques du nourrisson de 6 à 12 mois et 33% de ces besoins au cours de la 2ème années de vie. D'où la nécessité d'ajouter des aliments de complément à partir de l'âge de 6 mois parallèlement à la poursuite de l'Allaitement maternel jusqu'à l'âge de 2 ans.

#### **a- La composition du lait varie aussi au cours de la tétée mais aussi au cours de la journée :**

Le premier jet de lait est composé d'eau, de minéraux et de lactose permettant d'éteindre 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 ce qui assure l'apport énergétique et induit la satiété.

Le bébé régule alors ses apports non par rapport au volume ingéré mais en fonction de la teneur calorique de la tétée, et donc les tétées courtes ne permettent pas d'apporter suffisamment de calories au nourrisson et peuvent induire un syndrome d'intolérance

---

fonctionnelle au lactose en limitant l'enfant au « pré-lait » riche en lactose induisant un excès d'acide lactée et de fermentation

Et donc il faut laisser le nourrisson réguler ses tétées autant dans la fréquence que dans la durée, il faut lui laisser prendre le sein jusqu'au bout (tant qu'il avale) avant de lui proposer éventuellement l'autre sein. Mais un seul sein peut suffire par tétée.

***b- Influences du régime maternel sur la composition du lait :***

La sécrétion lactée semble assez peu affectée par les conditions nutritionnelles ambiantes. Le volume de lait produit par des femmes bangladaises ou kenyanes pendant les dix premiers mois n'est pas très différent de ce que l'on observe chez des Américaines bien nourries (environ 750 g/j) et ne paraît pas très sensible à l'état nutritionnel de la mère, la lactation n'étant compromise que dans des situations de quasi-famine. Si l'on admet que la teneur énergétique du lait de femme mature est d'environ 610 kcal/l, cette production représente à peu près 450 kcal/j [21].

Le tableau ci-dessous (tableau n°XXXVI) montre la production moyenne de lait (g/jour) en fonction de l'âge de l'enfant [17].

**Tableau n°XXXVI : Production moyenne de lait (g/jour)  
en fonction de l'âge de l'enfant : [17]**

	Âge de l'enfant (mois)				
	0-2	3-5	6-8	9-11	12-23
<b>Allaitement exclusif :</b>					
-Pays industrialisés	710	787	803	900	
-Pays en voie de développement	714	784	776		
<b>Allaitement partiel :</b>					
- Pays industrialisés	640	687	592	436	448
- Pays en voie de développement	617	663	660	616	549

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

Quant à l'alimentation de la mère, les principes d'une nutrition saine, variée et équilibrée recommandée durant la grossesse s'appliquent également durant toute la durée de l'allaitement maternel.

Aucune règle alimentaire spécifique n'est justifiée ni interdite, y compris pour la quantité d'eau bue quotidiennement, à l'exception de la caféine et de l'alcool [22].

***c- Croissance de l'enfant allaité au sein :***

Les enfants qui sont exclusivement nourris au sein conformément aux recommandations de l'OMS s'écartent sensiblement au cours de leur première année de vie des courbes de référence de croissance staturo-pondérale établies à partir d'une majorité d'enfants nourris avec des préparations lactées industrielles [23].

La densité calorique du lait maternel est plus faible que dans les préparations pour nourrissons, ce qui peut expliquer cette différence de rythme de croissance. Toutefois, l'analyse des courbes de croissance des enfants allaités de façon exclusive au sein pendant un an montre que ceux-ci ont une taille similaire aux autres enfants à la fin de la première année, tandis que leur poids est légèrement inférieur. La croissance osseuse est donc satisfaisante, ce qui est essentiel puisqu'il s'agit de la base même de la croissance [19].

En effet, Les courbes diffusées par les institutions internationales viennent de pays industrialisés et d'une époque où la pratique de l'allaitement maternel était au plus bas. Elles reflètent essentiellement le développement d'enfants allaités artificiellement et leur application sans nuance à des nourrissons au sein conduit à sous-estimer grossièrement l'efficacité de l'allaitement maternel [17]. C'est la courbe de croissance pondérale du nourrisson nourri au sein qui doit rester la référence.

Et donc il faut savoir rassurer et expliquer aux mères que la quantité de protéines et d'énergie légèrement plus faible que dans les préparations à base de lait de vache expliquent une croissance légèrement inférieure sans conséquences ultérieures, et bien au contraire ces différences pourraient être bénéfiques à long terme (prévention de l'obésité, des maladies cardiovasculaires ...) [19].

---

---

### **3-3. Avantages de l'allaitement maternel :**

#### **a- Pour l'enfant :**

##### **❖ Rôle protecteur contre les infections et les maladies :**

Il est aujourd'hui considéré comme un fait démontré que les jeunes enfants nourris au sein ont bien moins d'infections bactériennes ou virales et ont un taux significativement moindre de mortalité d'origine infectieuse que ceux alimentés au biberon avec des préparations lactées, quel que soit le niveau socioéconomique du pays : les enfants non allaités au sein ont 6 fois plus de risque de mourir d'une maladie infectieuse pendant les 2 premiers mois de vie que ceux allaités au sein [24, 25].

Une étude, menée au Ghana montre que 16 % des décès néonataux peuvent être prévenus en nourrissant les bébés au sein le jour même de leur naissance. Ce pourcentage passe à 22 % lorsque le bébé est allaité au sein une heure après sa naissance [26].

Cette capacité de protection est due à la présence de facteurs immunologiques cellulaires incluant les lymphocytes T et B, les macrophages et les neutrophiles qui sont présents en grande quantité particulièrement dans le colostrum et persistent dans le lait mature à des concentrations plus faibles certes mais en formes actives tout au long de la période de lactation. 15 facteurs humoraux participent aussi à cette protection incluant [27] :

- la lactoferrine, qui permet une biodisponibilité optimale du fer contenu dans le lait de femme, et joue un rôle bactériostatique en limitant l'accès au fer intraluminal de nombreux germes pathogènes
  - les nucléotides, qui stimulent la synthèse des lipoprotéines, la fonction et la régénération cellulaire hépatique et exercent un rôle déterminant dans le développement du tissu lymphoïde associé au tube digestif ;
  - les oligosaccharides, qui favorisent l'implantation de la flore bifide et participent ainsi à l'effet de barrière contre l'implantation d'agents pathogènes dans l'intestin de l'enfant
  - Les lysozymes assurent la destruction des bactéries
  - Les facteurs Bifidus favorisent la colonisation de l'intestin par les lactobacillus compétitifs avec les bactéries pathogènes [15, 28 , 29].
-

Les études ont montré aussi que l'allaitement maternel réduit de 50% le risque d'otites chez les enfants en bas âge, de 72% les infections respiratoires basses [30, 31], 5fois moins de gastroentérites [32], 3fois moins de maladies diarrhéiques [31, 33], moins de méningites, d'entérocrites ulcéronécrosantes, de septicémies néonatales, d'infections à *Haemophilus influenzae* type B, et d'infections urinaires [30, 32, 34, 35, 36].

Il semble que l'allaitement maternel profère aussi une protection à long terme contre les infections : un allaitement maternel de 3 ou 4 mois ou plus confère 3 ans de protection contre les otites, au moins 4 ans de protection contre les diarrhées, 6 à 7ans de protection contre les infections respiratoires et les wheezing et 10ans de protection contre l'hépatite type B après l'arrêt de l'allaitement maternel [36].

L'allaitement maternel a aussi un effet protecteur vis-à-vis de la mort subite du nourrisson et réduit son risque de 36 % [30, 37] et diminue l'incidence de la leucémie infantile ( LMA et LLA ) [ 30 ].

❖ **Rôle protecteur contre les allergies :**

L'allaitement maternel protéger contre les maladies allergiques et cet effet protecteur s'agrandit en cas d'atopie héréditaire [38] : 27 % moins de risque d'avoir l'asthme et 40 % moins de risque s'il s'agit d'histoire familiale d'asthme, moins d'allergies aux protéines du lait de vache, d'eczéma et de dermatites atopiques. [30, 39,40]

Néanmoins, des manifestations allergiques ont été décrites chez des enfants nourris exclusivement au sein depuis la naissance, peut-être en raison du passage dans le lait de protéines ingérées par la mère. Ce n'est que dans ces circonstances exceptionnelles qu'il faut conseiller à la mère l'éviction du ou des aliments les plus allergisants (lait de vache, oeuf, poisson, arachide, blé, soja) présumés responsables de cette sensibilisation [28].

**b- Santé du futur adulte :**

- Le risque de développer le diabète est réduit de 20 % pour le type 1 et de 39 % pour le type 2 [30].

---

---

- Diminution du risque d'obésité ultérieure [41]. Les laits artificiels et la diversification trop précoce seraient responsables de perturbations dans la régulation de la sensation de faim et d'une mauvaise programmation métabolique ainsi qu'une stimulation trop précoce de la leptine [42] et, enfin, d'altérations du sens du goût [15]. Il est possible que l'allaitement maternel influence le développement d'un profil de récepteurs de goût qui peut favoriser une préférence pour des régimes d'énergie inférieurs plus tard dans la vie [43].
- Diminution du risque de certaines maladies immunologiques comme la maladie coeliaque, la maladie de Crohn, rectocolites hémorragique, sclérose en plaque et la polyarthrite rhumatoïde [36].
- Des études sur l'impact d'allaitement sur des niveaux de cholestérol adultes ont montré un effet, bien que très modeste, d'allaitement en baisse de niveaux de cholestérol totaux. Ces résultats suggèrent que l'allaitement puisse avoir des avantages à long terme pour la santé cardiovasculaire [44, 45]
- Une méta-analyse montre une diminution moyenne minime de la TA systolique chez les personnes qui ont reçu un allaitement maternel, indépendante de l'âge auquel la TA a été mesurée et de l'année de naissance. La TA diastolique est identique quel que soit le mode d'alimentation initial [46].
- La qualité des sensations et des mouvements de la bouche au cours des tétées au sein assure une bonne croissance du massif facial pouvant contribuer à la régularité de l'implantation dentaire et à la qualité de la respiration nasale et donc moins de problèmes orthodontiques [32].
- Développement cognitif : Il semble que de l'allaitement maternel a une influence positive sur le développement intellectuel : augmentation du quotient intellectuel et des aptitudes d'apprentissage scolaire chez les enfants allaités plus de 8 mois [15, 17, 47].

❖ **Stimulation de la croissance de l'enfant :**

Le lait humain contient, à côté des nutriments classiques et des substances anti-infectieuses et immunocompétentes, un groupe de substances biologiquement actives appelées « facteurs trophiques » ou « modulateurs de croissance » qui interfèrent directement avec le

---

---

métabolisme du nouveau-né, après absorption intestinale, en favorisant la croissance et la différenciation d'organes et de tissus cibles [48].

❖ **Les avantages psychoaffectifs :**

L'allaitement maternel établit une relation affective spéciale entre la mère et son enfant renforcée par le contact corps à corps ce qui procure au bébé un sentiment de sécurité et d'amour. La tétée au sein est d'une exceptionnelle richesse sensorielle : le colostrum a les mêmes qualités olfactives que le liquide amniotique créant ainsi une transition vers l'alimentation lactée, goût du lait aussi varié que le goût des aliments pris par la mère. L'allaitement maternel favorise l'harmonie de la relation mère enfant par la libération d'hormones favorisant l'attachement de la mère à son bébé jouant ainsi un rôle préventif contre la maltraitance [32].

*d- Pour la mère :*

❖ **L'involution utérine :**

La mise au sein précoce stimule l'ocytocine qui provoque l'involution utérine et réduit le risque d'hémorragie du post-partum [50].

❖ **Une contraception naturelle (MAMA) :**

L'allaitement maternel permet d'espacer les naissances selon la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) (Lactational Amenorrhea Method (LAM)) qui protège de 98% des grossesses pendant les 6 premiers mois de l'allaitement à condition que celui-ci soit exclusif et que les tétés soient fréquentes diurnes et nocturnes [49, 50].

❖ **Prévention de l'anémie maternelle :**

L'allaitement exclusif peut réduire le risque de l'anémie en retardant le retour du cycle menstruel pendant 20 à 30 semaines [50].

---

---

❖ **L'allaitement maternel permet à la femme de retrouver plus rapidement sa silhouette antérieure à la grossesse :**

L'allaitement maternel protège de la prise de poids en permettant l'utilisation des dépôts lipidiques accumulés pendant la grossesse. C'est d'autant plus vrai pour un allaitement au long cours qui puise sur les graisses constituées pendant la grossesse et celles plus anciennes, plus difficilement délogeables. Réduit le risque pour l'obésité à long terme [50].

❖ **Une protection possible contre l'ostéoporose post ménopausique :**

L'allaitement maternel permet une meilleure reminéralisation osseuse en post-partum avec un retour à une densité osseuse normale après le sevrage [51, 52].

Plus la durée totale d'allaitement avait été longue, et plus le risque de fracture du col du fémur était bas, Les femmes qui ont accouché sans jamais allaiter avaient un risque de fracture du col du fémur 2 fois plus élevé que les femmes qui avaient allaité [53].

D'autres études, portant sur des femmes ménopausées ayant allaité plusieurs enfants, ont montré que la densité osseuse augmentait avec chaque enfant allaité, et que ces femmes avaient moins de fractures que la moyenne [51].

❖ **Protection contre les cancers :**

– L'allaitement maternel a un effet protecteur contre le cancer du sein [51]: les femmes en prémenopause qui avaient jamais allaité ont 50% moins de risque de développer le cancer du sein que celles qui n'ont pas allaité. Le risque relatif le plus bas était parmi les femmes avec plus de 13 mois cumulatives d'allaitement au sein. [54]

– Il réduit le risque de cancer de l'ovaire de plus de 21 % en diminuant ou supprimant l'ovulation ou l'excès de gonadotrophines suspectés responsables de la genèse des cancers de l'ovaire [55, 56].

– L'allaitement maternel semble aussi réduire le risque de cancer de l'endomètre : Pendant l'allaitement au sein, les oestrogènes circulants, incriminés dans l'augmentation du risque du cancer de l'endomètre, sont réduits plus qu'est la progestérone [52]. cependant la réduction du

---

---

risque est plus importante chez les femmes qui ont récemment allaité et il y a aucun effet protecteur après 55 ans, où la maladie est la plus commune.

❖ **Prévention de la dépression du post-partum :**

Les femmes qui n'ont pas allaité ont probablement plus de risque d'avoir la dépression post-partum [30].

❖ **Prévention possible du diabète :**

Réduction de plus de 12% du risque de diabète type 2 pour chaque année d'allaitement maternel [30]. L'allaitement maternel aurait aussi un effet bénéfique chez les mères souffrant de diabète gestationnel [52].

❖ **Allaitement et métabolisme lipidique :**

Baisse significative des taux du cholestérol total, LDL (low-density lipoprotein) et des triglycérides pour une durée d'allaitement exclusif de plus de 12 mois avec un retour à leurs niveaux normaux après l'arrêt de celui ci [52].

**e- Les avantages de l'allaitement maternel pour la famille et la société :**

L'allaitement maternel épargne à la famille les dépenses nécessitées par le lait artificiel et réduit les coûts directs et indirects des maladies du nourrisson et du jeune enfant. Cet aspect économique de l'allaitement maternel revêt un caractère tout à fait vital dans les pays du tiers monde dont les économies sont fragiles et pour lesquels l'achat de lait artificiel alourdit significativement la dette extérieure

❖ **Economie des ménages :**

Selon une étude en France, le coût de l'alimentation industrielle pendant 6mois est 5 fois plus élevé que l'allaitement au sein. En termes clairs, cela signifie qu'en France, les parents consacreront, selon leur niveau économique, entre 1,4% et 14,2% de leurs ressources annuelles à l'alimentation avec un lait industriel, contre 0,3% à 3% pour l'allaitement [56].

---

---

❖ **Réduction des dépenses de santé :**

Les bénéfices pour la santé de l'enfant et de la mère liés à l'allaitement maternel ont tout naturellement une incidence sur les dépenses de santé, entraînant une baisse des soins médicaux externes et une prévention des hospitalisations.

En terme de dépenses de santé en France, avec un coût total annuel d'environ 364 MF, un bébé allaité coûte 1361 Franc, un bébé alimenté avec un lait industriel coûte 1723 Franc. Aussi Un taux d'allaitement de 67% réduirait le coût des affections post-partum de 9 MF, et éviterait quelque 3097 cas de cancer ce qui correspond à une économie de 164,7 MFranc [56].

❖ **Avantages pour les employeurs et pour la société :**

L'allaitement maternel permet aussi d'importantes économies grâce à la baisse de l'absentéisme maternel causé par les maladies infantiles qui coûte cher aux employeurs et à l'Etat [57]. Sans oublier les économies pour l'achat et la distribution de substituts de lait maternel, ainsi qu'en évitant les dommages écologiques liés à la production, la distribution et la vente des laits artificiels et de leurs emballages.

#### **4- Situation de l'allaitement maternel :**

##### **4-1.Situation dans les pays développés :**

La prévalence de l'allaitement maternel varie considérablement d'un pays à un autre, elle est en France une des plus faibles des pays européens : sur les dix dernières années le taux d'allaitement exclusif à la sortie de la maternité en 1995 est évalué à 40,5% accusant une baisse de 7% par rapport à 1985 au profit de l'allaitement artificiel et de l'allaitement mixte qui est lié, on le sais, à un taux de sevrage précoce très important. [58]

En 2002, 56 % seulement des enfants étaient allaités à la sortie de la maternité [59] contre plus de 95 % en Finlande et en Norvège, plus de 90 % en Suède et au Danemark, 85 % en Allemagne, 75 % en Italie, 70 % au Royaume-Uni et 60% en 1995 aux Etats-Unis.

L'allaitement à quatre mois est maintenu dans plus de 65 % des cas en Suède et en Suisse, 34 % au Canada, 27 % au Royaume-Uni et à peine 5 % en France. [17]

---

---

Les raisons actuelles de la désaffection de l'allaitement maternel sont le travail de la mère qui rend sa poursuite assez difficile, la pression de l'industrie agroalimentaire, la non information des mères sur les avantages de l'allaitement maternel par le personnel de santé [59].

#### **4-2. Dans les pays en voie de développement :**

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 [62]. 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 [60].

En Ouganda, la prévalence de l'allaitement est de 98 % en 2001 et 2 enfants sur 3 âgés de moins de 6 mois sont allaités au sein [61].

En Côte d'Ivoire des enquêtes réalisées dans certains quartiers d'Abidjan ont révélé que 90 % des mères donnaient en plus du lait maternel du lait artificiel à des nourrissons de moins de 4 mois. Au Sénégal seul 5% des nourrissons de moins de 5 mois sont exclusivement allaités au sein alors que 61% de ce groupe d'âge reçoivent des suppléments d'eau et d'aliment [62].

Une enquête menée dans les deux grandes villes du Burkina Faso a révélé une fréquence de l'allaitement maternel de 88,6%, celle de L'allaitement mixte est estimée à 8,8% et l'allaitement artificiel à 0,2% [63].

Il paraît que les mères des nouveaux-nés sont aujourd'hui l'objet d'une séduction de la part d'une industrie du biberon qui ne cache plus son nom. On assiste ainsi à un recul de l'allaitement au sein, ainsi qu'à une régression de sa durée, deux facteurs majeurs dans la persistance de la malnutrition. Les risques sanitaires imputables à l'allaitement artificiel sont donc doubles : il provoque, d'une part, de multiples agressions microbiennes, virales et parasitaires dues à l'eau souillée, au biberon non désinfecté, à l'absence de moyens de

---

---

conservation ; il entraîne, d'autre part, une malnutrition massive due à l'excessive dilution du lait en poudre, celui-ci étant coûteux.

