

UNIVERSITE MOHAMMED V

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE -RABAT-

ANNEE 2012

THESE N° 203

*LES DETERMINANTS DU CHOIX DU MODE DE L'ALLAITEMENT ETUDE PROSPECTIVE  
AUPRES DE 120 FEMMES AYANT ACOUCHEES A LA MATERNITE SOUSSI DE RABAT*

**THESE**

Présentée et soutenue publiquement le.....

**par**

**MR SALAHIDDIN EL AYYAN**

**POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE**

Né le 23 NOVEMBRE 1984 à TAOUNANTE

Mots clés : Allaitement ; professionnels de santé

**JURY**

**Mme A.KHARBACH**

PROFESSEUR de la gynéco obstétrique

**Mr D.FERHATI**

PROFESSEUR de la gynéco obstétrique

**Mme A.LAKHDAR**

PROFESSEUR de la gynéco obstétrique

**Mr B.RHRAB**

PROFESSEUR de la gynéco obstétrique

**présidente et rapporteur**

**JUGES**

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

سبحانك لا علم لنا إلا  
ما علمتنا  
إنك أنت العليم  
الحكيم

سورة البقرة:

صَلَّى اللَّهُ الْعَظِيمَ



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

**DOYENS HONORAIRES :**

1962 – 1969 : Docteur Abdelmalek FARAJ  
1969 – 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH  
1974 – 1981 : Professeur Bachir LAZRAK  
1981 – 1989 : Professeur Taieb CHKILI  
1989 – 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOUI  
1997 – 2003 : Professeur Abdelmajid BELMAHI

**ADMINISTRATION :**

Doyen : Professeur Najia HAJJAJ  
Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et estudiantines  
Professeur Mohammed JIDDANE  
Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération  
Professeur Ali BENOMAR  
Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie  
Professeur Yahia CHERRAH  
Secrétaire Général : Mr. El Hassane AHALLAT

***PROFESSEURS :***

Février, Septembre, Décembre 1973

1. Pr. CHKILI Taieb Neuropsychiatrie

Janvier et Décembre 1976

2. Pr. HASSAR Mohamed Pharmacologie Clinique

Mars, Avril et Septembre 1980

3. Pr. EL KHAMLIHI Abdeslam Neurochirurgie  
Pr. MESBAHI Redouane Cardiologie

Mai et Octobre 1981

5. Pr. BOUZOUBAA Abdelmajid Cardiologie  
6. Pr. EL MANOUAR Mohamed Traumatologie-Orthopédie  
7. Pr. HAMANI Ahmed\* Cardiologie  
8. Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajih Chirurgie Cardio-Vasculaire  
9. Pr. SBIHI Ahmed Anesthésie –Réanimation  
10. Pr. TAOBANE Hamid\* Chirurgie Thoracique

Mai et Novembre 1982

11. Pr. ABROUQ Ali\* Oto-Rhino-Laryngologie  
12. Pr. BENOMAR M'hammed Chirurgie-Cardio-Vasculaire

13. Pr. BENSOUDA Mohamed
14. Pr. BENOSMAN Abdellatif
15. Pr. LAHBABI ép. AMRANI Naïma

Anatomie  
Chirurgie Thoracique  
Physiologie

#### Novembre 1983

16. Pr. ALAOUI TAHIRI Kébir\*
17. Pr. BALAFREJ Amina
18. Pr. BELLAKHDAR Fouad
19. Pr. HAJJAJ ép. HASSOUNI Najia
20. Pr. SRAIRI Jamal-Eddine

Pneumo-phtisiologie  
Pédiatrie  
Neurochirurgie  
Rhumatologie  
Cardiologie

#### Décembre 1984

21. Pr. BOUCETTA Mohamed\*
22. Pr. EL GUEDDARI Brahim El Khalil
23. Pr. MAAOUNI Abdelaziz
24. Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi
25. Pr. NAJI M'Barek \*
26. Pr. SETTAF Abdellatif

Neurochirurgie  
Radiothérapie  
Médecine Interne  
Anesthésie -Réanimation  
Immuno-Hématologie  
Chirurgie