L'Unicef estime que l'allaitement industriel est responsable de la mort de plus d'un million et demi des nourrissons dans le monde.

Lorsque les méfaits de la commercialisation mal contrôlée des substituts du lait maternel ont été reconnus, le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel a été adopté en 1981, il prévoyait, entre autres, d'interdire toute publicité, visible ou déguisée, en faveur des poudres de lait, notamment dans les établissements de soins ; de prohiber toute distribution de produits gratuits, même sous forme d'échantillons ; de mentionner systématiquement la supériorité du lait maternel sur toutes les boîtes de lait vendues dans le commerce. Tous les pays membres de l'OMS étaient invités à intégrer les principales dispositions du code dans leur législation. Et l'industrie, ainsi placée sous surveillance, signa elle-même le code, annonçant aussitôt qu'elle veillerait directement à son application par ses membres [64].

Une enquête menée en 1996 par the UK based Interagency Group on Breastfeeding Monitoring (IGBM) pour faire le point sur l'application du code international de commercialisation de substituts de lait montre que 32 sociétés commerciales violent toutes le code de conduite [65].

#### **4-3.Situation au Maroc :**

Avant les années 80, l'allaitement maternel ne préoccupait guère les professionnels de santé au Maroc, sa pratique était universelle. Dans l'ENFPF de 1979-80, la durée moyenne de l'allaitement était de 17,5 mois [66]. Vers la fin des années 80, commençaient déjà un déclin de l'allaitement maternel en faveur de l'allaitement artificiel et la durée de l'allaitement maternel atteignait 14,4 mois en 1987 [68]. De 1992 à 1997, le taux d'allaitement maternel exclusif est passé de 62 % à 46 %. La durée moyenne de l'allaitement maternel a, elle aussi, baissé durant la même période passant de 15.5 mois à 14 mois [2, 3].

Une enquête récente sur la Population et la Santé Familiale (EPSF) [4] a révélé encor un recul de l'allaitement maternel exclusif pendant 6mois qui est arrivé a 31% en 2003-2004.

---

---

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

**Tableau n°XXXVII : 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 : [5, 67, 2, 3,7]**

	ENPS 1992 National %	EPPS 1995 National %	PAPCHILD 1997 National %	EPSF 2003- 2004 National %
Taux de mise au sein précoce	49,3	41	42	52
Taux d'allaitement maternel exclusif durant 6 mois	62		43,6	31
Durée moyenne d'allaitement maternel en mois	15.5	14,7	14	14.2
Taux d'introduction du biberon à l'âge de 2 mois	23	35	47	48
Durée moyenne de l'allaitement maternel exclusif en mois	3,8	2,2	3	

Une étude réalisée en 2002 [10] comparant les pourcentages des nouveau-nés bénéficiant de l'allaitement maternel exclusif, de l'allaitement mixte ou de l'allaitement artificiel de l'enfant maghrébin à la naissance, montre que le Maroc présente les taux d'allaitement exclusifs les plus bas par rapport à l'Algérie et la Tunisie. (Tableau n°XXXVIII)

**Tableau n°XXXVIII : Modes d'allaitement comparés à la naissance (en %) [10]**

Allaitement du nourrisson	Maroc	Algérie	Tunisie
Exclusif	75,4	98	95,9
Mixte	6	0	0
Artificiel	17,6	2	4,1

## **II- FACTEURS INFLUENÇANT LA PRATIQUE DE L'ALLAITEMENT**

### **MATERNEL :**

Si l'allaitement maternel est largement désiré et adopté par les mères au Maroc et partout dans le monde, la réussite de sa poursuite reste tributaire de plusieurs facteurs. Au Maroc, les données des enquêtes nationales sur la population et la santé (ENPS 1992, Papchild 1997, EPSF 2003-04) tirent une réelle sonnette d'alarme face au déclin observé concernant la pratique de l'allaitement maternel [4]. En effet, on assiste actuellement à une tendance à la régression de cette pratique en rapport avec les progrès dans la fabrication, la commercialisation des laits industriels et le manque d'information et de sensibilisation des mères. Dans une étude réalisée à Agadir en 1996 [68], la prévalence de l'allaitement maternel était de 83,7% dont 17,7% d'allaitement partiel, Le sevrage complet survenait vers 10 mois  $\pm$  4. Dans notre étude cette prévalence est de 70.5 % dont 44 % d'allaitement partiel. La durée moyenne d'allaitement maternelle est de 9.6 mois, la médiane est de 12mois, avec un maximum de 36 mois. 34.4 % des nourrissons sont sevrés avant 6 mois et seulement 2.6 % à 2 ans.

De nombreux travaux ont déjà été réalisés de par le monde, et au Maroc, cherchant à mettre en évidence l'influence positive ou négative de certaines caractéristiques maternelles sur le taux et la durée de l'allaitement maternel.

### **1- Facteurs socio-économiques et biodémographique :**

#### **1-1. Age maternel :**

Dans la littérature, l'âge maternel élevé serait associé à une augmentation de l'intention d'allaiter et au sevrage tardif [69, 70, 71, 72]

En effet, dans l'étude menée à Agadir en 1996 par BELLATI-SAADI et al. [68], la prévalence de l'allaitement maternel était 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).

---

---

Toujours dans le même contexte, l'étude CROST et KAMINSKI [69] 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.

Dans notre étude, la prévalence de l'allaitement maternel exclusif est plus élevée chez les femmes âgées de plus de 30 ans, la durée de l'allaitement maternel est plus élevée chez les femmes âgées entre 20 et 30 ans sans que la différence soit statistiquement significative.

### **1-2. Origine géographique :**

La fréquence et la durée de l'allaitement maternel sont étroitement liées au milieu de résidence des mères, ainsi il s'avère que les compagnardes allaitent beaucoup plus que les citadines [69, 73].

L'étude de A. Hassani, et al. [73] a révélé que l'origine rurale était associée à une durée envisagée prolongée d'AM.

Dans notre étude, la prévalence de l'allaitement maternel exclusif et la durée de l'allaitement maternel sont plus élevées chez les femmes issues de milieu rural, sans que la différence soit statistiquement significative.

### **1-3. Niveau d'instruction :**

Plusieurs études dans les pays développés ont révélé que, plus les femmes sont instruites plus elles allaitent au sein. [69, 74]

En effet, l'étude Ego et al. [75] 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.

L'étude Moussavou et al. [76] montre que la durée de l'allaitement était inversement proportionnelle à l'élévation du niveau d'instruction.

---

---

L'étude de Bouguerra et al. [77] montre que le risque d'allaiter exclusivement pendant moins de quatre mois était cinq fois plus important chez les femmes de niveau secondaire ou supérieur par rapport aux analphabètes.

Quant aux enquêtes nationales, BELLATI-SAADI et al. [68] ont conclu que le niveau d'instruction de la mère joue un rôle très significatif sur le mode d'allaitement maternel, la prévalence est plus élevée (84,2%) chez les analphabètes que chez les instruites (70,9%).

Notre étude a montré que le niveau d'étude de la mère influence de façon significative la prévalence et la durée de l'allaitement maternel, les femmes non scolarisées ont une prévalence plus élevée de l'allaitement maternel et allaite pour une durée plus longue que celles de niveau supérieur.

Quant au niveau d'instruction du père, notre étude a trouvé qu'il influence la prévalence de l'allaitement maternel exclusif de façon significative, celle-ci est plus élevée quand le père est non scolarisé, la durée de l'allaitement maternel est plus longue chez ce groupe sans que la différence soit statistiquement significative.

#### **1-4. Travail des mères :**

Le travail des mères affecte de façon défavorable l'allaitement maternel du fait, semble-t-il, de la difficulté à concilier travail et allaitement. [68, 69, 74]

L'étude menée par CROST et KAMINSKI [69], a objectivé 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 [74], puisque seulement 10 % des mères qui travaillent en dehors du foyer continuent à allaiter leurs enfants jusqu'à l'âge de 6 mois.

BELLATI-SAADI et al. [68] rapportent que les femmes au foyer (84,7%) allaitent plus que les femmes exerçant un emploi (40%).

Quant à notre étude, 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 celle qui travaillent en dehors du foyer.

---

---

### **1-5. Niveau socio-économique :**

Dans les pays développés, de façon générale, il existe une corrélation positive, entre le niveau socio-économique aisé des femmes et le taux de l'allaitement maternel. [69, 71, 74, 78]

En effet, l'étude de CROST et KAMINISKI [69] 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.

A l'inverse, dans les pays en voie de développement, un déclin de l'allaitement maternel avec l'accroissement du niveau de vie est noté. Ceci est confirmé par l'enquête réalisée par MRZIANE [79] qui a objectivé que 98.4% des mères de bas niveau socio-économique donnent le sein contre seulement 76.6% des femmes aisées.

Notre étude a aussi démontré de façon significative que la prévalence de l'allaitement maternel est plus élevée chez les femmes de bas niveau socio-économique.

### **1-6. La parité :**

Plusieurs travaux font état de l'impact négatif de la primiparité sur la réussite de l'allaitement maternel. [69, 71, 74, 75]

Selon l'étude Ego et al. [75], la primiparité était associée à un allaitement maternel de courte durée, les primipares avaient environ deux fois plus de risques d'interrompre leur allaitement que les femmes ayant l'expérience de la maternité.

L'étude de Hassani et al. [73], a montré que la multiparité était associée à la mise au sein précoce et à une durée envisagée prolongée d'AM.

Quant à notre étude, la prévalence de l'allaitement maternel est plus élevée chez les multipares par contre sa durée est plus élevée chez les primipares, sans que la différence soit statistiquement significative.

Cette différence entre primipare et multipare serait expliquée par une habilité et une facilité acquises de la multiparité à la mise au sein. Cependant, certains auteurs ont récemment apporté une explication d'ordre physiologique puisque, après un second accouchement, la quantité de lait aurait été retrouvée supérieure à celle produite lors de la première naissance[81].

---

---

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, le bas niveau socio-économique et la multiparité constituent des facteurs favorisant la pratique de l'AM dans notre contexte culturel.

## **2- Grossesse, accouchement et allaitement maternel :**

### **2-1. Suivi de la grossesse et consultations prénatales :**

En période prénatale, les consultations prénatales tels le suivi de la grossesse et la préparation à l'accouchement constituent un moment privilégié pendant la grossesse pour informer les mères sur les avantages de l'AM, commencer à leurs enseigner sa pratique, répondre à leurs interrogations en évoquant les problèmes qui peuvent survenir ainsi que leurs solutions. Ainsi, le taux d'AM augmente si la mère a été suivie pendant sa grossesse [69, 71, 81, 82].

L'étude CROST et KAMINSKI [69] 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 [71] que la taux d'AM chez les femmes suivies pendant leur grossesse est de 76.9 % contre 61.1 % chez les femmes non suivies.

Au Maroc, dans l'étude Hassani et al. [73], les femmes qui avaient bénéficié de conseils prénataux sur l'allaitement maternel durant leur suivi de grossesse ont donné le sein significativement plus tôt que les autres (81% vs 40 %), de même la durée envisagée d'AM était plus longue chez ces femmes (85 vs 66 %).

Cependant, notre étude n'a pas trouvé de relation significative entre la prévalence et durée de l'AM et le fait d'avoir bénéficié de conseils prénataux sur l'allaitement.

---

---

### **2-2. Choix du mode d'allaitement pendant la grossesse :**

De nombreuses études ont montré la relation très forte existant entre l'intention d'allaiter exprimée avant la naissance et la réalité de l'AM [83].

BRANGER et CEBRON [74] rapportent dans leur étude, que 68 % des mères ont pris la décision d'allaiter avant la grossesse, 31 % pendant grossesse, et 2 mères ont décidé à l'accouchement; 68 % des femmes estimaient avoir pris leur décision seules, tandis que celles qui avaient demandé une aide à cette décision ont sollicité leur conjoint, leur famille, des amies ou ont lu des revues. Seules trois femmes ont dit avoir été influencées par un médecin, et cinq ont été contrariées dans leur décision. Cette prise de décision avant la grossesse était un facteur significatif qui allongeait la durée de l'allaitement maternel.

Dans l'étude Hassani et al. [73], le choix du mode d'allaitement pendant la grossesse a été réalisé dans 98 % des cas : soit en AM exclusif dans 60 %, soit mixte dans 37 %.

Dans notre étude, 98.3 % des femmes avaient déjà fait le choix du mode d'allaitement de leur enfant pendant la grossesse, ce choix était pour un allaitement exclusif chez 92.1 % d'entre elles, 7.6 % ont choisi un allaitement partiel et une seule femme a choisi d'allaiter au biberon son prochain enfant et a avancé comme raison la prise d'un allaitement contre indiquant l'allaitement maternel. Ce choix était soutenu par la femme elle-même dans 86.3 %, dans 6.1 % par le mari, 6.7 % par l'entourage.

La première rencontre entre la femme et les professionnels de santé a lieu généralement en début de grossesse, à un moment où, le plus souvent, le projet d'alimentation du futur bébé est déjà décidé, le rôle du professionnel, à ce stade, est donc de faire préciser ce projet en insistant sur les avantages de l'AM et expliquant les modalités de sa conduite et corriger certains jugements.

### **2-3. Modalités de l'accouchement :**

Le déroulement du travail et le mode d'accouchement peuvent affecter le démarrage de l'AM et influencer sur sa durée. [69, 71]

---

---

En effet, l'étude de LABARERE et DALLA-LANA dans les établissements d'Aix et Chambéry [71] 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%).

L'étude CROST et KAMINISKI [69] a trouvé que l'AM était moins fréquent lorsque le début de travail avait été déclenché ou une césarienne réalisée avant tout début du travail, néanmoins, cette étude montre également que la césarienne n'est pas en soi un obstacle à l'AM ; les françaises ayant une césarienne prévue avant le travail ou une césarienne après un début de travail spontané allaitent aussi fréquemment leur enfant que les femmes ayant un accouchement spontané par voie basse. Mais la pratique de l'AM baisse significativement si l'accouchement a été déclenché qu'il se termine par voie basse ou par une césarienne.

Notre étude montre que la durée de l'allaitement maternel est significativement plus élevée chez les femmes ayant un accouchement par voie basse par rapport à ceux ayant une césarienne, la prévalence de l'allaitement maternel exclusif est moindre chez ces dernières sans que la différence soit statistiquement significative.

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.

### **3- Les pratiques à la maternité concernant l'allaitement maternel :**

#### **3-1. 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.

Branger et Cebron [74], 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.

---

---

Les raisons de séparation sont diverses : assurer les soins du nouveau né, la fatigue maternelle, la césarienne ou l'hospitalisation du nouveau né en néonatalogie.

Mlle JAOUID [85] a rapporté dans son étude réalisée à la maternité Ibn Tofail de Marrakech que parmi les nouveaux nés séparés de leurs mères, 72 % l'étaient pour cause maternelle (64.8% : mères césarisées et 7.2 % mères en réanimation) et 28% pour causes fœtales (37.2% prématurité, 48.8% souffrance néo-natale, 20% infection néonatale).

Notre étude montre que 10.8% des mères étaient séparés de leurs nouveaux nés pour des raisons maternelles surtout dans 47.8% et fœtales dans 39.1%. La prévalence et la durée de l'allaitement maternel sont significativement plus élevées en cas de non séparation mère-nouveau né.

### **3-2. La mise au sein :**

La mise au sein doit se faire dans la demi-heure suivant l'accouchement, période où les réflexes de fousissement et de succion sont maximaux, et où le nouveau né est particulièrement vigilant et ce durant les 2 heures suivant l'accouchement [86].

Un retard à la mise au sein a été par ailleurs rapporté par plusieurs enquêtes nationales.

Ainsi, NINEB [87] dans son étude à Oujda a trouvé que 62% des mères allaitent après les 6 premières heures.

Quant à l'étude réalisée par Hassani, et al. [73], a révélé 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 %.

Mlle JAOUID dans son étude à Marrakech [85], a trouvé que le délai moyen entre l'accouchement et la première tétée était de 10 heures dans le groupe G1 des couples mère-enfant hospitalisés en suite de couche, et 63 heures dans celui dont les nouveaux nés étaient séparés de leurs mères pour des raisons médicales ayant nécessité leur transfert en néonatalogie ( groupe G2).

Dans notre série, Le taux de mise au sein précoce durant la 1ere heure de vie n'est que de 17 %, 66.9 % entre 1et 6 heures. Le délai moyen de mise au sein est de 8.4 heures.

---

---

La prévalence de l'allaitement maternel exclusif et la durée de l'allaitement maternel sont plus élevées en cas de mise au sein précoce sans que la différence soit statistiquement significative.

### **3-3. Autres liquides administrés aux nouveau-nés :**

L'allaitement maternel exclusif suffit à satisfaire les besoins nutritionnelles et hydriques d'un nouveau né sain à terme s'il tète de manière efficace et à la demande.

Or, selon plusieurs études, l'introduction de liquides autres que le lait maternel, comme l'eau ou les tisanes (la camomille ou les infusions de fenouil), est très répandue et associée à des risques accrus importants de morbidité et de mortalité diarrhéiques. [88]

L'étude effectuée en milieu urbain au BURKINA FASO [63] a montré que la majorité des femmes soit plus de 85% avait l'habitude de donner quelque chose autre que le lait maternel au nouveau-né dès sa naissance. Ceci est soit conseillé par le personnel de santé soit administré en fonction des pratiques de l'ethnie d'origine de la famille. Les nouveau-nés recevaient ces substances jusqu'à l'apparition du lait mature chez la maman. Il s'agissait soit de l'eau sucrée, eau chaude, jus de citron ou d'orange, tisane ou du lait artificiel.

Guerrero et al. , dans leur étude effectuée dans la zone périurbaine de Mexico [89], montrent que 21 % des mères donnent du thé ou de l'eau à leurs bébés le jour de leur naissance, 63% au bout du 20ème jour, 23% donnent le biberon du LA le lendemain de la naissance, 40% le 14ème jour et 59% à 3 mois.

L'étude de Mlle JAOUID [85] a révélé que 52% et 41% des mères respectivement dans le groupe G1 et G 2 donnent des tisanes à leurs bébés en complément du LM, l'eau sucrée est donnée par 8% des mères du G1 et 3.2% des mères du G2.

Quant à notre étude, 52,3 % des nouveaux nés ont reçus des liquides non lactés avant la 1ère tétée, dont 95,7 % ont reçus la tisane ( verveine sucrée) et 21.4 % de l'eau sucrée. 6 femmes ont donné de l'eau à leurs nouveaux nés (1.5 %) et 4 ont donné de la menthe (1 %). Les principales raisons avancées par les mères sont l'absence de montée laiteuse, faciliter

---

---

l'élimination du méconium, calmer les coliques du bébé, la fatigue maternelle, par habitude, le refus de téter ou donné par la famille.

Néanmoins, l'administration de ces liquides n'affectait pas la prévalence et la durée de l'allaitement maternel au contraire la prévalence de l'allaitement maternel est significativement plus élevée en cas d'administration de ces liquides.

Le biberon a été administré en complément dans la maternité dans 20,4 % des cas. Ceci influençait significativement la pratique de l'allaitement maternel, puisque sa durée est plus diminuée dans ce cas.

D'où la nécessité d'améliorer les pratiques de l'AM en maternité car c'est souvent au cours du séjour à l'hôpital que ces pratiques sont initiées.

#### **3-4. Education et information des mères à propos de l'AM au sein et à la sortie de la maternité :**

Un manque de connaissance technique aboutit à des échecs fréquents lors de la mise en route de l'allaitement maternel et plus particulièrement chez les primipares. [69]

Plusieurs études ont montré un effet positif d'une intervention d'information et de conseils, notamment l'étude Worrall [90] qui montre que, pour assurer une bonne initiation et conduite de l'allaitement maternel, tous les parents devraient recevoir des informations complètes et précises sur l'allaitement maternel.