#### Novembre et Décembre 1985

27. Pr. BENJELLOUN Halima
28. Pr. BENSaid Younes
29. Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa
30. Pr. IHRAI Hssain \*
31. Pr. IRAQI Ghali
32. Pr. KZADRI Mohamed

Cardiologie  
Pathologie Chirurgicale  
Neurologie  
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale  
Pneumo-phtisiologie  
Oto-Rhino-laryngologie

#### Janvier, Février et Décembre 1987

33. Pr. AJANA Ali
34. Pr. AMMAR Fanid
35. Pr. CHAHED OUazzani Houria ép. TAOBANE
36. Pr. EL FASSY FIHRI Mohamed Taoufiq
37. Pr. EL HAITEM Naïma
38. Pr. EL MANSOURI Abdellah\*
39. Pr. EL YAACOUBI Moradh
40. Pr. ESSAID EL FEYDI Abdellah
41. Pr. LACHKAR Hassan
42. Pr. OHAYON Victor\*
43. Pr. YAHYAUI Mohamed

Radiologie  
Pathologie Chirurgicale  
Gastro-Entérologie  
Pneumo-phtisiologie  
Cardiologie  
Chimie-Toxicologie Expertise  
Traumatologie Orthopédie  
Gastro-Entérologie  
Médecine Interne  
Médecine Interne  
Neurologie

#### Décembre 1988

|                                    |                          |
|------------------------------------|--------------------------|
| 44. Pr. BENHAMAMOUCH Mohamed Najib | Chirurgie Pédiatrique    |
| 45. Pr. DAFIRI Rachida             | Radiologie               |
| 46. Pr. FAIK Mohamed               | Urologie                 |
| 47. Pr. HERMAS Mohamed             | Traumatologie Orthopédie |
| Pr. TOLOUNE Farida*                | Médecine Interne         |

#### Décembre 1989 Janvier et Novembre 1990

|                                         |                          |
|-----------------------------------------|--------------------------|
| 49. Pr. ADNAOUI Mohamed                 | Médecine Interne         |
| 50. Pr. AOUNI Mohamed                   | Médecine Interne         |
| 51. Pr. BENAMEUR Mohamed*               | Radiologie               |
| 52. Pr. BOUKILI MAKHOUKHI Abdelali      | Cardiologie              |
| 53. Pr. CHAD Bouziane                   | Pathologie Chirurgicale  |
| 54. Pr. CHKOFF Rachid                   | Pathologie Chirurgicale  |
| 55. Pr. FARCHADO Fouzia ép. BENABDELLAH | Pédiatrique              |
| 56. Pr. HACHIM Mohammed*                | Médecine-Interne         |
| 57. Pr. HACHIMI Mohamed                 | Urologie                 |
| 58. Pr. KHARBACH Aïcha                  | Gynécologie -Obstétrique |
| 59. Pr. MANSOURI Fatima                 | Anatomie-Pathologique    |
| 60. Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda     | Neurologie               |
| 61. Pr. SEDRATI Omar*                   | Dermatologie             |
| 62. Pr. TAZI Saoud Anas                 | Anesthésie Réanimation   |

#### Février Avril Juillet et Décembre 1991

|                                          |                                                |
|------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 63. Pr. AL HAMANY Zaïtounia              | Anatomie-Pathologique                          |
| 64. Pr. ATMANI Mohamed*                  | Anesthésie Réanimation                         |
| 65. Pr. AZZOUZI Abderrahim               | Anesthésie Réanimation                         |
| 66. Pr. BAYAHIA Rabéa ép. HASSAM         | Néphrologie                                    |
| 67. Pr. BELKOUCHI Abdelkader             | Chirurgie Générale                             |
| 68. Pr. BENABDELLAH Chahrazad            | Hématologie                                    |
| 69. Pr. BENCHEKROUN BELABBES Abdellatif  | Chirurgie Générale                             |
| 70. Pr. BENSOUDA Yahia                   | Pharmacie galénique                            |
| 71. Pr. BERRAHO Amina                    | Ophtalmologie                                  |
| 72. Pr. BEZZAD Rachid                    | Gynécologie Obstétrique                        |
| 73. Pr. CHABRAOUI Layachi                | Biochimie et Chimie                            |
| 74. Pr. CHANA El Houssaine*              | Ophtalmologie                                  |
| 75. Pr. CHERRAH Yahia                    | Pharmacologie                                  |
| 76. Pr. CHOKAIRI Omar                    | Histologie Embryologie                         |
| 77. Pr. FAJRI Ahmed*                     | Psychiatrie                                    |
| 78. Pr. JANATI Idrissi Mohamed*          | Chirurgie Générale                             |
| 79. Pr. KHATTAB Mohamed                  | Pédiatrie                                      |
| 80. Pr. NEJMI Maati                      | Anesthésie-Réanimation                         |
| 81. Pr. OUAALINE Mohammed*               | Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène |
| 82. Pr. SOULAYMANI Rachida ép. BENCHEIKH | Pharmacologie                                  |
| 83. Pr. TAOUFIK Jamal                    | Chimie thérapeutique                           |

#### Décembre 1992

84. Pr. AHALLAT Mohamed
85. Pr. BENOUDA Amina
86. Pr. BENSOUA Adil
87. Pr. BOUJIDA Mohamed Najib
88. Pr. CHAHED OUZZANI Laaziza
89. Pr. CHRAIBI Chafiq
90. Pr. DAOUDI Rajae
91. Pr. DEHAYNI Mohamed\*
92. Pr. EL HADDOURY Mohamed
93. Pr. EL OUAHABI Abdessamad
94. Pr. FELLAT Rokaya
95. Pr. GHAFIR Driss\*
96. Pr. JIDDANE Mohamed
97. Pr. OUZZANI TAIBI Med Charaf Eddine
98. Pr. TAGHY Ahmed
99. Pr. ZOUHDI Mimoun

Chirurgie Générale  
Microbiologie  
Anesthésie Réanimation  
Radiologie  
Gastro-Entérologie  
Gynécologie Obstétrique  
Ophtalmologie  
Gynécologie Obstétrique  
Anesthésie Réanimation  
Neurochirurgie  
Cardiologie  
Médecine Interne  
Anatomie  
Gynécologie Obstétrique  
Chirurgie Générale  
Microbiologie

#### Mars 1994

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

Ophtalmologie  
Chirurgie Générale  
Ophtalmologie  
Radiothérapie  
Chirurgie Générale  
Biophysique  
Biophysique  
Endocrinologie et Maladies Métaboliques  
Gynécologie Obstétrique  
Immunologie  
Traumato-Orthopédie  
Radiologie  
Médecine Interne  
Chirurgie Cardio- Vasculaire  
Chirurgie Générale  
Immunologie  
Chirurgie Pédiatrique  
Médecine Interne  
Dermatologie  
Chirurgie Générale  
Anatomie Pathologique  
Traumatologie – Orthopédie  
Traumatologie- Orthopédie  
Chirurgie Générale  
Gynécologie –Obstétrique  
Dermatologie  
Chirurgie Cardio-Vasculaire

### Mars 1994

- 127. Pr. ABBAR Mohamed\*
- 128. Pr. ABDELHAK M'barek
- 129. Pr. BELAIDI Halima
- 130. Pr. BRAHMI Rida Slimane
- 131. Pr. BENTAHILA Abdelali
- 132. Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
- 133. Pr. BERRADA Mohamed Saleh
- 134. Pr. CHAMI Ilham
- 135. Pr. CHERKAoui Lalla Ouafae
- 136. Pr. EL ABBADI Najia
- 137. Pr. HANINE Ahmed\*
- 138. Pr. JALIL Abdelouahed
- 139. Pr. LAKHDAR Amina
- 140. Pr. MOUANE Nezha