Des études, mesurant les effets d'un programme du WIC Service (US Department of Agriculture's Special Supplementation Nutrition Program for Women, Infants, and Children) aux États-Unis, ont été retenues dans la revue de littérature de Fairbank et al. [91]. Les auteurs ont conclu que le programme spécifique mis en oeuvre pour les femmes socialement défavorisées permettait d'améliorer à la fois les taux d'allaitement après la naissance et la durée de l'allaitement. Ce programme incluait des contacts individuels en période prénatale ou un soutien avant et après la naissance par des professionnels ou des mères expérimentées formées à la conduite de l'allaitement ou les deux interventions combinées en période pré et postnatale.

---

---

Or, bien souvent hélas, l'AM est très mal connu de ceux qui sont censés informer, et les informations ou conseils prodigués émanent d'expériences personnelles ou professionnelles ne sont pas cohérentes.

L'étude effectuée en milieu urbain au BURKINA FASO [63] a révélé que, dans 52,2% des cas, le personnel de santé conseillait l'administration d'eau sucrée au nouveau-né le premier jour, 44,1% d'entre eux conseillait le colostrum, 2,2% conseillait le lait artificiel, 1,4% conseillait autre chose. Le lait artificiel et le biberon étaient prescrits dans 38,2% en cas de crevasses, 8,8% en cas d'insuffisance de lait et dans 5,1% il était prescrit dès la naissance à la demande des parents. Le personnel de santé avait affirmé recevoir régulièrement des échantillons de lait artificiel qu'il distribuait aux mères.

Dans l'étude de Mlle JAOUID [85], 76.8% des infirmières de la maternité pensaient que les mères du G1 pouvaient démarrer l'allaitement dans les 2 premières heures et 57.6% pensaient que les mères du G2 peuvent démarrer l'allaitement 4 heures après l'accouchement. Aucune infirmière n'avait recommandé l'introduction du LA aux mères du G1 et seulement une infirmière l'avait recommandé à une mère du G2. Dans leur majorité, les infirmières n'encourageaient pas la séparation de la mère de son enfant. A la sortie de l'hôpital, toutes les infirmières conseillaient aux mères du G1 de continuer l'AM, par contre seulement 34.3% des infirmières le conseillaient aux mères du G2.

Notre étude 51.1% ont reçu des informations à propos de l'AM au sein de la maternité. Cette éducation s'est limitée en général à un simple conseil au sein. A la sortie de la maternité, 60% des femmes ont reçu des conseils relatifs à l'allaitement maternel.

Cependant, ces conseils n'ont pas amélioré ni la prévalence ni la durée de l'allaitement maternel.

Si le choix d'allaiter ou non est du ressort propre de la mère, il relève de la responsabilité des professionnels de santé d'encourager, informer et sensibiliser les mères des avantages incomparables de l'AM, les initier à sa pratiques et enseigner à prévenir les difficultés qu'elles pourraient rencontrer et la façon de les traiter.

---

---

Il est donc nécessaire pour apporter une information cohérente, des conseils de meilleure qualité et un accompagnement adéquat que tous les professionnels de santé reçoivent une formation continue pour mettre leurs connaissances à jour.

#### **4- Connaissances, attitudes et pratiques des mères en matière d'allaitement maternel et diététique infantile :**

##### **4-1. La mise au sein immédiate :**

La mise au sein immédiate permet au nouveau-né de bénéficier du colostrum dont l'importance nutritive, et surtout protectrice contre les infections n'est plus à démontrer.

NINEB a rapporté dans l'étude qu'il a mené à Oujda [87] que 37.3% des femmes ont été conscientes de l'intérêt de la mise au sein immédiate de leurs bébés.

Dans l'étude de Mlle JAOUID [85], 86.4% et 36.8% des mères respectivement du G1 et G2 étaient pour une mise au sein immédiate contre 13.6% et 63% respectivement du G1 et G2 qui pensaient qu'elle doit être différée.

Quant à notre série, 83.8% des femmes interrogées ont été pour une mise au sein immédiate, 12.5% contre et 3.8% n'avaient pas d'opinion à ce sujet. Les femmes de niveau d'études supérieur, primipares ou issues de milieu rural sont le plus pour une mise au sein immédiate sans que la différence soit statistiquement significative pour les 2 premières.

##### **4-2. La valeur du colostrum :**

Le colostrum a longtemps été considéré dans plusieurs cultures comme inutile, voire dangereux.

Ainsi au BURKINA FASO [63], le colostrum est le plus souvent jeté car considéré à tort comme sale en raison de sa couleur jaunâtre. Cette pratique était fortement liée à des considérations ethniques. Seulement 14,7% des mères administraient le colostrum à leur nouveau né. C'est ainsi que moins de 40% des mères mettaient leur bébé au sein dès le premier jour. Les 60% autres avaient été mis au sein entre le deuxième jour et le quatrième jour. Durant

---

---

ce temps le nouveau né était le plus souvent gavé avec d'autres substances en même temps qu'il subissait le rituel des lavements.

En Somalie, le colostrum est vu comme du mauvais lait que la mère extrait elle-même de ses seins et jette jusqu'à ce que surgisse le lait. [92]

Dans la culture latino-américaine et hispanique Le colostrum est considéré comme du lait «sale» ou «vicié»; après l'accouchement, les mères peuvent attendre plusieurs jours avant de donner le sein à leur bébé afin d'éviter de lui donner du colostrum (Bertelsen et Auerbach, 1987). [92]

Au Maroc, NINEB [87] a constaté que 16.8% des femmes n'ont pas reconnu le colostrum et 3.7% l'ont jugé nuisible pour leurs bébés.

Dans notre étude, 90.3 % des mères ont reconnu le colostrum, 96.5% d'entre elles ont jugé qu'il était bien pour le bébé, sans connaître les raisons pour 68.3% d'entre elles, alors que 0.8% des femmes l'ont jugé mauvais pour la santé de l'enfant, 1.5 % pensent qu'il faut extraire et jeter le colostrum et 2.5% des femmes l'ont fait au moins une fois.

Les femmes plus âgées, multipares, de niveau d'études supérieure ont le plus de chances de reconnaître la valeur du colostrum grâce à l'expérience des allaitements antérieurs et les informations reçues lors des consultations prénatales et durant le séjour en maternité.

#### **4-3. Fréquence et durée des tétées :**

Plusieurs études ont montré la très grande variabilité existant dans les modalités d'allaitement pour chaque couple mère-enfant ; chacun d'entre eux doit être vu comme unique et il est tout à fait inapproprié de chercher à définir des normes et encore plus de vouloir les imposer. [93, 94]

Ainsi, dans une étude longitudinale réalisée en Suède chez 500 couples mères, enfants avec un recueil quotidien d'informations pendant six mois, Hornell et al. [94] ont montré la grande variabilité inter- et intra-individuelle du rythme et de la durée des tétées chez des enfants allaités exclusivement au sein à la demande.

Dans l'étude A. Hassani, et al. [73], le respect d'intervalles réguliers entre les tétées a été observé dans la plupart des cas (79 %). Il est responsable d'une limitation du nombre de tétées

---

qui ne tient pas compte des réalités physiologiques de l'AM. En effet, plusieurs études ont démontré que la pratique d'un AM à la demande est associée à une augmentation de la durée de l'allaitement maternel. [71,75]

L'étude Ego, et al. [75] a trouvé que les femmes ayant interrompu l'allaitement à 1 mois respectaient pour 32% d'entre elles des intervalles minimums entre les tétées, alors que les femmes qui allaitaient encor ne le faisaient que dans 18% des cas.

Dans l'enquête française de LABARERE et DALLA-LANA [71] la pratique d'un allaitement à horaires fixes était associée à une réduction de la durée de l'allaitement.

Quant à notre étude, 91.5 % des femmes interrogées pensent que l'allaitement maternel doit être à la demande. 92 % allaitent à la demande, 8 % allaite à horaire fixe pour une fréquence de 8 à 12 fois par jours dans 90.5 % des cas, et fixaient un intervalle minimum entre les tétées de 2 heures. La durée moyenne des tétées était de 18 minutes.

La prévalence de l'allaitement maternel exclusif est significativement très diminuée chez ces dernières, la durée de l'allaitement maternel est plus élevée chez celles qui allaite à la demande sans que la différence soit statistiquement significative.

#### **4-4. Durée de l'allaitement maternel exclusif :**

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 :

Au Gabon, selon une étude effectuée en 2005 par Moussavou et al. [76], l'allaitement avait débuté à la naissance chez 98,6 % des mères; l'allaitement exclusif a duré moins de deux mois chez 63,6 % des mères, entre deux et quatre mois chez 26,7 % et entre quatre et six mois chez 9,6 %. La durée de l'allaitement exclusif était d'une semaine à six mois avec une moyenne de 2,1 mois  $\pm$  1,5.

Rovillé-Sausse et al. [10] ont trouvé, dans leur étude effectuée en 2002 sur le comportements alimentaires de l'enfant maghrébin de 0 à 18 mois, que la durée moyenne de l'allaitement maternel exclusif était de 3.75 mois au Maroc, 3.25 mois en Algérie et de 2 mois en Tunisie.

---

En Tunisie, l'étude réalisée en 2003 par Bouguerra et al. [77] a montré que la durée moyenne de l'allaitement exclusif au sein était de  $3,2 \pm 1,6$  mois.

En France, selon l'étude LABARERE et DALLA-LANA [71], la prévalence de l'AM exclusif était de 39.9 % à la maternité, et la durée médiane de l'allaitement maternel était de 13 semaines (3.25 mois).

Au Maroc, l'étude ENPS-II 1992 [2] a révélé une durée moyenne d'allaitement maternel exclusif de 3.8 mois, cette durée est passé a 3mois selon l'étude Papchild 1997 [3].

L'étude Hassani et al. [73] a trouvé que la prévalence d'allaitement maternel à la naissance était de 91 %. Mlle JAOUID, quant a son étude [85], a trouvé que 68 % des mères pratiquaient l'AM exclusif pendant les 3 premiers mois dans le G1 et 35.2 % dans le G2.

Les résultats de notre étude montrent que 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.

#### **4-5. La diversification alimentaire et introduction du lait artificiel :**

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. [10] 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 [63] 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 [74], 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. [95] 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 allaient 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 [96, 75].

Notre étude montre que 28.7 % des femmes introduisent le lait artificiel dès la 1ere semaine du post-partum, la moyenne d'âge de la diversification est de 5.3 mois avec un minimum de 1 mois.

L'introduction de lait artificiel dès la 1ere semaine s'accompagne d'un risque 87.6% plus élevé de sevrage précoce avant l'âge de 6 mois, sans que la différence soit statistiquement significative. Alors que l'utilisation de tétine entraîne une diminution significative de la prévalence de l'allaitement maternel et surtout de l'AM exclusif. 32.8 % des femmes de notre série ont déclaré l'avoir utilisé.

#### **4-6. Le sevrage :**

##### ***a- 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.

BRANGER et CEBRON [74] ont rapporté que 20% des mères françaises ont sevré leurs enfants pendant le premier mois et seulement 15% allaitent encore à 6 mois.

---

---

Rovillé–Sausse et al. [10] 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. [97] ont rapporté que la durée moyenne de l'AM était de 150 jours (5 mois), 45% des femmes allaitent jusqu'à 6 mois et seulement 15% allaitent jusqu'à 1 an.

Au Maroc, l'âge moyen du sevrage était de 14.2 mois selon ENPS 1992 [2], il est passé à 13.5 mois en 1997 [3], et 13.9 mois en 2003–04 [4].

Notre étude montre que 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.

***b- Raisons du sevrage précoce :***

Selon l'étude de BRANGER et CEBRON [74], 78 % des mères ayant sevré leurs enfants pendant le premier mois disent que leur lait est mauvais.

En Mexique, Guerrero et al. [89] 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%.

Au Maroc, l'étude MEZIYANE effectuée à Oujda [79] 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.

Le tableau ci-dessous (tableau n°XXXIX) montre les causes d'arrêt de l'AM selon l'enquête ECDM 1984–85 et l'enquête Papchild 1997 [98] :

**Tableau n°XXXIX : Causes d'arrêt de l'AM selon l'enquête ECDM 1984–85 et l'enquête Papchild 1997 : [98]**

	ECDM 1984–85		Papchild 97
	Urbain	Rural	National
<b>Insuffisance lactée</b>	28%	11.3%	20%
<b>Etat de santé de la mère</b>	24%	17.5%	6%
<b>Survenue d'une nouvelle grossesse</b>	10.7%	35%	8%
<b>Reprise de l'activité professionnelle</b>	4%	0.4%	1%

Notre étude montre que les raisons du sevrage sont dominés par l'insuffisance lactée évoquée dans 78.2%, la fatigue maternelle dans 40.5%, la reprise de l'activité professionnelle chez 14.3%, l'état de santé de la mère dans 7.6%, les causes locales dans 4.2%, la survenue d'une nouvelles grossesse dans 3.4%, l'insuffisance pondérale de l'enfant dans 2.5%, la prise de médicaments et l'état de deuil de la mère dans 1.6% chacune.

### **5- Difficultés liées à la conduite d'un allaitement maternel antérieur :**

Dans notre étude, parmi les 142 femmes ayant rapporté avoir déjà vécu l'expérience d'un AM antérieur, 62.8 % avaient des difficultés dont 72% avaient éprouvé une insuffisance lactée avec refus de téter, suivie des crevasses évoquées dans 11.6 %. Les contraintes liées à la reprise du travail ont été évoqué par 10.4 % des mères.

Ces problèmes étaient la cause d'arrêt de l'allaitement maternel chez 50 % de ces femmes.

Dans une étude réalisée en Suisse [72], l'insuffisance lactée a été identifiée comme première cause pour ne pas allaiter chez 39% des femmes. Dans une étude portant sur les mères vietnamiennes vivant en Australie [99], 62% des femmes qui ont rencontré des difficultés au cours de l'allaitement maternel ont arrêté d'allaiter, parmi ces difficultés réside les crevasses, l'engorgement et l'insuffisance lactée.

Hassani et al. [73] rapportent, dans leur étude réalisée à rabat, que parmi les femmes ayant eu une expérience antérieure de l'AM, 50% ont eu des difficultés dont la principale était l'insuffisance lactée (80%).

Cette notion d'insuffisance lactée, quoique prépondérante, reste une appréciation subjective que développent les mères. Elles ont l'impression d'une inadéquation entre leur production lactée et la demande de leur bébé. De plus le comportement « normal » d'un bébé au sein étant assez mal connu, le besoin de téter fréquemment est souvent interprété comme étant un problème et en particulier un problème d'insuffisance de lait. Les mères qui allaitent doivent être prévenues de l'éventualité d'être confrontées à des périodes difficiles où elles auront l'impression de manquer de lait et douteront de leurs capacités à satisfaire les besoins de leur bébé [22].

Quant aux crevasses et engorgements, elles restent des affections bénignes, qui peuvent être prévenus car ils sont généralement la conséquence d'une conduite inappropriée de l'allaitement, en particulier une position inadéquate du bébé au sein, et sont compatibles avec un allaitement maternel normal et ne doivent en aucun cas conduire au sevrage de l'enfant [22].

## **6- Soutien du conjoint et de l'entourage :**

Plusieurs études montrent que l'attitude du compagnon envers l'allaitement joue un rôle important dans le choix de la mère. L'opinion des pères sur l'allaitement est conditionnée par la société qui les entoure, mais est également influencée par leur histoire personnelle : liens avec leur propre mère, représentation du corps féminin, importance donnée à l'alimentation et leur expérience de paternité. [100]

BRANGER et CEBRON [74] rapportent dans leur études que, en interrogeants les pères, 53 % répondent que leur avis avait été sollicité pour le choix de l'allaitement, et 8 % n'y étaient pas favorables; 17 % des pères étaient gênés lorsque la mère allaitait devant certaines personnes, et 50 % si elle allaitait en public.

Dans l'étude de Ego et al. [75], le soutien de l'entourage n'étaient pas associés au sevrage prématuré. Ceci ressort également dans une étude effectuée à Hawaii [97], où l'avis

---

favorable de la famille et des amis quant à l'AM était associé à une durée plus longue de ce dernier.

Cependant, BRANGER et al. [101] ont retrouvé dans leur étude que les femmes ont décidé seules du mode d'alimentation dans 48,7 % des cas, elles ont été peu influencées par leur partenaire (15 %) ou l'entourage (5 %) ou par un médecin (3,3 %) ou par d'autres critères (17,6 %, sans précisions). La plupart du temps, la décision d'allaiter au sein ou non n'a pas été discutée (70,5 %).

Notre étude montre que l'avis de l'entourage de la mère influence significativement le choix du mode d'allaitement, puisque la prévalence de l'allaitement maternel est plus importante, de 72.2%, quand l'entourage est d'avis favorable. Elle est de 56.7% quand il est d'avis défavorable et de 62.1% quand il est indifférent. Quant à l'avis du conjoint, il n'influencait pas la pratique de l'AM. Néanmoins 59.4% des conjoints avaient un avis favorable et soutenaient le projet de l'allaitement maternel, alors que 39.3% étaient indifférents et 5 maris étaient contre.

Cependant, la décision d'allaiter a été prise par les mères seules dans 86.3% des cas, et n'était soutenue par l'entourage que dans 6.7% et par le mari dans 6.1%.

Le soutien et encouragement à l'allaitement maternel doivent inclure aussi le conjoint qui joue un rôle non négligeable dans le choix du mode d'allaitement.

Dans un monde idéal, c'est la société dans son ensemble qui devrait soutenir et entourer la mère qui allaite.

C'est ainsi que certains pays ont développé une politique dans ce sens, avec des résultats incontestables. Pensons par exemple au Brésil qui, en 1997, a enrôlé jusqu'aux facteurs de la région du Nordeste pour que, après une courte formation dispensée par une consultante en lactation, ils puissent donner des conseils en même temps qu'ils distribuent le courrier ! [102].

---

---

### **III– PROMOTION DE L'ALLAITEMENT MATERNEL :**

#### **1–Recommandations internationales sur l'allaitement :** [103]

##### **1-1. Les recommandations de l'OMS :**

La durée optimale de l'allaitement maternel exclusif a fait l'objet de nombreux débats ces dernières années. Dans les années 80, l'OMS recommandait d'allaiter exclusivement au sein de « 4 à 6 mois » en se basant initialement sur des études faites par l'Organisation Alimentaire et Agricole (FAO) et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) en 1973.

En mars 2001, un groupe d'experts a examiné les conclusions d'une étude systématique de la littérature scientifique sur cette question (environ 3000 références). Finalement l'OMS « recommande l'alimentation au sein exclusive pendant 6mois, puis l'introduction d'aliments complémentaires et la poursuite de l'allaitement à 2ans voire au-delà ».

##### **1-2. Les recommandations de l'UNICEF :**

L'UNICEF recommande un allaitement maternel exclusif jusqu'à l'age de 6mois, introduction d'aliments à l'age de 6mois et continuer à allaiter son enfant jusqu' à 2 ans et même au-delà [104].

##### **1-3. Les recommandations de l'Académie Américaine de Pédiatrie :**

L'Académie Américaine des Pédiatres a fait des recommandations importantes concernant l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants. Elle reconnaît que l'allaitement maternel exclusif constitue la référence de l'alimentation des nourrissons vu les nombreux avantages de l'allaitement maternel et recommande, entre autres, un allaitement exclusif de 6 mois, et un allaitement minimum de 12 mois. L'allaitement précoce dès la naissance, l'allaitement à la demande, la non séparation mère –bébé, l'absence de compléments (eau, eau glucosée, préparations pour nourrisson, jus de fruit) et de tétine, sont également recommandés. Des aliments de compléments contenant du fer doivent être progressivement introduits dans l'alimentation durant la seconde moitié de la première année. Les enfants sevrés avant 12mois

---

---

ne devraient pas recevoir de lait de vache du commerce courant, mais un lait industriel enrichi en fer [105].

**1-4. La déclaration d'innocenti : [106]**

La Déclaration sur la protection, la promotion et l'encouragement de l'allaitement maternel est un document d'orientation de référence, qui a été adoptée en août 1990 et approuvée ultérieurement par l'Assemblée mondiale de la santé et le Conseil exécutif de l'UNICEF. La nécessité d'encourager l'allaitement maternel dans le monde entier est reconnue, des objectifs et des actions pour les années 90 sont proposés. (Annexe 2)

**1-5. Initiative hôpitaux amis des bébés : [107]**

L'OMS et l'UNICEF ont lancé conjointement l'initiative des hôpitaux amis des bébés en juin 1992 (IHAB), Les hôpitaux et maternités qui suivent les 10 recommandations élaborées par l'OMS et l'UNICEF, les dix conditions pour le succès de l'AM (annexe 3), peuvent obtenir le label "Amis des Bébé" comme moyen d'atteindre les buts fixés par la déclaration d'innocenti de 1990.

Cette initiative vise à protéger, encourager et soutenir l'allaitement dans les services de maternité et de pédiatrie en insistant notamment sur la nécessité d'une proximité continue de la mère et du bébé, sur la mise au sein précoce après l'accouchement et l'absence de compléments (lait de substitution) et de tétine, sauf avis médical en respectant les dispositions du code de commercialisation des substituts du lait (annexe 4).

Depuis le lancement de l'initiative, plus de 15 000 établissements de 134 pays ont obtenu l'appellation « amis des bébés ». En 2002 au Maroc, 17 hôpitaux ont pu obtenir ce label.

**1-6. Stratégie mondiale de l'OMS/l'UNICEF pour l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants : [108]**

Adoptée par l'Assemblée mondiale de la santé en mai 2002, cette Stratégie mondiale intègre et remplace les objectifs d'Innocenti, tout en attirant l'attention sur le soutien à apporter aux mères et à la collectivité.

---

---

## **2- La bonne pratique de l'allaitement maternel :**

### **2-1. Changements des pratiques et de l'organisation dans les maternités :** [22]

Le suivi des recommandations des « dix conditions pour le succès de l'allaitement » proposées par l'OMS et l'Unicef dans le cadre de l'initiative « hôpitaux amis des bébés peut améliorer le taux d'allaitement à la sortie de la maternité et entraîne une augmentation de la durée de l'allaitement exclusif.

La mise en oeuvre de ces conditions est recommandée, mais rend nécessaire un profond changement des pratiques dans les maternités et la participation de l'ensemble des professionnels impliqués.

### **2-2. Information avant la naissance des mères par des professionnels de santé (médecin, sage-femme, puéricultrice) :** [22, 86]

La question de l'allaitement maternel et du mode d'alimentation de l'enfant à venir doit être soulevée par les professionnels de santé ainsi que le médecin généraliste au cours des consultations du suivi de grossesse.

Le rôle des professionnels de Santé est important pour conforter les mères dans leur choix, en leur précisant les avantages nutritionnels, immunologiques, relationnels de l'allaitement maternel pour leur enfant, ainsi que les avantages pour elles-mêmes.

Leur faire connaître les principes de physiologie dont découlent les recommandations, s'efforcer de lutter contre les idées reçues ancrées dans l'esprit des femmes, celles notamment concernant la quantité et la qualité du lait produit.

Une préparation physique des seins, même en cas de mamelons rétractés ou peu extensibles, ne paraît pas justifiée, la prévention des lésions des mamelons, conséquence d'une prise inadéquate du sein par le bébé, reposait davantage sur la bonne position du bébé au sein que sur la préparation physique des seins.

### **2-3. Contact peau à peau et tétée précoce :** [109]

La tétée précoce permet de profiter des réflexes de fuissement et de succion qui sont maximaux dans les deux premières heures de vie [86,110]. Le contact peau à peau et la mise au

---

---

sein précoce durant les 2 premières heures du post-partum favorisent le bon démarrage de l'allaitement maternel [111].

À la naissance, chaque nouveau-né doit être séché, recouvert et immédiatement mis sur le ventre de la mère. Les mères qui ont un contact précoce avec leur enfant ont plus de facilité à communiquer avec leur bébé, même non allaité. [22] Les soins essentiels au nouveau-né seront effectués après une période de contact prolongée et ininterrompue.

L'allaitement n'est pas compromis si le bébé ne tète pas immédiatement à la naissance car les bébés présentent une variété de comportements et ne sont pas tous prêts à téter au même moment.

L'analgésie péridurale pendant le travail peut retarder le réflexe de succion, mais ne modifie pas la mise en route de l'allaitement [112].

#### **2-4. Cohabitation du nouveau-né avec sa mère :** [113]

La cohabitation du nourrisson avec sa mère doit être systématiquement encouragée. La proximité de la mère et de l'enfant 24 h sur 24 favorise l'allaitement à la demande, facilite l'allaitement la nuit et limite le risque de recours à un substitut de lait. De plus, elle favorise le processus d'attachement entre la mère et l'enfant, même si l'enfant n'est pas allaité. La mère pourra apprendre à reconnaître les signes qui montrent que le bébé est prêt à téter.

#### **2-5. Position du nouveau-né et de la mère et prise du sein :** [15, 86, 110, 114, 116]

##### ➤ **La bonne position** : (figure n°16) (figure n°18)

– la mère doit être installée confortablement afin d'éviter la survenue de contractures dorsales douloureuses, éviter les points de douleur (périnée, cicatrice de césarienne, sciatique...) et la tension des épaules et de la nuque en utilisant des coussins par exemple, pour soutenir le bébé. La position allongée peut être pratique, 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, visage face au sein, son nez et

---

---

son menton collés au sein, bouche grande ouverte, lèvres retroussées afin de créer la dépression nécessaire à la progression du lait.

- l'odeur de la peau et du lait va stimuler le bébé, il ne faut donc pas nettoyer le mamelon avant la tétée.

- La mère peut soutenir son sein en plaçant la paume de sa main sous le sein, contre son thorax de sorte que son index constitue un support pour la base du sein. (Figure n°17)

Quelque soit la position de la mère, les critères d'une bonne position doivent être respectés.



Bonne position



mauvaise position

**Figure n°16 : Bonne et mauvaise position pour la prise du sein. [15]**



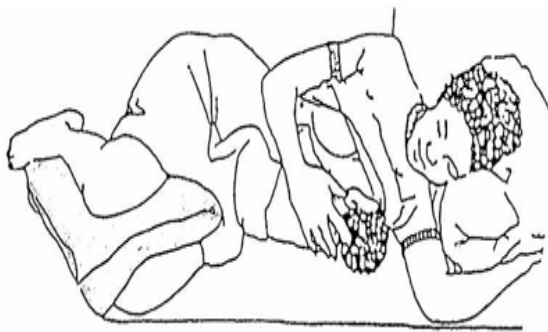
**Figure n°17 : La manière de soutenir le sein. [15]**

---



### Position assise classique

Le bébé est couché sur le côté ; tout son corps face à celui de la mère, sa tête repose au creux du coude de la mère, son dos est soutenu par les avant-bras de la mère. L'oreille du bébé, son épaule et sa hanche doivent tracer une ligne droite. Sa tête est légèrement inclinée vers l'arrière pour lui permettre d'avalier facilement sans tirer sur le sein. Un coussin sur les genoux de la mère mettra le bébé à hauteur des seins.



### La position allongée

La mère est en position allongée, détendue, elle ne prend pas appui sur le coude, elle doit éviter le décalage entre elle et son bébé car il sera obligé de tendre la tête pour atteindre le mamelon.



### La position " en ballon de rugby"

Nuque et épaules du bébé sont soutenues par la main de la mère, la partie inférieure de son corps repose sur un oreiller, entre le coude et la taille de la mère permettant d'avoir son visage face au sein. Cette position est utile pour les bébés qui ont des problèmes pour saisir le sein car elle permet à la mère de bien voir ce qui se passe et de bien contrôler ce que fait le bébé quand il prend le sein.

**Figure n°18:** Quelques bonne positions d'allaitement : [114]

---

➤ **La prise du sein par le bébé : (figure n°19)**

La mère chatouille les lèvres du bébé avec le mamelon. Quand le bébé ouvre grand la bouche, la mère l'approche rapidement du sein, sa lèvre inférieure est bien au dessous du mamelon qui pointe vers le fond de son palais. Le bébé doit avoir une grande partie de l'aréole dans la bouche, en plus du mamelon. La bouche du bébé couvre donc d'avantage l'aréole sous le sein que sur le dessus. Les lèvres du bébé sont souples et retroussées vers l'extérieur. Sa langue doit être en forme de gouttière sous le sein, effectuant alors un mouvement péristaltique ondulatoire, réalisant des vagues sur l'aréole et permettant la progression du lait vers le pharynx. Le mamelon s'allonge mais ne bouge pas dans la bouche de l'enfant s'il est positionné correctement.

La tétée est efficace quand les suctions sont profondes, lentes et entrecoupées de pauses, la mère pourra entendre son bébé avaler.

Après la tétée, l'enfant est calme et détendu, voire souvent endormi. Suffisamment hydraté par le lait qu'il a reçu, il urine normalement, ce que la mère reconnaîtra aux quatre à six couches mouillées par jour. Les selles sont généralement liquides, initialement présentes après chaque tétée, puis plus espacées (une par jour ou une tous les deux à trois jours), mais toujours de consistance molle ou étendue, et l'enfant grossit régulièrement ce qui permettra de reconnaître qu'il tète bien.

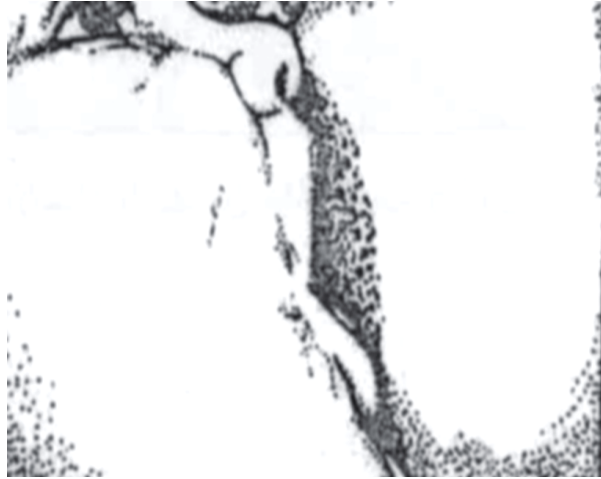
Signes indiquant une mauvaise prise de sein :

- Le mamelon semble aplati ou strié à la fin de la tétée lorsque le bébé le lâche.
- La mère a mal aux mamelons pendant et après la tétée
- Les seins peuvent s'engorger en raison de l'évacuation inefficace du lait.

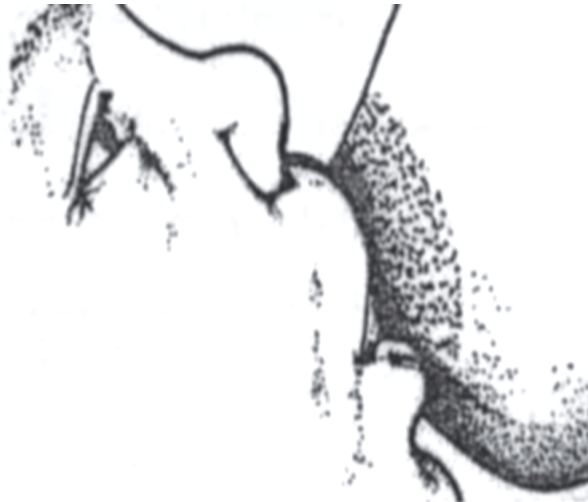
A noter que le mécanisme de succion au sein est très différent de celui au biberon, en l'occurrence l'enfant presse la tétine entre palais et langue et aspire fortement pour éjecter le lait et la langue reste derrière les gencives. Ceci peut entraîner une confusion sein-tétine et un refus de sein par la suite. (Figure n°20)

---

---

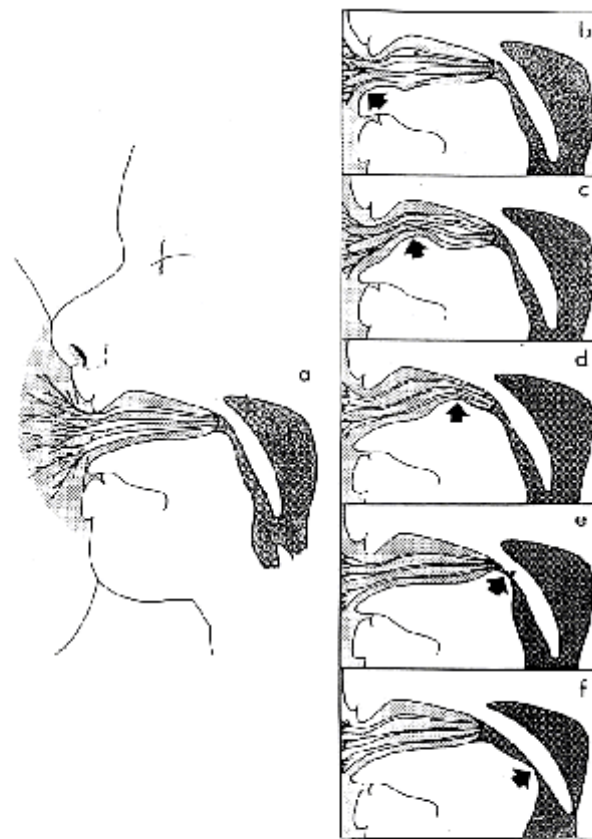


Bonne prise du sein



Mauvaise prise du sein

**Figure n°19 : Bonne et mauvaise prise du sein. [15]**



- a- le bout du sein formé par le sein (sous l'aréole) et le mamelon remplit la bouche du bébé.
- b- La mâchoire inférieure remonte, bloquant le lait dans les sinus.
- c- Une onde péristaltique de compression se propage sur la langue vers le fond de la bouche, en appliquant le mamelon sur le palais dur.
- d- Les sinus sont comprimés.
- e- Le lait jaillit du sein et est avalé.
- f- La mâchoire inférieure descend pour permettre au lait d'arriver au bout du sein.

**Figure n°20 : Cycle complet de succion. [117]**

---

**2-6. Fréquence et durée des tétées** : [ 22, 86, 116]

Seul l'allaitement à la demande sans restriction de nombre ni de durée permet au nourrisson de réguler ses besoins nutritionnels, La plupart des nouveau-nés ont besoin de téter fréquemment y compris la nuit. Il existe des écarts interindividuels dans la fréquence, la durée et la régularité des tétées. Cela rend nécessaire la proximité de l'enfant avec sa mère 24 h sur 24.

La mère propose le sein à chaque fois que l'enfant en manifeste le désir en offrant si possible initialement les deux seins à chaque tétée. En effet, la restriction des tétées est associée à un arrêt plus précoce de l'allaitement, à une fréquence plus élevée des douleurs des mamelons et des engorgements et au recours plus fréquent à des compléments de substituts de lait .

**2-7. L'utilisation de compléments** : [15, 22, 86, 88]

➤ **Lors du commencement de l'allaitement**

Sauf indication médicale particulière, il faut éviter tout complément (lait, eau sucrée, tisane). Ils sont inutiles puisque les bébés à terme naissent avec des réserves en liquides et en glycogène suffisantes pour couvrir leurs besoins jusqu'à la première tétée, et que l'allaitement exclusif suffit à satisfaire les besoins nutritionnels et hydriques d'un nouveau-né sain à terme s'il tète de manière efficace et à la demande. Il n'y a alors pas de risque d'hypoglycémie et les contrôles systématiques de la glycémie sont inutiles.

En effet, les compléments entravent l'accomplissement physiologique de l'allaitement en étant à l'origine d'une sous stimulation mammaire et donc d'une inadéquation entre la demande du bébé et la production lactée, de troubles de succion avec confusion sein-tétine, leur administration se faisant le plus souvent au biberon. .

Dans les rares cas où les compléments s'avèrent indispensables (insuffisance de prise de poids avec signes cliniques de dénutrition), il convient de les administrer autrement qu'au biberon (tasse, seringue, dispositif d'aide à la lactation.. .), du moins lors de la phase d'installation de la lactation afin de ne pas perturber l'enfant dans son apprentissage de la succion.

---

---

➤ **Lors de la poursuite de l'allaitement :**

L'introduction de compléments entre 4 et 6 mois en plus de la poursuite de l'allaitement conduit à un excès de risque significatif de gastro-entérite et doit donc être déconseillée car cela n'apporte aucun bénéfice pour la croissance et le développement de l'enfant.

A partir de l'âge de 6 mois, des aliments de complément seront ajoutés progressivement tout en continuant l'allaitement au sein jusqu'à l'âge de 2 ans.

**2-8. Hygiène de vie : soin des mamelons, alimentation : [86]**

Avant la tétée, aucun soin spécifique n'est nécessaire : au contraire des soins trop fréquents risqueraient d'agresser et dessécher le mamelon, favorisant la survenue de crevasses. Une bonne hygiène corporelle quotidienne suffit.

En fin de tétée, il est préconisé d'appliquer du lait de fin de tétée, riche en lipides, pour hydrater et nettoyer le mamelon.

**2-9. Comment tirer et conserver le lait maternel : [15, 118]**

Chaque fois qu'une mère est séparée de son bébé, quelles que soient les raisons et la durée de cette séparation (bébé prématuré, bébé hospitalisé, absences occasionnelles, et bien sûr reprise du travail), elle peut continuer l'allaitement en tirant alors du lait qui lui sera donné pendant son absence. Cela permettra également d'éviter d'éventuels engorgements (en cas de longue absence) et, grâce à la stimulation procurée par le tire-lait ou l'extraction manuelle, d'entretenir la lactation.

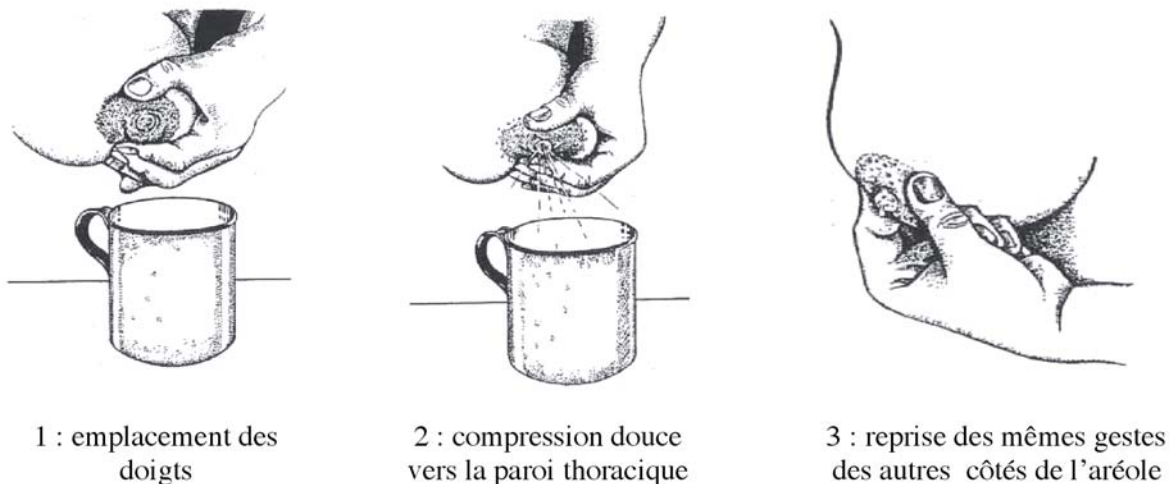
➤ **Comment tirer le lait maternel :**

- Conditions d'hygiène :
    - pas de nécessiter de nettoyer ou désinfecter les seins, une douche quotidienne suffit
    - lavage correct des mains
    - matériel de recueil lavé soigneusement à l'eau chaude savonneuse après chaque utilisation et rangé dans un endroit propre
- 
-

- Tirer à la main : (figure n°21)

C'est la meilleure technique d'extraction du lait puisqu'elle offre à la femme la possibilité d'extraire son lait à tout moment et où qu'elle soit, sans avoir recours à un instrument.