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

### Mars 1995

- 141. Pr. ABOUQUAL Redouane
- 142. Pr. AMRAoui Mohamed
- 143. Pr. BAIDADA Abdelaziz
- 144. Pr. BARGACH Samir
- 145. Pr. BEDDOUCHE Amokrane\*
- 146. Pr. BENAZZOuz Mustapha
- 147. Pr. CHAARI Jilali\*
- 148. Pr. DIMOU M'barek\*
- 149. Pr. DRISSI KAMILI Mohammed Nordine\*
- 150. Pr. EL MESNAoui Abbes
- 151. Pr. ESSAKALI HOUSsYNI Leila
- 152. Pr. FERHATI Driss
- 153. Pr. HASSOUNI Fadil
- 154. Pr. HDA Abdelhamid\*
- 155. Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
- 156. Pr. IBRAHIMY Wafaa
- 157. Pr. MANSOURI Aziz
- 158. Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
- 159. Pr. RZIN Abdelkader\*
- 160. Pr. SEFIANI Abdelaziz
- 161. Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Réanimation Médicale  
Chirurgie Générale  
Gynécologie Obstétrique  
Gynécologie Obstétrique  
Urologie  
Gastro-Entérologie  
Médecine Interne  
Anesthésie Réanimation  
Anesthésie Réanimation  
Chirurgie Générale  
Oto-Rhino-Laryngologie  
Gynécologie Obstétrique  
Médecine Préventive, Santé Publique et Hygiène  
Cardiologie  
Urologie  
Ophtalmologie  
Radiothérapie  
Ophtalmologie  
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale  
Génétique  
Réanimation Médicale

### Décembre 1996

- 162. Pr. AMIL Touriya\*
- 163. Pr. BELKACEM Rachid
- 164. Pr. BELMAHI Amin

Radiologie  
Chirurgie Pédiatrie  
Chirurgie réparatrice et plastique

165. Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
166. Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan
167. Pr. EL MELLOUKI Ouafae\*
168. Pr. GAOUZI Ahmed
169. Pr. MAHFOUDI M'barek\*
170. Pr. MOHAMMADINE EL Hamid
171. Pr. MOHAMMADI Mohamed
172. Pr. MOULINE Soumaya
173. Pr. OUADGHIRI Mohamed
174. Pr. OUZEDDOUN Naima
175. Pr. ZBIR EL Mehdi\*

Ophtalmologie  
Chirurgie Générale  
Parasitologie  
Pédiatrie  
Radiologie  
Chirurgie Générale  
Médecine Interne  
Pneumo-phtisiologie  
Traumatologie-Orthopédie  
Néphrologie  
Cardiologie

#### Novembre 1997

176. Pr. ALAMI Mohamed Hassan
177. Pr. BEN AMAR Abdesselem
178. Pr. BEN SLIMANE Lounis
179. Pr. BIROUK Nazha
180. Pr. BOULAICH Mohamed
181. Pr. CHAOUIR Souad\*
182. Pr. DERRAZ Said
183. Pr. ERREIMI Naima
184. Pr. FELLAT Nadia
185. Pr. GUEDDARI Fatima Zohra
186. Pr. HAIMEUR Charki\*
187. Pr. KANOUNI NAWAL
188. Pr. KOUTANI Abdellatif
189. Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
190. Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
191. Pr. NAZI M'barek\*
192. Pr. OUAHABI Hamid\*
193. Pr. SAFI Lahcen\*
194. Pr. TAOUFIQ Jallal
195. Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Gynécologie-Obstétrique  
Chirurgie Générale  
Urologie  
Neurologie  
O.RL.  
Radiologie  
Neurochirurgie  
Pédiatrie  
Cardiologie  
Radiologie  
Anesthésie Réanimation  
Physiologie  
Urologie  
Chirurgie Générale  
Pédiatrie  
Cardiologie  
Neurologie  
Anesthésie Réanimation  
Psychiatrie  
Gynécologie Obstétrique

#### Novembre 1998

196. Pr. AFIFI RAJAA
197. Pr. AIT BENASSER MOULAY Ali\*
198. Pr. ALOUANE Mohammed\*
199. Pr. BENOMAR ALI
200. Pr. BOUGTAB Abdesslam
201. Pr. ER RIHANI Hassan
202. Pr. EZZAITOUNI Fatima
203. Pr. KABBAJ Najat
204. Pr. LAZRAK Khalid ( M)

Gastro-Entérologie  
Pneumo-phtisiologie  
Oto-Rhino-Laryngologie  
Neurologie  
Chirurgie Générale  
Oncologie Médicale  
Néphrologie  
Radiologie  
Traumatologie Orthopédie

Novembre 1998

205. Pr. BENKIRANE Majid\*  
206. Pr. KHATOURI ALI\*  
207. Pr. LABRAIMI Ahmed\*

Hématologie  
Cardiologie  
Anatomie Pathologique

Janvier 2000

208. Pr. ABID Ahmed\*  
209. Pr. AIT OUMAR Hassan  
210. Pr. BENCHERIF My Zahid  
211. Pr. BENJELLOUN DAKHAMA Badr.Sououd  
212. Pr. BOURKADI Jamal-Eddine  
213. Pr. CHAOUI Zineb  
214. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer  
215. Pr. ECHARRAB El Mahjoub  
216. Pr. EL FTOUH Mustapha  
217. Pr. EL MOSTARCHID Brahim\*  
218. Pr. EL OTMANY Azzedine  
219. Pr. GHANNAM Rachid  
220. Pr. HAMMANI Lahcen  
221. Pr. ISMAILI Mohamed Hatim  
222. Pr. ISMAILI Hassane\*  
223. Pr. KRAMI Hayat Ennoufouss  
224. Pr. MAHMOUDI Abdelkrim\*  
225. Pr. TACHINANTE Rajae  
226. Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Pneumophtisiologie  
Pédiatrie  
Ophtalmologie  
Pédiatrie  
Pneumo-phtisiologie  
Ophtalmologie  
Chirurgie Générale  
Chirurgie Générale  
Pneumo-phtisiologie  
Neurochirurgie  
Chirurgie Générale  
Cardiologie  
Radiologie  
Anesthésie-Réanimation  
Traumatologie Orthopédie  
Gastro-Entérologie  
Anesthésie-Réanimation  
Anesthésie-Réanimation  
Médecine Interne

Novembre 2000

227. Pr. AIDI Saadia  
228. Pr. AIT OURHROUI Mohamed  
229. Pr. AJANA Fatima Zohra  
230. Pr. BENAMR Said  
231. Pr. BENCHEKROUN Nabiha  
232. Pr. CHERTI Mohammed  
233. Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma  
234. Pr. EL HASSANI Amine  
235. Pr. EL IDGHIRI Hassan  
236. Pr. EL KHADER Khalid  
237. Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah\*  
238. Pr. GHARBI Mohamed El Hassan  
239. Pr. HSSAIDA Rachid\*  
240. Pr. LACHKAR Azzouz  
241. Pr. LAHLOU Abdou  
242. Pr. MAFTAH Mohamed\*

Neurologie  
Dermatologie  
Gastro-Entérologie  
Chirurgie Générale  
Ophtalmologie  
Cardiologie  
Anesthésie-Réanimation  
Pédiatrie  
Oto-Rhino-Laryngologie  
Urologie  
Rhumatologie  
Endocrinologie et Maladies Métaboliques  
Anesthésie-Réanimation  
Urologie  
Traumatologie Orthopédie  
Neurochirurgie

243. Pr. MAHASSINI Najat  
 244. Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae  
 245. Pr. NASSIH Mohamed\*  
 246. Pr. ROUIMI Abdelhadi

Anatomie Pathologique  
 Pédiatrie  
 Stomatologie Et Chirurgie Maxillo-Faciale  
 Neurologie