Il faut placer le pouce et l'index de part et d'autre de l'aréole en appuyant d'abord vers la cage thoracique, puis on les ramenant vers l'avant en les rapprochant mais sans comprimer l'aréole. C'est la répétition du geste qui déclenche la fabrication du lait.



**Figure n°21 : Extraction manuelle du lait de mère : [15]**

- Tire-lait :

Le tire-lait peut être manuel ou électrique. Le pavillon est ajusté sur l'aréole. Au tout début, la mère exerce de petits mouvements saccadés pour conditionner un réflexe d'éjection, une fois le lait coulant librement, la mère devra utiliser de grands mouvements rythmés jusqu'à ce que le flot de lait diminue. Ensuite, la mère répètera la même chose de l'autre côté et ainsi de suite.

➤ **Conservation et utilisation du lait maternel exprimé :**

Le lait simplement réfrigéré est toujours préférable au lait congelé, car la congélation détruit certains de ses facteurs anti-infectieux. Il est conseillé de stocker le lait dans des récipients ou sacs en plastiques (adhésion des leucocytes au verre).

---

Durée de conservation :

- A température ambiante : – colostrum : 12 à 24 heures.
  - lait mature : 6 à 10 heures.
- Au réfrigérateur : – lait mature : 5 jours
- Dans le compartiment pour surgelés d'un réfrigérateur, pendant deux semaines.
- Dans le compartiment 3 étoiles d'un combiné réfrigérateur-congélateur, pendant trois à quatre mois.
- Dans un congélateur séparé (-18°), pendant plus de six mois.

Ces durées ne sont pas cumulables : on ne peut pas par exemple garder 4 jours au réfrigérateur du lait qui est resté 24h à température ambiante.

Pour le décongeler et le réchauffer, placer le récipient dans un bain mari, il n'est pas recommander de réchauffer le lait au four micro-ondes. Ce type de chauffage détruit certains composants du lait.

Une fois décongelé, le lait peut être conservé 24 heures au réfrigérateur.

### **3- Prise en charge des difficultés les plus courantes sans interrompre**

**l'allaitement** : [15,22, 86, 119]

La plupart des difficultés de l'allaitement maternel peuvent être prévenues et ne doivent pas entraîner systématiquement l'arrêt de l'allaitement

#### **3-1. Difficultés liées au mamelon : [15, 22, 86]**

##### **a- Mamelons plats, courts ou ombiliqués :**

En général, les mamelons qui semblent courts ou plats, s'étirent ou s'allongent bien et ne posent aucun problème.

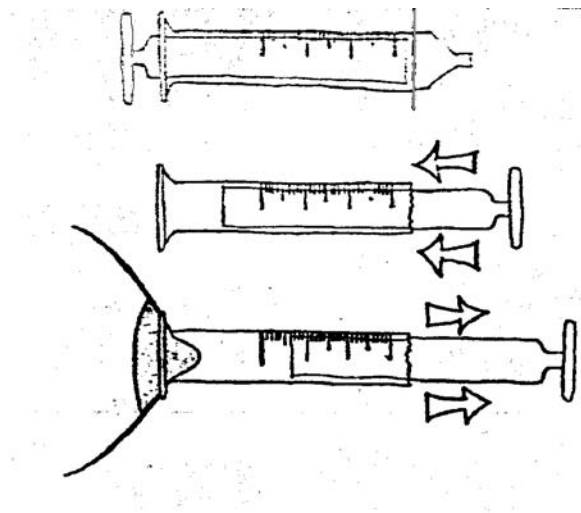
Parfois, un mamelon se rétracte plus profondément dans le sein lorsqu'on essaie de le tirer. Il s'agit d'un mamelon rétracté, ou encore ombiliqué. Dans ce cas les manoeuvres d'étirement ou le port de coupelles, parfois conseillés n'ont pas fait la preuve de leur efficacité. L'allaitement n'est pas impossible : il faut particulièrement aider la mère pour que le bébé tète

---

---

en bonne position et stimule tout a fait correctement la zone pérимamelonnaire, ce qui est au moins aussi important que la forme du mamelon. Il faut conseiller à la mère de varier les positions du bébé (position face à face en particulier) et d'accentuer le contact peau à peau. On peut aider la mère à étirer davantage le mamelon en utilisant le tire lait ou la méthode de la seringue (figure n°22).

Aucune préparation des mamelons avant la naissance n'a fait la preuve de son utilité dans la prévention des difficultés.



- 1<sup>ère</sup> étape : couper l'embout de la seringue sur le prolongement du trait.
- 2<sup>ème</sup> étape : introduire le piston du côté coupé (sens contraire).
- 3<sup>ème</sup> étape : demander à la mère de mettre le côté lisse de la seringue sur l'aréole et de tirer doucement sur le piston afin d'exprimer sur le mamelon.

**Figure n°22 : Préparer et utiliser une seringue pour le traitement de mamelons rétractés [15]**

**b- Mamelons douloureux :**

En début d'allaitement, il existe très souvent une sensibilité des mamelons, qui s'estompe en quelques jours. En cas de véritable douleur, il faut vérifier la position du bébé par rapport au sein avant l'apparition des crevasses. Une mauvaise prise du sein entraînant une friction anormale entre le mamelon et la langue, les gencives, les lèvres ou le palais du

---

nourrisson. Leur prévention repose sur un positionnement correct du nourrisson lors des tétées. Une hygiène quotidienne (douche) est suffisante. Le nettoyage des mamelons avant et/ou après une tétée semble augmenter l'incidence des douleurs des mamelons et complique inutilement l'allaitement.

La persistance de la douleur malgré une prise correcte du sein doit faire évoquer une pathologie, en particulier une mycose.

#### **c- Crevasses :**

La crevasse est une déchirure de la peau du mamelon. Elle évolue progressivement de la gerçure en surface du mamelon (douleurs à la mise au sein) à la fissuration, entamant l'épiderme, puis la crevasse proprement dite, plus profonde, allant jusqu'au derme, et saignant..

La première cause est une position incorrecte du bébé au sein qui étire la peau de la zone aréole-mamelon de façon traumatisante. Viennent ensuite les causes qui peuvent perturber le bébé dans sa manière de prendre le sein : confusion sein-tétine, aréole trop tendue, frein de langue trop court, mauvais éveil du nouveau-né. Il peut s'agir également de manoeuvres inadéquates faites par la maman : appuyer son doigt pour dégager le nez du bébé, ce qui entraîne un étirement excessif de la peau, retirer le bébé du sein en tirant, ou encore de soins d'hygiène inappropriés et le plus souvent excessifs.

D'où l'importance d'assister à la tétée afin d'analyser la cause de la crevasse et d'y remédier efficacement. En cas de mauvaise position, le repositionnement du bébé soulage la douleur et la cicatrisation survient rapidement en 24 à 48 heures : la variation des positions d'allaitement permet également de soulager la douleur et favorise la cicatrisation.

Aucun traitement local n'a fait la preuve de son efficacité. Il faut éviter d'appliquer sur les mamelons du savon et de l'alcool.

On peut aussi déposer une goutte du lait de fin de tétée sur le mamelon et laisser sécher. Elle est riche en matière grasse. Le lait maternel est, en lui-même, un excellent désinfectant et favorisera la cicatrisation.

---

---

**d- Les infections à candida du mamelon :**

La persistance de la douleur malgré une prise correcte du sein doit faire évoquer une mycose. Le mamelon et l'aréole sont rouges et très douloureux pendant et entre les tétées avec le plus souvent un prurit intense; chez l'enfant, on peut retrouver un muguet buccal concomitant.

Le traitement consiste à donner un antifongique à la mère et à l'enfant.

**3-2. Engorgement mammaire :**

La congestion mammaire se traduisant par une augmentation de volume et une tension des seins ainsi qu'une sensation de chaleur survenant dans les premiers jours suivant la naissance ne doit pas être confondue avec un engorgement.

L'engorgement physiologique se traduit par un œdème résultant d'une stase capillaire et lymphatique et par une augmentation du volume de lait produit. Il se résout rapidement avec des tétées efficaces.

L'engorgement devient pathologique s'il s'accompagne de fièvre, de frissons, de douleur et d'une gêne à l'écoulement du lait. Se manifeste par un sein chaud, tendu, gonflé voir dur, douloureux, mais n'entraîne généralement pas de placard rouge sur le sein. Par contre, le mamelon est souvent aplati, rendant la tétée difficile et inefficace pour le nourrisson. Il peut évoluer vers une mastite si des mesures rapides ne sont pas prises.

L'engorgement mammaire est causé par :

- un retard à la mise au sein
- une vidange insuffisante des seins causée par : Une maladie de l'enfant qui ne tète pas correctement, des tétées trop courtes et non fréquentes, une mauvaise prise du sein, une mauvaise position, inhibition du réflexe d'éjection (seins douloureux, restriction des tétées).

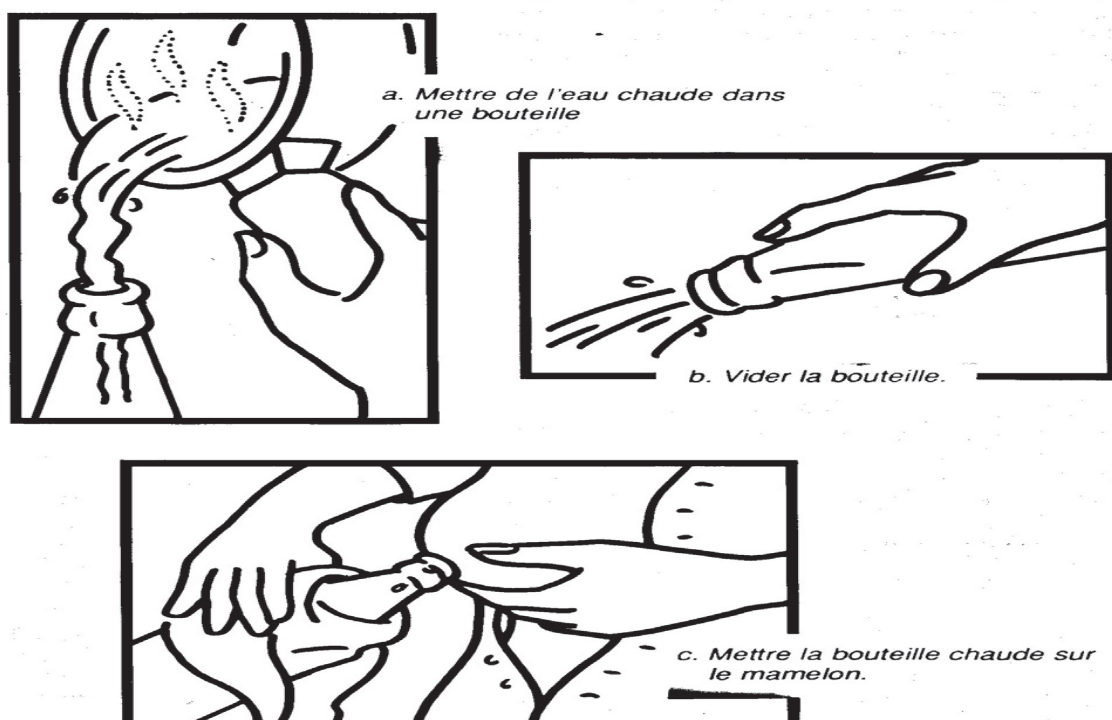
Les mères doivent être prévenues de l'éventualité de la survenue d'un engorgement, il est conseillé de leur apprendre à les prévenir, à identifier les signes d'engorgement et à y faire face.

La prévention de l'engorgement repose sur des tétées précoces, sans restriction de leur fréquence et de leur durée.

---

---

Les principes du traitement reposent sur l'identification de la cause de l'engorgement et y remédier, ne pas arrêter l'allaitement mais l'intensifier en faisant téter l'enfant le plus souvent possible et de façon efficace pour qu'il épuise le ou les seins ( tous les 2 heures au moins ), se reposer avec si besoin des antalgiques (paracétamol), et si le bébé ne peut pas téter, aider la mère à extraire son lait soit manuellement, soit avec un tire lait soit en utilisant la méthode de la bouteille chaude (Figure n°23). L'application de compresses froides sur les seins, après les tétées permet de réduire l'œdème. La régression des symptômes doit se faire en 24 à 48 heures.



**Figure n°23 : la méthode de la bouteille chaude [15]**

### **3-3. La lymphangite :**

La lymphangite correspond à une inflammation du tissu mammaire secondaire à un œdème ou éventuellement une infection.

Elle est le plus souvent une complication de l'engorgement.

---

Elle se manifeste par un syndrome pseudo-grippal avec localement un placard rouge, chaud, douloureux, tendu. La femme peut avoir des ganglions axillaires et de la fièvre.

Il faut faire téter l'enfant le plus possible pour résorber le processus inflammatoire, mettre la femme au repos, antalgique et antipyrétique, application de froid sur le sein, ou encore faire détendre le sein sous une douche chaude ou par massage aréolaire. L'origine infectieuse étant très inconstante, un traitement antibiotique dirigé contre le staphylocoque doit être discuté au cas par cas : lymphangite précoce par rapport à l'accouchement, bilatéralité des signes, la durée d'évolution (persistance des signes au delà de 48 h), terrain immunodéprimé de la mère.

On insistera alors sur une durée suffisante du traitement (dix jours), la récurrence étant fréquente.

#### **3-4. L'obstruction d'un canal galactophore :**

L'obstruction d'un canal galactophore est due à un caillot de lait se traduisant par une induration sensible à la palpation. Le lait ne peut plus s'écouler dans ce canal entraînant une stase en amont et une réaction inflammatoire; ceci peut s'accompagner d'un érythème mais la femme n'a pas de fièvre.

Les causes sont le plus souvent similaires à celles des engorgements..

Si on n'y remédie pas rapidement, il y a un risque de déboucher sur une lymphangite.

Il faut supprimer les zones d'appui, varier les positions du bébé au sein, donner le sein le plus souvent possible et si la mère ne peut pas allaiter, elle doit extraire le lait de ses seins.

#### **3-5. L'abcès du sein :**

L'abcès du sein est la complication extrême des dysfonctionnements décrits précédemment. Les signes sont aggravés : une altération de l'état général, une fièvre élevée (39° à 40°). Le sein atteint est tendu, oedématisé, très sensible, la douleur est vive, pulsatile, insomniale. On y palpe une induration douloureuse; c'est du pus collecté.

Le traitement consiste en une incision chirurgicale de l'abcès pour le drainer, associé à des antibiotiques adaptés et de longue durée, des antalgiques et du repos. Suspension

---

---

temporaire de l'allaitement maternel du côté atteint, le lait doit être tiré et jeté, et continuer à allaiter du côté sain. Il est alors conseillé à la femme de reprendre l'allaitement du côté atteint après guérison complète de l'abcès, lorsque les analyses de contrôle bactériologique du lait sont négatives et que la cicatrisation est bien établie.

### **3-6. Le manque de lait :**

L'incapacité anatomique ou physiologique à produire suffisamment de lait est très rare. Le plus souvent, l'insuffisance de lait est la conséquence d'une conduite inappropriée de l'allaitement (tétées inefficaces et peu nombreuses) à l'origine d'une diminution du transfert de lait au nourrisson et de la sécrétion lactée.

C'est une des raisons les plus fréquemment avancées par la mère, quand elle veut nourrir tôt son bébé avec du lait de vache ou une bouillie de céréales, pensent ne pas avoir assez de lait car leur bébé réclame plus souvent que ceux nourris au biberon, ce qui est normal. Rappelons qu'un bébé peut téter 6 à 12 fois par 24 heures en moyenne au départ.

En fait, dans la plupart des cas, les mères ont assez de lait et il faudrait simplement les rassurer. Dans les autres cas, il s'agit en général, d'un problème suffisamment simple pour être résolu facilement.

Toutefois, un manque de lait peut survenir lorsque :

- D'autres aliments et boissons sont donnés au bébé, ce qui diminue son appétit et le temps qu'il passe à téter.
  - Le bébé présente une confusion sein/tétine car il était nourri au biberon ou avait une tétine ou une sucette.
  - Les tétées ne sont pas assez fréquentes.
  - Les tétées de nuit ont été arrêtées trop tôt (la sécrétion de prolactine est plus forte la nuit).
  - Les tétées ne durent pas assez longtemps. Un mauvais écoulement du lait provoque l'accumulation du lait ce qui incite le sein à arrêter sa production.
  - Le bébé n'a pas une bonne prise du sein et tête en mauvaise position.
- 
-

- La mère manque de confiance dans sa capacité à allaiter son bébé au sein et son réflexe d'éjection est insuffisant ou inhibé.
- le stress, un choc émotionnel fort, ou une très grande fatigue maternelle, la reprise du travail.
- pilule contraceptive contenant des oestrogènes qui affecte la production du lait.
- La malnutrition maternelle n'affecte pas la production du lait sauf en cas de famine.
- Il est possible que la mère n'ait pas assez de tissu mammaire fonctionnel (cas très rare).

Si la progression pondérale est régulière, un bébé bien nourri devrait prendre entre 500 et 1000 grammes par mois, soit au minimum 125 grammes par semaine, donc il y a assez de lait. Il faut rassurer la mère, et lui expliquer qu'il existe des « pics de croissance », périodes de 24 à 48 heures pendant lesquelles l'enfant réclame beaucoup plus souvent pour adapter la production de lait aux besoins nutritionnels accrus.

Si le poids stagne, il faut donner des conseils pour stimuler la lactation, en évitant si possible les compléments (sauf en cas de dénutrition avérée), et expliquer à la mère que des baisses de production de lait sont possibles, mais réversibles.

➤ **Comment augmenter la production du lait :**

Quelle que soit la raison pour laquelle la mère ne produit pas assez de lait l'approche du traitement reste la même :

- Aider la mère à reprendre confiance en elle et la rassurer en lui disant que sa production de lait va à nouveau augmenter en allaitant davantage.
  - Encourager la mère à se reposer davantage et à se décontracter quand elle allaite son enfant.
  - Conseiller à la mère de boire et manger suffisamment, selon son appétit et sa soif.
  - Recommander à la mère de garder son bébé près d'elle et de s'en occuper elle-même le plus possible pour favoriser le contact physique mère-bébé.
  - Eviter les biberons, les tétines et les sucettes.
  - S'assurer que le bébé tète en position correcte et qu'il a une bonne prise du sein.
  - Allaiter fréquemment le bébé, à chaque fois qu'il le réclame, jour et nuit, augmenter la durée de la tétée de chaque sein.
- 
-

– Ne donner aucun autre aliment au bébé qui puisse lui couper l'appétit de téter et donc la force de sucer. Ceci diminuera le lait du sein.

### **3-7. le bébé qui refuse de téter :**

Plusieurs raisons peuvent expliquer ce comportement : séparation mère-enfant, administration de compléments, sucette, horaires rigides, thérapeutiques maternelles ou tout simplement bébé un peu lent dans son apprentissage.