Décembre 2001

247. Pr. ABABOU Adil  
 248. Pr. AOUD Aicha  
 249. Pr. BALKHI Hicham\*  
 250. Pr. BELMEKKI Mohammed  
 251. Pr. BENABDELJIL Maria  
 252. Pr. BENAMAR Loubna  
 253. Pr. BENAMOR Jouda  
 254. Pr. BENELBARHDADI Imane  
 255. Pr. BENNANI Rajae  
 256. Pr. BENOUACHANE Thami  
 257. Pr. BENYOUSSEF Khalil  
 258. Pr. BERRADA Rachid  
 259. Pr. BEZZA Ahmed\*  
 260. Pr. BOUCHIKHI IDRIS Med Larbi  
 261. Pr. BOUHOUC Rachida  
 262. Pr. BOUMDIN El Hassane\*  
 263. Pr. CHAT Latifa  
 264. Pr. CHELLAOUI Mounia  
 265. Pr. DAALI Mustapha\*  
 266. Pr. DRISSI Sidi Mourad\*  
 267. Pr. EL HAJOUI Ghziel Samira  
 268. Pr. EL HIJRI Ahmed  
 269. Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid  
 270. Pr. EL MADHI Tarik  
 271. Pr. EL MOUSSAIF Hamid  
 272. Pr. EL OUNANI Mohamed  
 273. Pr. EL QUESSAR Abdeljlil  
 274. Pr. ETTAIR Said  
 275. Pr. GAZZAZ Miloudi\*  
 276. Pr. GOURINDA Hassan  
 277. Pr. HRORA Abdelmalek  
 278. Pr. KABBAJ Saad  
 279. Pr. KABIRI EL Hassane\*  
 280. Pr. LAMRANI Moulay Omar  
 281. Pr. LEKEHAL Brahim  
 282. Pr. MAHASSIN Fattouma\*  
 283. Pr. MEDARHRI Jalil  
 284. Pr. MIKDAME Mohammed\*

Anesthésie-Réanimation  
 Cardiologie  
 Anesthésie-Réanimation  
 Ophtalmologie  
 Neurologie  
 Néphrologie  
 Pneumo-phtisiologie  
 Gastro-Entérologie  
 Cardiologie  
 Pédiatrie  
 Dermatologie  
 Gynécologie Obstétrique  
 Rhumatologie  
 Anatomie  
 Cardiologie  
 Radiologie  
 Radiologie  
 Radiologie  
 Chirurgie Générale  
 Radiologie  
 Gynécologie Obstétrique  
 Anesthésie-Réanimation  
 Neuro-Chirurgie  
 Chirurgie-Pédiatrique  
 Ophtalmologie  
 Chirurgie Générale  
 Radiologie  
 Pédiatrie  
 Neuro-Chirurgie  
 Chirurgie-Pédiatrique  
 Chirurgie Générale  
 Anesthésie-Réanimation  
 Chirurgie Thoracique  
 Traumatologie Orthopédie  
 Chirurgie Vasculaire Périphérique  
 Médecine Interne  
 Chirurgie Générale  
 Hématologie Clinique

285. Pr. MOHSINE Raouf
286. Pr. NABIL Samira
287. Pr. NOUINI Yassine
288. Pr. OUALIM Zouhir\*
289. Pr. SABBAH Farid
290. Pr. SEFIANI Yasser
291. Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia
292. Pr. TAZI MOUKHA Karim

Chirurgie Générale  
Gynécologie Obstétrique  
Urologie  
Néphrologie  
Chirurgie Générale  
Chirurgie Vasculaire Périphérique  
Pédiatrie  
Urologie

#### Décembre 2002

293. Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane\*
294. Pr. AMEUR Ahmed \*
295. Pr. AMRI Rachida
296. Pr. AOURARH Aziz\*
297. Pr. BAMOU Youssef \*
298. Pr. BELMEJDOUB Ghizlene\*
299. Pr. BENBOUAZZA Karima
300. Pr. BENZEKRI Laila
301. Pr. BENZZOUBEIR Nadia\*
302. Pr. BERNOUSSI Zakiya
303. Pr. BICHRA Mohamed Zakariya
304. Pr. CHOHO Abdelkrim \*
305. Pr. CHKIRATE Bouchra
306. Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair
307. Pr. EL ALJ Haj Ahmed
308. Pr. EL BARNOUSSI Leila
309. Pr. EL HAOURI Mohamed \*
310. Pr. EL MANSARI Omar\*
311. Pr. ES-SADEL Abdelhamid
312. Pr. FILALI ADIB Abdelhai
313. Pr. HADDOUR Leila
314. Pr. HAJJI Zakia
315. Pr. IKEN Ali
316. Pr. ISMAEL Farid
317. Pr. JAAFAR Abdeloihab\*
318. Pr. KRIOULE Yamina
319. Pr. LAGHMARI Mina
320. Pr. MABROUK Hfid\*
321. Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss\*
322. Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid\*
323. Pr. MOUSTAINE My Rachid
324. Pr. NAITLHO Abdelhamid\*
325. Pr. OUJILAL Abdelilah
326. Pr. RACHID Khalid \*