Pour qu'il retrouve le chemin du sein, il ne faut évidemment jamais le forcer à téter, par exemple en lui maintenant la tête contre le sein. On peut amorcer manuellement l'éjection du lait, déposer quelques gouttes sur ses lèvres pour stimuler son intérêt ou profiter d'un état de demi-sommeil pour le mettre délicatement au sein. Il faut favoriser au maximum les contacts physiques avec la mère et plus que jamais la rassurer sur ses capacités à combler au mieux les besoins de sécurité et d'attachement de son enfant.

## **4- Situations particulières :**

### **4-1. Allaitement Maternel et contraception : [15,22]**

Une information sur la fertilité en cours d'allaitement doit être donnée au couple afin de lui permettre de choisir la méthode de régulation des naissances la plus appropriée.

La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) est la méthode naturelle pendant les six premiers mois ou au moins jusqu'au retour de couches. Elle suppose un allaitement exclusif à la demande jour et nuit et la persistance d'une aménorrhée, les tétées entretenant l'hyperprolactinémie.

Dans ces conditions, le taux de grossesses observé pour un allaitement de 6 mois est inférieur à 2 %.

Une contraception hormonale orale est possible. Celle-ci ne doit pas être débutée avant la sixième semaine du post-partum (pas avant l'installation de la lactogenèse de stade II (montée laiteuse)).

---

---

Les microprogestatifs peuvent être prescrits, les progestatifs injectables et les implants progestatifs aussi, ils interfèrent peu avec l'allaitement.

Les pilules oestroprogestatives sont déconseillées car mises en cause dans la modification du lait: baisse de la quantité, modification de sa qualité.

La pose d'un dispositif intra-utérin est possible, sans risque particulier, dès la quatrième semaine du post-partum, même en l'absence de retour de couches.

#### **4-2. Allaitement et médicaments : [15, 22, 120]**

De nombreux médicaments peuvent être administrés sans risque à une femme qui allaite. La quantité de médicament ingérée par l'enfant dépend de la concentration dans le lait maternel et de la quantité bue par l'enfant, dans l'ensemble, l'enfant absorbe 1% de la dose maternelle totale.

Il ne faut pas oublier les interactions médicamenteuses entre les traitements que l'enfant reçoit par le lait et ceux qu'on lui administre directement ainsi que les médicaments utilisés localement sur le sein.

Il faut prescrire très peu chez la femme allaitante, éviter les associations médicamenteuses et la mettre en garde contre l'automédication. De préférence allaiter juste avant la prise de médicament. Et si un médicament contre indiqué doit être pris, arrêter provisoirement l'allaitement et le reprendre plus tard. Aider la mère à maintenir la lactation par l'expression fréquente du lait à la main.

#### **4-3. Allaitement et maladies infectieuses et transmissibles : [22]**

Dans la très grande majorité des cas l'allaitement maternel protège l'enfant vis-à-vis des agents infectieux présents dans l'environnement qu'il partage avec sa mère grâce aux facteurs de défense anti-infectieux spécifiques et non spécifiques du lait maternel. Pour la plupart des infections courantes bactériennes ou virales, qu'elles soient ORL, pulmonaires ou digestives, le risque maximal de contamination se situe avant l'apparition des premiers symptômes chez la mère. Si l'allaitement est interrompu, l'enfant ne pourra bénéficier ni des anticorps spécifiques

---

---

de l'agent pathogène infectant qui sont sécrétés dans le lait maternel ni des autres facteurs anti-infectieux du lait maternel ; la poursuite de l'allaitement doit être encouragée

Dans de rares circonstances, à l'occasion d'une infection maternelle, des agents infectieux peuvent passer dans le lait et le risque d'infection de l'enfant est possible en cas de bactériémie ou de virémie.

En ce qui concerne les virus le passage dans le lait a été démontré notamment pour le CMV, l'Ag Hbs, le VIH, l'ARN du virus de l'hépatite C, le virus sauvage ou vaccinal de la rubéole, l'HTLV-1, l'HTLV-2, le virus d'Epstein-Barr, les virus herpès de type 1 et 2, le HHV6.

Des contaminations virales postnatales par le lait maternel sont rapportées pour le VIH, les virus sauvage et vaccinal de la rubéole, le CMV, l'HTLV-1, mais la gravité de l'infection est extrêmement variable selon le virus et le terrain. La contamination postnatale par le CMV est sans risque chez l'enfant à terme et les rubéoles contractées par le lait maternel sont asymptomatiques.

***a- Allaitement Maternel et infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) : recommandation de l'OMS et l'UNICEF [121]***

L'OMS et l'UNICEF recommandent aux mères infectées par le VIH d'éviter l'allaitement au sein lorsqu'une alimentation de remplacement est acceptable, possible, d'un coût abordable, durable et sûre. Au faite, le risque de transmission du VIH par le lait maternel est constant tout au long de la période de l'allaitement au sein et il est plus élevé chez les femmes récemment infectées ou se trouvant dans une phase avancée de la maladie L'allaitement au sein exclusif est associé dans une moindre mesure à la transmission du VIH que l'allaitement mixte.

***b- Allaitement Maternel et hépatites : recommandations de l'OMS [122]***

L'administration d'immunoglobuline anti-hépatite B dans les 24 heures suivant la naissance accompagnée de la première dose du vaccin accroît la protection chez 85 à 90 % des nourrissons de femmes porteuses du HBV.

Rien n'indique que le lait d'une mère infectée par le HBV expose l'enfant même non vacciné à un risque supplémentaire d'infection à HBV. Ainsi, même en cas de forte endémicité de

---

---

l'infection à HBV et si le vaccin anti-hépatite B n'est pas disponible l'allaitement reste le mode d'alimentation recommandé pour le nourrisson.

#### **4-4. Allaitement Maternel et grossesse :**

Pour une grossesse normale, allaiter ne présente pas de risques pour le fœtus et pour la mère.

Le lait est «toujours bon», même s'il disparaît peu à peu pour être remplacé par du colostrum, en général pendant le second trimestre de la grossesse. Cela peut décourager certains enfants et les amener à se sevrer, mais des tas d'autres continuent allègrement à téter.

Si l'arrêt de l'allaitement est décidé par la mère ou le médecin pour une raison ou une autre, le sevrage doit être progressif. [15]

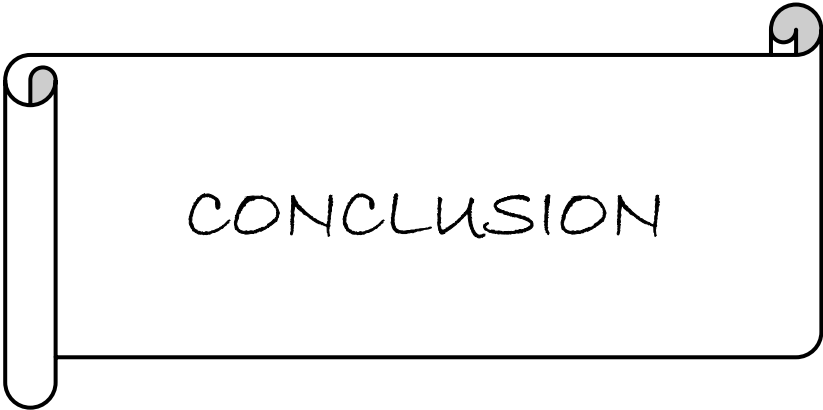
#### **4-5. Allaitement Maternel et césarienne : [15]**

Après une césarienne la mère est confrontée à une plus grande fatigue, à une plus grande dépendance vis-à-vis de son entourage à cause des suites opératoires et de la douleur, qui la gênent pour s'occuper de son bébé de façon autonome.

L'allaitement maternel peut commencer immédiatement après la naissance si la mère a été césarisée sous épidurale, et aussitôt qu'elle se sent bien si elle a subi une anesthésie générale, en sachant que les anesthésiques ont une demi vie courte et ne contre indiquent pas l'allaitement.

Une position souvent utilisée au départ est la position latérale : la mère est allongée sur le côté le bébé également sur le côté face à elle.

Toute femme enceinte doit s'informer à l'avance sur les réalités de la césarienne, sur les difficultés prévisibles du démarrage de l'allaitement dans ce contexte et sur les solutions à ces difficultés, et trouver un soutien compétent qui pourra aider à la réussite du projet d'allaitement.



Le lait maternel est l'aliment optimal du nouveau né et du jeune nourrisson et le mieux ajusté à ses besoins comme à ses capacités. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande pour des raisons de santé publique la pratique de l'allaitement maternel exclusif au cours des 6 premiers mois de vie de l'enfant.

Or, à travers notre travail nous palpant que l'allaitement maternel connaît malheureusement un réel déclin au profit de l'allaitement partiel, ces résultats étant appuyés par les enquêtes réalisées par le Ministre de la Santé du Maroc [2, 3, 4, 67].

D'un autre coté, il nous a permis de faire le point sur les facteurs influençant la prévalence et la durée de l'allaitement maternel qui peuvent être regroupées comme suit :

- Facteurs augmentant la prévalence et la durée de l'allaitement maternel :
  - Niveau d'instruction bas.
  - Femmes au foyer.
  - Niveau socio-économique moyen.
  - Accouchement en milieu surveillé public.
  - Pas de séparation mère-nouveau né après l'accouchement.
  - Nouveau né n'ayant pas reçu de biberon en complément dans la maternité.
  - Allaitement à la demande.
  - Pas d'utilisation de tétine.
  - Entourage d'avis favorable et soutenant le projet d'allaitement maternel.

Par ailleurs, notre travail a révélé une certaine insuffisance des connaissances des mères en matière d'allaitement maternel, qui ont pour principale source l'entourage immédiat, un manque d'information concernant les difficultés qui peuvent surgir lors du démarrage d'un allaitement au sein entraînant son arrêt pour des raisons n'ayant aucun fondement scientifique, chose qui peut être facilement évité par une bonne information et préparation de la femme à l'allaitement maternel au cours des consultations prénatales.

---

---

Cependant, notre étude révèle un manque de préparation des femmes à l'allaitement au cours de ces consultations, ainsi qu'un manque d'actions éducatives à propos de l'allaitement maternel au sein des maternités.

Pour faire face à ce problème de santé publique, des mesures individuelles et collectives devraient être prises notamment de la part des professionnels de santé qui doivent jouer un rôle de première importance pour la promotion de l'allaitement maternel, en leur assurant une formation continue en matière de l'allaitement maternel. Ces mesures devraient à notre sens s'inspirer des dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel rapportées par l'OMS (annexe 3).



## Annexe 1

<p style="text-align: center;"><b>Fiche d'exploitation :</b> <b>Prévalence de l'allaitement maternel à Marrakech</b></p>
--

Formation :

**\* Caractéristiques socio-économiques et biodémographique :**

■ Age de la mère :

■ Statu marital :     mariée     divorcée     veuve     célibataire

■ Parité :

■ Nombres d'enfants vivants :

■ Age du dernier enfant :

■ Habitat :     urbain     rural

■ Niveau d'études :     non scolarisée     primaire     secondaire     supérieur

■ Niveau d'étude du père :     non scolarisé     primaire     secondaire     supérieur

■ Activité professionnelle :     Sans profession

Ouvrière

Employée de bureau

Profession intermédiaire (institutrice)

Cadre supérieur

Autres

■ Activité professionnelle du père :     Ouvrier

Employé de bureau

Profession intermédiaire

Cadre supérieur

Chômage

Autres

■ Revenu mensuel :

■ Age actuel de l'enfant :

■ Statu vaccinal :

**\*Caractéristiques de la grossesse et de l'accouchement :**

■ Grossesse déclarée au :  1<sup>er</sup> trimestre  
 2<sup>eme</sup> trimestre  
 3<sup>eme</sup> trimestre

■ Grossesse désirée :  oui  non

■ Grossesse suivie :  oui  non

Si oui, en :  en public  en privé  public et privé

■ Nombre de consultations prénatales :

■ Pathologie de la grossesse :  oui  non

Si oui laquelle :

■ Avez-vous bénéficié de conseils prénataux sur l'AM :  oui  non

■ Ils ont portés sur :  Avantages du lait maternel  
 Mise a sein dès la 1<sup>ere</sup> heure  
 La conduite de l'allaitement maternel  
 Proscription d'autres liquides  
 Hygiène des seins  
 Durée de l'AM  
 Autres

■ Avez vous été informé sur les besoins nutritionnels pour mieux répondre à la grossesse et la lactation :  oui  non

■ Age gestationnel au moment de l'accouchement :

■ Lieu de l'accouchement :  A domicile  
 Milieu surveillé public  
 Milieu surveillé privé

■ Mode d'accouchement :  Voie basse  
 Césarienne

---

---



- Difficultés initiales :
  - Non
  - Douleurs du mamelon
  - Difficultés de mise au sein
  - Crevasses
  - Engorgement
  - Autres
- Utilisation de biberon en complément dans la maternité :  oui  non
- Introduction de lait artificiel dès 1<sup>er</sup> jrs :  oui  non
- Raisons :
- Utilisation d'une tétine :  oui  non

### \*Caractéristiques actuelles et durée de l'allaitement maternel

- Actuellement allaitement :  exclusif  mixte  artificiel
  - Cohabitation du nouveau né avec la mère :  oui  non
  - Rooming :  oui  non
  - Allaitement :  à la demande  à horaire fixe :
  - Respect d'intervalle minimum entre les tétés :  oui  non
  - Durée des tétés :
  - Position du bébé à la tétée :
  - Durée de l'allaitement maternel exclusif :
  - Age d'introduction du lait artificiel :
  - Age de la diversification :
  - Age du sevrage :
  - Causes d'arrêt de l'allaitement maternel :  Insuffisance lactée
    - Etat de santé de la mère
    - Survenue d'une nouvelle grossesse
    - Reprise de l'activité professionnelle
    - Fatigue maternelle
    - Autres
- 
-



- Ces difficultés ont-ils causé l'arrêt de l'AM :  oui  non

**\*Éléments déterminants le choix de l'allaitement maternel :**

- Avez-vous désiré allaiter au sein votre enfant :  oui  non

- Arguments de choix pour l'AM :
- Santé de l'enfant
  - Santé maternelle
  - Désir maternelle
  - C'est naturel
  - Vivre une expérience unique
  - C'est un plaisir
  - Facilité d'utilisation, aspect pratique
  - Economique
  - Relation mère enfant
  - Autres

- Grossesses antérieurs :

\* Allaitement :  exclusif  mixte  artificiel

\* Durée de l'AM exclusif :

\* Age de la diversification :

\* Age du sevrage :

\* Difficultés rencontrées au cours de l'AM :  oui  non

Lesquelles :

\* Ces difficultés avaient elles causé l'arrêt de l'AM :  oui  non

\* Vécu de l'AM :  Bien

Assez bien

Mauvais

■ Adhésion du conjoint au projet de l'AM :  oui  non  indifférent

■ Rôle de l'entourage :  favorable  défavorable  indifférent

■ Mère allaitée elle-même par sa mère :  oui  non

■ Reprise du travail était -elle un argument pour ne pas allaiter :  oui  non

---

---

■ Reprise du travail était-elle une cause d'arrêt de l'AM :  oui  non

■ Le congé de maternité était il suffisant :  oui  non

**\*Evaluation de la connaissance des femmes sur l'allaitement maternel :**

■ Etes vous pour ou contre la mise au sein immédiate :  pour  contre

■ Connaissez-vous le colostrum :  oui  non

■ Est - il bien ou mauvais pour le nné :  bien  mauvais

Pourquoi :

■ Pensez vous qu'il faut l'extraire et le jeter :  oui  non

■ L'avez-vous déjà fais :  oui  non

■ Quel est l'aliment de choix pour le nouveau né :  Lait maternel

Lait artificiel

Pourquoi :

■ L'allaitement artificiel est il nécessaire :  oui  non

Pourquoi :

■ Quel est le nombre de tétés à envisager pour AM :

A horaire fixe si oui nombre de tétés par 24heures :

A la demande

■ Quelle est la durée envisagée pour l'AM :

■ Connaissez vous les modalités de conservation du lait maternel au réfrigérateur :

Oui

Non

■ L'âge de la diversification est :

■ Votre source d'information :  Famille et amis (entourage immédiat)

Livres de puériculture

Médias

Conseils prénataux

Informations reçues à la maternité pendant le séjour

Médecin généraliste

Autres

---

---

Prévalence de l'allaitement maternel à Marrakech

---

---

- Choix du mode l'allaitement pendant la grossesse :  oui  non
  - Le choix était soutenue par :
  - Le choix était pour :  AM exclusif
    - Allaitement mixte
    - Allaitement artificiel
  - Raisons du choix :
  - Souhaitez vous recevoir des informations concernant AM :  oui  non
  - Examen des seins de la mère :
- 
-

## Annexe 2 :

### Déclaration d'Innocenti sur la protection, l'encouragement et le soutien de l'allaitement maternel

1er août 1990, Florence (Italie)

#### **RECONNAISSANT que:**

L'allaitement maternel constitue un moyen sans égal de nourrir l'enfant qui:

- \* assure aux nourrissons une alimentation idéale qui favorise leur croissance et leur bon développement;
- \* Réduit l'incidence et la gravité des maladies infectieuses, faisant ainsi baisser la morbidité et la mortalité infantiles;
- \* Contribue à la santé des femmes en réduisant le risque de cancer du sein et de l'ovaire, et en augmentant l'intervalle entre les grossesses;
- \* Apporte des avantages sociaux et économiques à la famille et à la nation;
- \* Donne un profond sentiment de satisfaction à la plupart des femmes pour qui l'expérience est réussie; et que de récentes recherches ont prouvé que :
- \* Ces avantages augmentent si les nourrissons sont exclusivement nourris au sein pendant les six premiers mois de la vie, et si, par la suite, la mère continue de les allaiter tout en leur donnant une alimentation de complément; et que certaines interventions peuvent modifier de façon positive les attitudes vis-à-vis de l'allaitement maternel;

#### **NOUS DÉCLARONS PAR CONSÉQUENT que :**

Dans le but d'assurer une santé et une nutrition optimales aux mères et aux enfants dans le monde entier, il faudrait que chaque femme ait la possibilité de nourrir son enfant au sein exclusivement et que chaque nourrisson soit nourri exclusivement au lait maternel de la naissance jusqu'à l'âge de 4 à 6 mois. Par la suite, il faudrait que les enfants continuent d'être nourris au sein, tout en recevant une alimentation de complément appropriée et adéquate,

---

---

jusqu'à l'âge de 2 ans et au-delà. Pour atteindre cet idéal en ce qui concerne l'alimentation des enfants, il faudrait sensibiliser le public de manière à créer un climat de soutien approprié afin que les femmes nourrissent leurs enfants de cette manière.

La réalisation de cet objectif nécessite, dans de nombreux pays, le renforcement d'une "civilisation de l'allaitement maternel", énergiquement défendue contre l'incursion d'une "civilisation du biberon". Ceci suppose un engagement et un plaidoyer en faveur de la mobilisation sociale, tirant parti au maximum du prestige et de l'autorité des dirigeants reconnus à tous les niveaux de la société.

Il faudrait s'efforcer de donner aux femmes plus de confiance dans leur aptitude à pratiquer l'allaitement au sein.

Ceci suppose l'élimination des contraintes et des influences qui agissent sur les idées et les attitudes vis-à-vis de l'allaitement maternel, souvent par des moyens subtils et indirects. Il faut pour cela faire preuve de sensibilité et d'une vigilance continue et appliquer une stratégie globale et adaptée de communication faisant intervenir tous les médias et s'adressant à tous les niveaux de la société. De plus, il faut supprimer les obstacles à l'allaitement maternel au niveau des services de santé, du lieu de travail et de la collectivité.