Anatomie Pathologique  
Urologie  
Cardiologie  
Gastro-Entérologie  
Biochimie-Chimie  
Endocrinologie et Maladies Métaboliques  
Rhumatologie  
Dermatologie  
Gastro-Entérologie  
Anatomie Pathologique  
Psychiatrie  
Chirurgie Générale  
Pédiatrie  
Chirurgie Pédiatrique  
Urologie  
Gynécologie Obstétrique  
Dermatologie  
Chirurgie Générale  
Chirurgie Générale  
Gynécologie Obstétrique  
Cardiologie  
Ophtalmologie  
Urologie  
Traumatologie Orthopédie  
Traumatologie Orthopédie  
Pédiatrie  
Ophtalmologie  
Traumatologie Orthopédie  
Gynécologie Obstétrique  
Cardiologie  
Traumatologie Orthopédie  
Médecine Interne  
Oto-Rhino-Laryngologie  
Traumatologie Orthopédie

- 327. Pr. RAISS Mohamed
- 328. Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha\*
- 329. Pr. RHOU Hakima
- 330. Pr. SIAH Samir \*
- 331. Pr. THIMOU Amal
- 332. Pr. ZENTAR Aziz\*
- 333. Pr. ZRARA Ibtisam\*

Chirurgie Générale  
Pneumophtisiologie  
Néphrologie  
Anesthésie Réanimation  
Pédiatrie  
Chirurgie Générale  
Anatomie Pathologique

### **PROFESSEURS AGREGES :**

#### Janvier 2004

- 334. Pr. ABDELLAH El Hassan
- 335. Pr. AMRANI Mariam
- 336. Pr. BENBOUZID Mohammed Anas
- 337. Pr. BENKIRANE Ahmed\*
- 338. Pr. BENRAMDANE Larbi\*
- 339. Pr. BOUGHALEM Mohamed\*
- 340. Pr. BOULAADAS Malik
- 341. Pr. BOURAZZA Ahmed\*
- 342. Pr. CHAGAR Belkacem\*
- 343. Pr. CHERRADI Nadia
- 344. Pr. EL FENNI Jamal\*
- 345. Pr. EL HANCHI ZAKI
- 346. Pr. EL KHORASSANI Mohamed
- 347. Pr. EL YOUNASSI Badreddine\*
- 348. Pr. HACHI Hafid
- 349. Pr. JABOUIRIK Fatima
- 350. Pr. KARMANE Abdelouahed
- 351. Pr. KHABOUZE Samira
- 352. Pr. KHARMAZ Mohamed
- 353. Pr. LEZREK Mohammed\*
- 354. Pr. MOUGHIL Said
- 355. Pr. NAOUMI Asmae\*
- 356. Pr. SAADI Nozha
- 357. Pr. SASSENOU ISMAIL\*
- 358. Pr. TARIB Abdelilah\*
- 359. Pr. TIJAMI Fouad
- 360. Pr. ZARZUR Jamila