Des mesures devraient être prises pour faire en sorte que les femmes soient nourries de façon adéquate dans l'intérêt de leur santé et de la santé de leur famille. De plus, il faudrait veiller également à ce que toutes les femmes aient accès à des informations et à des services en matière de planification de la famille afin de pouvoir pratiquer l'allaitement au sein et éviter les grossesses trop rapprochées qui risquent de compromettre leur santé et leur état nutritionnel ainsi que la santé de leurs enfants.

Tous les gouvernements devraient élaborer des politiques nationales en matière d'allaitement maternel et fixer des objectifs nationaux appropriés pour les années 90. Ils devraient mettre en place un système national permettant de contrôler la réalisation des objectifs fixés, et définir des indicateurs tels que le pourcentage de nourrissons nourris exclusivement au sein à la sortie de la maternité et le pourcentage de nourrissons nourris exclusivement au sein à l'âge de 4 mois.

---

---

Les autorités nationales sont en outre instamment invitées à intégrer leurs politiques en matière d'allaitement maternel à leur politique générale dans les domaines de la santé et du développement. Ce faisant, elles devraient renforcer toutes les activités de nature à protéger, encourager et soutenir l'allaitement maternel dans le cadre des programmes complémentaires intéressant notamment les soins prénatals et périnatals, la nutrition, les services de planification de la famille et la prévention et le traitement des maladies les plus courantes chez les mères et les enfants. Tout le personnel de santé devrait recevoir la formation nécessaire pour pouvoir mettre en oeuvre ces politiques en matière d'allaitement maternel.

**OBJECTIFS OPÉRATIONNELS:**

Il faudrait que d'ici 1995 chaque gouvernement ait:

- \* désigné un coordonnateur national doté de pouvoirs appropriés et créé un comité national multisectoriel pour la promotion de l'allaitement maternel, composé de représentants des services gouvernementaux compétents, d'organisations non gouvernementales et d'associations professionnelles dans le domaine de la santé;
- \* fait en sorte que chaque établissement assurant les prestations de maternité respecte pleinement les Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel énoncées dans la déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF intitulée "Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel: le rôle spécial des services liés à la maternité";
- \*pris des mesures pour mettre en oeuvre intégralement les principes et l'objectif de tous les articles du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel et les résolutions pertinentes adoptées ultérieurement par l'Assemblée mondiale de la santé; et
- \*promulgué des lois novatrices protégeant le droit des femmes qui travaillent d'allaiter leur enfant et adopté des mesures pour assurer leur application.

Nous faisons également appel aux organisations internationales pour qu'elles:

- \*élaborent des stratégies d'action en vue de la protection, de l'encouragement et du soutien de l'allaitement maternel, y compris le suivi et l'évaluation, au niveau mondial, de leur application;
- 
-

\*donnent leur appui à la réalisation d'analyses et d'études sur la situation au niveau des pays et à la définition d'objectifs nationaux et de buts pour l'action;

\*encouragent et appuient les activités des autorités nationales intéressant la planification, l'exécution, le suivi et l'évaluation de leurs politiques en matière d'allaitement maternel.

La Déclaration d'Innocenti a été élaborée et adoptée par les participants à la réunion OMS/UNICEF sur "L'allaitement maternel dans les années 90: une initiative mondiale", coparrainée par l'Agence pour le développement international des États-Unis (A.I.D.) et l'Agence suédoise de développement international (SIDA), qui s'est tenue au Spedale Degli Innocenti, à Florence (Italie) du 30 juillet au 1<sup>er</sup> août 1990.

La Déclaration reflète le contenu du document de base établi pour la réunion et les opinions exprimées pendant les sessions de groupe et les sessions plénières.

## Annexe 3 :

### INITIATIVE HOPITAL AMI DES BEBES

#### Les Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel

##### Déclaration OMS/UNICEF 1989 :

Tous les établissements qui assurent des prestations de maternité et des soins aux nouveaux nés devraient respecter les dix conditions suivantes:

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

## Annexe 4

### RESUME DU CODE INTERNATIONAL DE COMMERCIALISATION DES SUBSTITUTS DU LAIT MATERNEL

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a émis en 1981 ce code qui édicte des recommandations aux états membres visant à entreprendre des mesures adéquates pour atteindre, en particulier, les objectifs suivants (article 1):

- Garantir aux nourrissons une alimentation sûre et adaptée.
- Protéger et promouvoir l'allaitement maternel.
- Assurer l'utilisation conforme des produits de substitution du lait maternel sur la base des précisions correspondantes, ainsi qu'une commercialisation et une distribution adéquates.

Le code s'applique aux préparations pour nourrissons (0 à 4 mois), les laits « 2<sup>èm</sup> age » ou « de suite » (5 mois - 1 an) et les laits « de croissance ». Mais également les jus de fruit, tisane et autres aliments, surtout quand leur mode d'alimentation est le biberon.

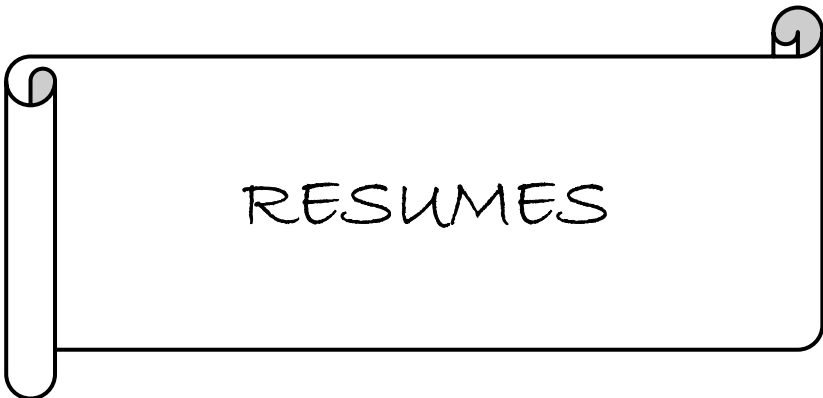
Le code s'applique aussi aux tétines et biberons.

Sont concernés en premier lieu, les gouvernements et fabricants. Indépendamment de toute mesures législatives, les fabricants et distributeurs doivent faire en sorte que leur conduite soit conforme aux dispositions du code. Cependant, ce dernier n'est pas un texte législatif contraignant (il n'existe pas de sanctions en cas d'infraction). Les agents de santé, cibles fréquents et privilégiés des pratiques commerciales des fabricants, doivent connaître le code. Certains articles du code les concernent tous particulièrement.

Il comprend dix recommandations :

1. interdiction de faire toute publicité des substituts de lait au grand public.
  2. interdiction de donner des échantillons gratuits aux familles ou aux mères
  3. interdiction de toute promotion de produits dans le système de soin de santé, incluant la distribution d'aliments gratuits ou à bas prix.
-

4. interdiction d'utiliser du personnel payé par les fabricants pour contacter ou donner des conseils aux mères.
  5. pas de cadeaux personnels ou d'échantillons gratuits aux agents de santé. Si les agents de santé reçoivent de tels produits, ils ne doivent pas les donner aux mères.
  6. pas d'images de nourrissons ni d'autres présentations graphiques de nature à idéaliser l'utilisation des préparations pour nourrissons sur l'étiquette des produits.
  7. les informations fournies par les fabricants et les distributeurs aux professionnels de la santé doivent être scientifiques et se borner aux faits.
  8. chaque emballage ou étiquette doit clairement mentionner la supériorité de l'allaitement au sein et comporter une mise en garde contre les risques et le coût de l'alimentation artificielle.
  9. pas de promotion du lait condensé sucré, ou d'autres produits inappropriés comme aliments pour nourrissons.
  10. fabricants et distributeurs doivent suivre les dispositions du code, même si les pays n'ont pas adopté de mesures législatives adéquates.
- 
-



## RESUME

Face au recul de la pratique de l'allaitement maternel au Maroc, nous avons réalisé une étude transversale à visée descriptive dans la province de Marrakech, sur un total de 400 mères d'enfants âgés de 0 à 24 mois, vues dans 13 centres de santé et 24 cabinets privés de généralistes, à l'aide d'un questionnaire préétablis.

La prévalence de l'allaitement maternel actuelle est de 70.5%, mais seulement 26.5% pratiquent l'allaitement exclusif avec 9.2 % jusqu'à l'âge de 6 mois. La durée moyenne d'allaitement maternelle est de 9.6 mois, avec un maximum de 36 mois. 34.4 % des nourrissons sont sevrés avant 6 mois et seulement 2.6 % à 2 ans. L'insuffisance lactée constitue la principale raison du sevrage précoce.

La prévalence et durée de l'allaitement maternel sont plus importantes chez les femmes au foyer, non scolarisées, de niveau socio-économique moyen, ayant accouché en milieu surveillé public, n'étant pas séparées de leurs nouveaux nés après l'accouchement, ces derniers n'ayant pas reçu de biberon en complément dans la maternité, allaitantes à la demande, n'utilisant pas de tétine, et dont l'entourage est d'avis favorable sur la question. L'enquête a révélé aussi une certaine insuffisance des connaissances des mères sur l'allaitement maternel, qui ont pour principale source l'entourage immédiat.

En conclusion, beaucoup d'insuffisances restent à combler en matière de promotion de l'allaitement maternel qui représente une ressource d'une valeur sanitaire inestimable.

---

---

## SUMMARY

Due to the decline of breastfeeding practices in Morocco, we carried out a cross sectional study referred to descriptive in the province of Marrakech, on a total of 400 mothers children aged 0 to 24 months, seen in 13 health centers and 24 private firms of generalists, based on a questionnaire established before.

The prevalence of breastfeeding is currently 70.5%, but only 26.5% practicing exclusive breastfeeding with 9.2% up to the age of 6 months. The average duration of breastfeeding is 9.6 months, with a maximum of 36 months. 34.4% of infants are weaned before 6 months and only 2.6% to 2 years. Insufficient milk is the main reason for early weaning.

The prevalence and duration of breastfeeding are more important among housewives, out of school, socio-economic level means, having given birth in mid monitored public, not being separated from their newborns after delivery, the latter having received no bottle to complement in maternity, breastfeeding at the request, using no pacifier, and whose the surroundings is favourable on the question.

The survey revealed a certain lack of knowledge of mothers on breastfeeding, which have a primary source the immediate surroundings.

Finally, a lot of shortcomings are still to make good about the promotion of breastfeeding which represents a resource of inestimable value health

---

---

## ملخص

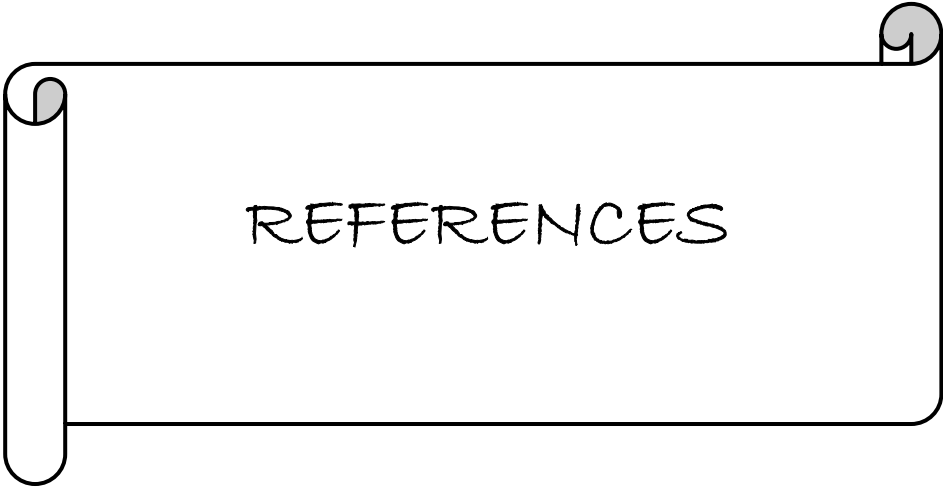
نظرا لتراجع ممارسة الرضاعة الطبيعية بالمغرب قمنا بدراسة مستعرضة ذات هدف وصفي بولاية مراكش ، على مجموع 400 أمهات لأطفال تتراوح أعمارهم ما بين 0 و 24 شهرا تمت رؤيتهن في 13 مركز صحي و24 عيادة طب عام، من خلال استمارة وضعت مسبقا.

نسبة الرضاعة الطبيعية 70.5 % من ضمنها 26.5 % رضاعة مقتصرة على الثدي فقط 9.2 % هذه الأخيرة يبلغ مدة 6 أشهر. يبلغ متوسط مدة الرضاعة الطبيعية 9.6 شهرا أقصاها 36 شهرا. 34.4 % من الرضاع فطموا قبل 6 أشهر فقط 2.6 % فطموا في سنتين. يعد الضعف اللبني السبب الرئيسي للفظام المبكر.

عدة عوامل تؤثر على هذه الممارسة حيث تكون نسبة و مدة الرضاعة الطبيعية أهم عند ربات البيوت، غير المتمدرسات، من الطبقة المتوسطة، اللواتي أنجن في وسط طبي عمومي مراقب، لم يتم فصلهن عن وليدهن بعد الولادة، الذي لم يحصل على زجاجة الإرضاع كمكمل داخل قسم الولادة، اللواتي يرضعن حسب الطلب، بدون استعمال مصاصة، ويعشن في وسط ذو رأي إيجابي حول المسألة. وكشفت الدراسة أيضا قلة إلمام الأمهات بالرضاعة الطبيعية حيث يشكل المحيط الفوري أول مصدر لمعارفهن حولها.

في الختام، كثير من العجز يتعين تغطيته في ميدان إنعاش الرضاعة الطبيعية التي تشكل موردا طبيعيا ذو قيمة صحية متميزة.

---



**1. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.**

Définition de l'allaitement maternel: promoting proper feeding for infants and young children.

*OMS, Geneva ; 2004*

**2. MINISTERE DE LA SANTE DU MAROC.**

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

« [www.sante.gov.ma](http://www.sante.gov.ma) »

**3. 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](http://www.sante.gov.ma) »

**4. MINISTERE DE LA SANTE DU MAROC.**

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

« [www.sante.gov.ma](http://www.sante.gov.ma). »

**5. 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](http://www.sante.gov.ma). »

**6. ROLLET C.**

Histoire de l'allaitement en France : pratiques et représentations.

Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines.

*Laboratoire Printemps CNRS. Novembre 2005.* « [www.santeallaitementmaternel.com](http://www.santeallaitementmaternel.com) »

**7. DIDIERJEAN-JOUVEAU C.**

Bref aperçu historique de l'allaitement.

*Les Dossiers de l'obstétrique, Novembre 2000, p. 23-25.*

---

---

**8. HARDY S. B.**

Les instincts maternels.

Traduit de l'anglais par Françoise Bouillot.

*Paris : Payot, 2002.*

**9. WEINER L. Y.**

Reconstructing motherhood: The Leche League in post-war America.

*The Journal of American History. March 1994: 1357-1381.*

**10. 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*

**11. LAVOLLAY B., DE RANCOURT P.**

Allaitement maternel : mise en place et accompagnement durant les premiers jours de vie.

*Médecine thérapeutique pédiatrie, septembre-décembre 2005, 8 ; n° 5-6.*

**12. HEINIG M. J., DEWEY K. G.**

Health effects of breast feeding for mothers: a critical review.

*Nutrition Research Reviews* , 1997, 10: 35-56.

**13. JONES E., SPENCER. S. A.**

The physiology of lactation

*Paediatrics and Child Health. , June 2007, 17(6): 244-248.*

---

**14. COURDENT M.**

Comment fabrique t-on du lait ?

*Allaiter Aujourd'hui n° 59, LLL France 2004. « www.lllfrance.org »*

**15. GARBOUJ M., KAMEL N., CHAOUCH M. & AL.**

Table ronde "Allaitement Maternel".

*Les XIVèmes journées nationales de santé publique. 13-14 Septembre 2006 - Tunis.*

« [www.unicef.org.tn](http://www.unicef.org.tn). »

**16. MAYOL A. C.**

Allaitement maternel et médecin généraliste

*Thèse de Médecine, Faculté de Médecine de Rennes, 2003.*

**17. 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*

**18. RIEU D.**

Allaitement maternel et nutrition du nouveau-né et du nourrisson.

*Arch. Pédiatr. May 2002, 9 (2) : 121-122*

**19. PICAUD J. C.**

Qualités nutritives du lait maternel et croissance chez les enfants allaités.

*La Lettre des Actualités Périnatales du Languedoc Roussillon, Juillet Août Septembre 2004. N°15.*

**20. MINISTERE DE LA SANTE DU MAROC.**

Module conseiller la mère, prise en charge intégrée des maladies de l'enfant.

*Ministère de la Santé du Maroc, Module n° 5 ; édition 2002.*

---

**21. AVIGNON A., BARBE P., BASDEVANT A., BRESSON J-L., COLETTE C. T. & AL.**

Cahiers de Nutrition et de Diététique, Collège des Enseignants de Nutrition

*Cah. Nutr. Diét., 2001, 36 : 251-25163.*

**22. AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE (ANAES).**

Allaitement maternel : mise en oeuvre et poursuite dans les six premiers mois de vie de l'enfant.

Recommandations (mai 2002).

*Gynécologie Obstétrique & Fertilité 2003, 31 : 481-490.*

**23. DE ONIS M., GARZA C., HABICHT J.P.**

Time for a new growth reference.

*Pediatrics 1997; 100:e8.*

**24. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.**

WHO collaborative study team on the role of breastfeeding on the prevention of infant mortality, Effect of breast feeding on infant and child mortality due to infectious diseases in less developed countries: a pooled analysis

*Lancet 2000, 355 : pp. 451-455.*

**25. FALL M.**

Allaitement maternel et protection contre l'infection dans les pays en développement.

Symposium satellite Nutrition et croissance chez le nourrisson.

*Arch. Pédiatr. 1996; (Suppl I):128s--129s. Elsevier, Paris.*

**26. EDMOND K. M., ZANDOH C., QUIGLEY M. A., AMENGA-ETEGO S., SOWUSU-AGYEI S., KIRKWOOD B. R.**

Delayed Breastfeeding Initiation Increases Risk of Neonatal Mortality.

PEDIATRICS, March 2006; 117 ( 3): pp. e380-e386.

---

**27. LEUNG A. K. C., SAUVE R. S.**

Breast Is Best for Babies.

*Journal of the National Medical Association. Jul 2005, 97 (7) : pg. 1010, 10.*

**28. BEAUFRERE B., BRESSON J. L., BRIEND A., GHISOLFI J., GOULET O., NAVARRO J. & AL.**

La promotion de l'allaitement maternel : c'est aussi l'affaire des pédiatres...Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie

*Arch. Pédiatr. 2000; 7: 1149-53.*

**29. JACKSON K. M., NAZAR A. M.**

Breastfeeding, the Immune Response, and Long-term Health

*JAOA, April 2006 ; 106 (4) : 203-207*

**30. HAYNES S.**

Breastfeeding best for baby and mother: Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries.

*American Academy of Pediatrics: Section on Breastfeeding. Spring: 2007.*

« [www.aap.org](http://www.aap.org) ».

**31. YAMADJI O. D., ANNIE M. K., RENAUD M. R.**

Campagne de Marketing de cause : Promotion de l'allaitement maternel dans les zones urbaines en Afrique.

*UNIVERSITE SENEGAL, Département de Santé, 2006.*

« [www.publiciterre.org](http://www.publiciterre.org) ».

**32. PR. LEQUIEN, PR. CODACCIONI, PR. TURCK, DR. DUBOS, PR. VITTU, PR. KREMP & AL.**

Groupe de travail pour la promotion de l'allaitement maternel dans le département du nord. Dossier pour la promotion de l'allaitement maternel.

*Arch. Pédiatr. 2001, 8 : 865-74.*

---

**33. TURCK D.**

Prévention et traitement de la diarrhée aiguë du nourrisson.

*Arch. Pédiatr.* 2007, 14 : 1375-1378.

**34. SOCIETE AMERICAINE DE PEDIATRIE.**

Allaitement et utilisation du lait humain.

*Pediatrics*, December 1997, 100(6): pp 1035-1039.

**35. LUCAS A, COLE T. J.**

Breast-milk and neonatal necrotizing enterocolitis.

*Lancet*, DEC 22, 1990, 336 (8730): 1519-1523.

**36. HANSON L .A., SILFVERDAL S-A., STROMBACK L., ERLING V., ZAMAN S., OLCEN P., TELEMO E.**

The immunological role of breast feeding.

*Pediatr. Allergy Immunol.* 2001: 12(suppl 14): 15-19.

**37. FORD R. P. K., TAYLOR B. J., MITCHELL E. A., ENRIGHT S. A., STEWART A. W. & AL.**

Breastfeeding and the Risk of Sudden Infant Death Syndrome.

*International Journal of Epidemiology.* 1993 Oct.; 22 (5): 885-90.

**38. VAN ODIJK J., KULL I., BORRES M. P., BRANDTZAEG P., EDBERG U., HANSON L. A. & AL.**

Breastfeeding and allergic disease: a multidisciplinary review of the literature (1966-2001) on the mode of early feeding in infancy and its impact on later atopic manifestations.

*Allergy*, September 2003, 58 (9): p 833.

**39. EIGENMANN P. A.**

Breast-feeding and atopic eczema dermatitis syndrome: protective or harmful?

*Blackwell Munksgaard Allergy* 2004: 59 (Suppl. 78): 42-44.

---

**40. PESONEN M., KALLIO M. J., RANKI A., SIIMES M. A.**

Prolonged exclusive breastfeeding is associated with increased atopic dermatitis: a prospective follow-up study of unselected healthy newborns from birth to age 20 years.

*Clinical & Experimental Allergy; Aug2006, 36 (8), p1011-1018, 8p.*

**41. LAURENCE M., GRUMMER-STRAWN AND ZUGUO MEI.**

Does Breastfeeding Protect Against Pediatric Overweight? Analysis of Longitudinal Data From the Centers for Disease Control and Prevention Pediatric Nutrition Surveillance System.

*PEDIATRICS, February 2004. 113(2): pp. e81-e86.*

**42. SINGHAL A., FAROOQI I. S., O'RAHILLY S., COLE T. J., FEWTRELL M., LUCAS A.**

Early nutrition and leptin concentrations in later life.

*Am. J. Clin. Nutr. 2002; 75:993-999.*

**43. IBFAN GROUPS.**

Childhood Obesity and the Prevention of Chronic Diseases

*IBFAN GROUPS, BREASTFEEDING-BRIEFS N° 38, 2004.*

« [www.ibfan.org](http://www.ibfan.org) »

**44. GREER F. R.**

Breastfeeding and Cardiovascular Disease: Where's the Beef?

*Pediatrics 2005; 115; 1765.*

**45. OWEN C. G., WHINCUP P. H., ODOKI K., GILG J. A., COOK D. G.**

Infant Feeding and Blood Cholesterol: A Study in Adolescents and a Systematic Review.

*Pediatrics 2002; 110; 597-608.*

---

**46. OWEN C. G., WHINCUP P. H., ODOKI K., GILG J. A., COOK D. G.**

Effect of breast feeding in infancy on blood pressure in later life: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2003; 327:1189-1195 (22 November).

**47. PAINE B. J., MAKRIDES M., GIBSON R. A.**

Duration of breast-feeding and Bayley's Mental Developmental Index at 1 year of age. *Journal of Paediatrics and Child Health*, February 1999, 35: p 82.

**48. BUTS J. P.**

Les facteurs trophiques du lait

*Arch. Pédiatr.* 1998 ; 5:298-306. Elsevier, Paris.

**49. LABBOK M. H., HIGHT-LAUKARAN V., PETERSON A., FLETCHER V., HERTZEN H. V., LOOK F. A. V.**

Multicenter Study of the Lactational Amenorrhea Method (LAM): I. Efficacy, Duration, and Implications for Clinical Application.

*Elsevier Science*, 1997, 55 (6): pp. 327-336.

**50. RALEIGH N. C.**

Benefits of breastfeeding.

*United States Breastfeeding Committee; 2002.* «[www.usbreastfeeding.org](http://www.usbreastfeeding.org)»

**51. LA LECHE LEAGUE FRANCE.**

L'allaitement, c'est bon pour la santé... des femmes aussi !

*Allaiter Aujourd'hui n° 25, LLL France 1995.* « [www.lllfrance.org](http://www.lllfrance.org) »

**52. HEINIG M. J., DEWEY K. G.**

Health effects of breast feeding for mothers: a critical Review.

*Nutrition Research Reviews* 1997. 10 : 35-56.

---

**53. CUMMINGS R. G. & AL.**

Breastfeeding and other reproductive factors and the risk of hip fracture in elderly women.

*Int. J. Epidemiol.* 1993; 22 (4): p 684-691.

**54. HEUCH I., JACOBSEN B., KVÅLE G.**

Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50 302 women with breast cancer and 96 973 women without the disease. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer.

*The Lancet*, July 20, 2002, 361(9352): p 176 - 176.

**55. CHIAFFARINO F., PELUCCHIA C., ENEGRIA E., PARAZZINIA F., FRANCESCHIC S., TALAMINID R., MONTELLAE M., RAMAZZOTTIF V., LA VECCHIAA C.**

Breastfeeding and the risk of epithelial ovarian cancer in an Italian population.

*Gynecologic Oncology* 2005, 98 : 304 - 308.

**56. LECLERCQ A. M.**

L'allaitement maternel: choix personnel, problème de santé publique ou question de finance publique?

*Mémoire de DESS en Economie et Gestion Hospitalière Privée. Université de Montpellier I. Sept 1996.*

**57. COHEN R., MRTEK M. B., MRTEK R. G.**

Comparison of Maternal Absenteeism and Infant Illness Rates Among Breast-feeding and Formula-feeding Women in Two Corporations.

*American Journal of Health Promotion*, November/December 1995, 10(2).

---

**58. Loras–Duclaux I.**

La promotion de l'allaitement maternel : des déclarations d'intention à la bonne pratique.

Quatrième Rencontres de Pédiatrie Pratique.

*21 janvier 2000, Palais des Congrès, Paris.* « <http://assoc.ipa.free.fr> ».

**59. Michel M–P. & al.,**

Étude pilote des difficultés de mise en place de l'allaitement maternel des nouveau-nés à terme, en maternité : incidence et facteurs de risque,

*Arch. Pédiatr. May 2007, 14 (5) : Pp 454–460.*

**60. Organisation mondiale de la Santé.**

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 unies.

*OMS, 26 juillet 1996.*

**61. ENGBRETSÉN I. M., WAMANI H., KARAMAGI C., SEMIYAGA N., TUMWINE J., AND TYLLESKÄR T.**

Low adherence to exclusive breastfeeding in Eastern Uganda: A community-based cross-sectional study comparing dietary recall since birth with 24 hour recall.

*BMC Pediatrics, 2007, 7:10.*

**62. 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.*

**63. 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> ».

**64. Organisation mondiale de la Santé**

Code international de commercialisation des substituts du lait maternel.

*OMS, Genève 1981*

**65. UK Food Group**

Hungry for power: The impact of transnational corporations on food security.

*UK Food Group 1998.*

«[www.ukfg.org.uk](http://www.ukfg.org.uk) »

**66. Ministère de la Santé du Maroc**

Enquête Nationale sur la Planification Familiale, La Fécondité et la Santé de la Population au Maroc, (ENPS) 1987 ;

*Ministère de la santé publique Division SMI.* « [www.sante.gov.ma](http://www.sante.gov.ma) »

**67. MINISTERE DE LA SANTE DU MAROC**

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

« [www.sante.gov.ma](http://www.sante.gov.ma) »

**68. BELLATI-SAAD F., SALL M. G., MARTIN S. L., AZONDEKON A., KUAKUVI N.**

Situation Actuelle de l'Allaitement Maternel dans la Région d'Agadir au Maroc. A propos d'une enquête chez 220 mères.

*Médecine d'Afrique Noire, 1996, 43.*

**69. CROST M., KAMINSKI M.**

L'allaitement maternel à la maternité en France en 1995.

*Arch. Pediatr. 1998, 5: 1316-26.*

---

**70. NOL L., GOEL V.**

Sociodemographic factors related to breastfeeding in Ontario: results from the Ontario health survey.

*Can. J. Public Health 1995; 86:309-12.*

**71. LABARERE J., DALLA-LANA C., SCHELSTRAETE C.**

Initiation et durée de l'allaitement maternel dans les établissements d'Aix et Chambéry (France).

*Arch. Pédiatr. 2001; 8:807-15.*

**72. CONZELMANN-AUER C., ACKERMANN-LIEBRICH U.**

Frequency and duration of breast-feeding in Switzerland

*Soz Präventivmed 1995, 40: 396-398.*

**73. HASSANI A., BARKAT A., SOUILMI F-Z., LYAGHFOURI A., KABIRI M., KARBOUBI L., ALAOUI I., LAMDOUAR-BOUAZZAOU N.**

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.*

**74. 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.*

**75. EGO A. A., DUBOS J. P., DJAVADZADEH-AMINI M., DEPINOY M. P., LOUYOT J., CODACCIONI X.**

Les arrêts prématurés d'allaitement maternel.

*Arch. Pédiatr. 2003, 10 : 11-18.*

---

---

**76. MOUSSAVOU A., VIERIN-NZAME Y., ATEGBO S. AND IENGUET-VAVA T. M.**

Pratiques de l'allaitement exclusif à Libreville

*Arch. Pédiatr, February 2005. 12(2) : p 213-214.*

**77. BOUGUERRA L. M., ALAYA N. B., TRABELSI S. AND ZOUARI B.**

Les déterminants de l'allaitement maternel dans une zone suburbaine de la Tunisie.

*Arch. Pédiatr. October 2002, 9 (10): p 1113.*

**78. AHLUWALIA I. B., MORROW B., HSIA J.**

Why Do Women Stop Breastfeeding? Findings From the Pregnancy Risk Assessment and Monitoring System .

*Pediatrics; Dec 2005; 116, 6 : pg.1408.*

**79. 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.*

**80. INGRAM J., WOOLRIDGE M., GREENWOOD R.**

Breastfeeding: it is worth trying with the second baby.

*Lancet 2001; 90: 1047-53.*

**81. PETERS E., WEHKAMP K-H, FELBERBAUM R. E., KRUGER D., LINDER R.**

Breastfeeding duration is determined by only a few factors.

*European Journal of Public Health 2005, 1(2):162-167.*

**82. SCIACCA J. P., DUBE D. A., PHIPPS B. L. AND RATLIFF M. I.**

A breast feeding education and promotion program: effects on knowledge, attitudes, and support for breast feeding

---

---

*Journal of Community Health, December 1995, 20(6).*

**83. Losch M., Dungy C-I., Russell D., Dusdieker L-B.**

Impact of attitudes on maternal decisions regarding infant feeding.

*J. Pediatr. 1995; 126:507-14.*

**84. DALLA-LANA C.**

Enquête concernant le choix et la durée de l'allaitement maternel. Les femmes et l'allaitement maternel.

*Promotion 2000, p24-27.*

**85. JAOUID A.**

Pratique de l'allaitement maternel à la maternité Ibn Tofail de Marrakech.

*Thèse. Med. Casablanca, 2003, 117.*

**86. Loras-Duclaux I.**

Conseils pratiques aux mères qui souhaitent allaiter.

*J. Pediatr. Périculture 2001 ; 14 : 41-8.*

**87. NINEB A.**

Allaitement maternel : connaissances et pratiques (enquête à Oujda).

*Thèse. Med. Rabat. 1996, 180.*

**88. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.**

Division de la Santé et du développement de l'enfant. Le point : Allaitement et utilisation de l'eau et des tisanes.

*Organisation Mondiale de la Santé n°9 (révisé), nov. 1997.*

**89. GUERRERO M. L., MORROW R. C., CALVA J. J., ORTEGA-GALLEGOS H., WELLER S. C., RUIZ-PALACIOS G. M. & MORROW. A. L.**

Rapid ethnographic assessment of breastfeeding practices in periurban Mexico City.

---

*Bulletin of the World Health Organization 1999, 77 (4).*

**90. WORRALL K.**

A critical analysis of breastfeeding in a paediatric cardiac intensive care unit.

*Journal of Neonatal Nursing, April 2007, 13 ( 2 ) : p 51-57.*

**91. FAIRBANK L., O'MEARA S., RENFREW M. J., WOOLRIDGE M., SOWDEN A. J., LISTER-SHARP D.**

A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding.

*Health Technol Assess 2000; 4(25).*

**92. AGNEW T., GILMORE J., SULLIVAN P.**

Perspective multiculturelle de l'allaitement maternel au Canada.

*Ministère de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1997.*

« [www.phac-aspc.gc.ca](http://www.phac-aspc.gc.ca) ».

**93. MANZ F., VAN'THOF M. A., HASCHKLE F.**

The mother infant relationship: who controls breastfeeding frequency?

*Lancet 1999; 353(9159):1152.*

**94. HORNELL A., AARTS C., KYLBERG E., HOLVANDER Y., GEBRE-MEDHIN M.**

Breastfeeding patterns is exclusively breastfed infants: a longitudinal prospective studying uppsala, Sweden.

*Acta. Paediatr. 1999; 88: 203-11.*

**95. HILL P. D., HUMENICK S. S., BRENNAN M. L., WOOLLEY D.**

Does early supplementation affect long-term breastfeeding?

*Clin. Pediatr. 1997 ; 36(6):345-50.*

**96. KRAMER M. S., BARR R. G., DAGENAIS S., YANG H., JONES P., CIOFANI L. & AL.**

Pacifier use, early weaning, and cry/fuss behavior. A randomized controlled trial.

---

*JAMA 2001; 286(3):322-6.*

**97. 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*

**98. BARKAT A., LYAGHFOURI A., MDAGHRI ALAOUI A., LAMDOUAR BOUAZZAOUI N.**

Une réflexion sur l'allaitement maternel au Maroc.

*Santemaghreb.com : le guide de la médecine et la santé au Maroc. Juillet 2004.*

« [www.santemaghreb.com](http://www.santemaghreb.com) ».

**99. ROSSITER J. C.**

Promoting breastfeeding : The preception of Vietnamese mothers in Sydney, Australia.

*Journal of Advanced Nursing 2004, 28(3), 598-605.*

**100. LECHE LEAGUE FRANCE.**

Pères de bébés allaités.

*Feuillet de la Leache League France. juin 2005*

« <http://www.lllfrance.org> »

**101. BRANGER B., LESTIEN R., CRINE F., PICHEROT G., GERARD C.**

Les motivations psycho-sociales dans le choix du mode d'alimentation du nouveau-né.

*Ann. Pédiatr. 1988; 35 (7):519-23.*

**102. DIDIERJEAN-JOUVEAU C-S.**

Le soutien à l'allaitement.

*Allaiter Aujourd'hui n° 58, LLL France 2004. « [www.lllfrance.org](http://www.lllfrance.org) »*

**103. KRAMER M. S., KAKUMA R.**

The optimal duration of exclusive breastfeeding: a systematic review, document who/nhd/01.08.

---

*World Health Organization, 2002.*

**104. UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF).**

L'allaitement maternel in savoir pour sauver.

*Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2002.* « [www.unicef.org](http://www.unicef.org) ».

**105. AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS.**

Work Group on Breastfeeding : Breastfeeding and the Use of Human Milk.

*Pediatrics, décembre 1997. 100 (6) : pp. 1035-1039*

**106. UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF).**

Nutrition : Alimentation et soins des nourrissons et des jeunes enfants, la déclaration d'innocenti  
2004.

*Fonds des Nations Unies pour l'enfance, 2004.* « [www.unicef.org](http://www.unicef.org) ».

**107. PEREZ-ESCAMILLA R.**

Evidence Based Breast-Feeding Promotion: The Baby-Friendly Hospital Initiative.

*J. Nutr. 2007 ; 137: 484-487.*

**108. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.**

La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant : Stratégie mondiale pour l'alimentation du  
nourrisson et du jeune enfant. Rapport du Secrétariat.

*Cinquante-cinquièmes assemblée mondiale de la sante, A55/15, OMS 16 avril 2002.*

**109. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.**

Données scientifiques relatives aux Dix Conditions Pour le Succès de l'Allaitement.

*OMS, Genève 1999.*

**110. SOCIETE EUROPEENNE POUR LE SOUTIEN A L'ALLAITEMENT MATERNEL**

10 conseils pour un allaitement facile.

---

*SESAM 2002.* « [www.allaite.org](http://www.allaite.org) »

**111. MOORE E. R. & ANDERSON G. C.**

Randomized Controlled Trial of Very Early Mother-Infant Skin-to-Skin Contact and Breastfeeding Status.

*The American College of Nurse-Midwives, March/April 2007. 52 (2).*

**112. NYLANDER G.**

Un bon départ pour l'allaitement.

*Allaiter Aujourd'hui n° 31, LLL France 1997.* « [www.lllfrance.org](http://www.lllfrance.org) ».

**113. AGENCE DE SANTE PUBLIC DU CANADA.**

Les soins à la mère et au nouveau-né dans une perspective familiale : lignes directrices nationales chapitre 7 : l'allaitement.

*Agence de la Santé Public du Canada 20-07-2002.* « [www.phac-aspc.gc.ca](http://www.phac-aspc.gc.ca) ».

**114. LECHE LEAGUE FRANCE.**

Mettre votre bébé au sein.

*Feuillet 04 de la lèche league france. Révise octobre 2004.* « [www.lllfrance.org](http://www.lllfrance.org) ».

**115. EASTMAN A.**

De la tétée considérée comme une danse entre la mère et son bébé

*Allaiter Aujourd'hui n° 55, LLL France 2003.* « [www.lllfrance.org](http://www.lllfrance.org) ».

**116. HELSING T. V. E.**

Allaitement maternel : comment favoriser sa réussite. Un guide pratique pour les professionnels de santé.

*Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Bureau régional de l'Europe 2004.*

**117. ROYAL COLLEGE OF MIDWIVES.**

---

Pour un allaitement réussi. Physiologie de la lactation et soutien aux mères.

*Paris: Masson, 1998. – 99 p. (Obstétrique Pratique).*

**118. LECHE LEAGUE FRANCE.**

Travail et allaitement : quand on veut tirer son lait.

*Allaiter Aujourd'hui n° 53, LLL France 2002. « www.lllfrance.org ».*

**119. LECHE LEAGUE FRANCE.**

Manque de lait ! mythe ou réalité ?

*Allaiter Aujourd'hui n° 26, LLL France, 1995*

« www.lllfrance.org ».

**120. DAMASE-MICHEL C., ROLLAND M., ASSOULINE C., TRICOIRE J., LACROIX I.**

Médicaments et allaitement maternel.

*EMC-Médecine 1 2004. 417-432. 2004 Elsevier SAS.*

**121. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.**

Nutrition et VIH/SIDA . CONSEIL EXECUTIF EB116/12.

*OMS, Cent seizième session. 12 mai 2005.*

« www.who.int ».

**122. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.**

Division de la Santé et du développement de l'enfant. Hépatite B et allaitement.

*Organisation Mondiale de la Santé n°22, nov. 1996.*

---

---