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

361. Janvier 2005

|                                     |                                           |
|-------------------------------------|-------------------------------------------|
| 362. Pr. ABBASSI Abdellah           | Chirurgie Réparatrice et Plastique        |
| 363. Pr. AL KANDRY Sif Eddine*      | Chirurgie Générale                        |
| 364. Pr. ALAOUI Ahmed Essaid        | Microbiologie                             |
| 365. Pr. ALLALI Fadoua              | Rhumatologie                              |
| 366. Pr. AMAR Yamama                | Néphrologie                               |
| 367. Pr. AMAZOUZI Abdellah          | Ophtalmologie                             |
| 368. Pr. AZIZ Noureddine*           | Radiologie                                |
| 369. Pr. BAHIRI Rachid              | Rhumatologie                              |
| 370. Pr. BARKAT Amina               | Pédiatrie                                 |
| 371. Pr. BENHALIMA Hanane           | Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale |
| 372. Pr. BENHARBIT Mohamed          | Ophtalmologie                             |
| 373. Pr. BENYASS Aatif              | Cardiologie                               |
| 374. Pr. BERNOUSSI Abdelghani       | Ophtalmologie                             |
| 375. Pr. BOUKLATA Salwa             | Radiologie                                |
| 376. Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed | Ophtalmologie                             |
| 377. Pr. DOUDOUH Abderrahim*        | Biophysique                               |
| 378. Pr. EL HAMZAOUI Sakina         | Microbiologie                             |
| 379. Pr. HAJJI Leila                | Cardiologie                               |
| 380. Pr. HESSISSEN Leila            | Pédiatrie                                 |
| 381. Pr. JIDAL Mohamed*             | Radiologie                                |
| 382. Pr. KARIM Abdelouahed          | Ophtalmologie                             |
| 383. Pr. KENDOSSI Mohamed*          | Cardiologie                               |
| 384. Pr. LAAROUSSI Mohamed          | Chirurgie Cardio-vasculaire               |
| 385. Pr. LYAGOUBI Mohammed          | Parasitologie                             |
| 386. Pr. NIAMANE Radouane*          | Rhumatologie                              |
| 387. Pr. RAGALA Abdelhak            | Gynécologie Obstétrique                   |
| 388. Pr. SBIHI Souad                | Histo-Embryologie Cytogénétique           |
| 389. Pr. TNACHERI OUAZZANI Btissam  | Ophtalmologie                             |
| 390. Pr. ZERAIDI Najia              | Gynécologie Obstétrique                   |

AVRIL 2006

|                                   |                               |
|-----------------------------------|-------------------------------|
| 423. Pr. ACHEMLAL Lahsen*         | Rhumatologie                  |
| 424. Pr. AFIFI Yasser             | Dermatologie                  |
| 425. Pr. AKJOUJ Said*             | Radiologie                    |
| 426. Pr. BELGNAOUI Fatima Zahra   | Dermatologie                  |
| 427. Pr. BELMEKKI Abdelkader*     | Hématologie                   |
| 428. Pr. BENCHEIKH Razika         | O.R.L                         |
| 429. Pr. BIYI Abdelhamid*         | Biophysique                   |
| 430. Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine | Chirurgie - Pédiatrique       |
| 431. Pr. BOULAHYA Abdellatif*     | Chirurgie Cardio – Vasculaire |
| 432. Pr. CHEIKHAOUI Younes        | Chirurgie Cardio – Vasculaire |
| 433. Pr. CHENGUETI ANSARI Anas    | Gynécologie Obstétrique       |

434. Pr. DOGHMI Nawal  
 435. Pr. ESSAMRI Wafaa  
 436. Pr. FELLAT Ibtissam  
 437. Pr. FAROUDY Mamoun  
 438. Pr. GHADOUANE Mohammed\*  
 439. Pr. HARMOUCHE Hicham  
 440. Pr. HANAFI Sidi Mohamed\*  
 441. Pr. IDRIS LAHLOU Amine  
 442. Pr. JROUNDI Laila  
 443. Pr. KARMOUNI Tariq  
 444. Pr. KILI Amina  
 445. Pr. KISRA Hassan  
 446. Pr. KISRA Mounir  
 447. Pr. KHARCHAFI Aziz\*  
 448. Pr. LAATIRIS Abdelkader\*  
 449. Pr. LMIMOUNI Badreddine\*  
 450. Pr. MANSOURI Hamid\*  
 451. Pr. NAZIH Naoual  
 452. Pr. OUANASS Abderrazzak  
 453. Pr. SAFI Soumaya\*  
 454. Pr. SEKKAT Fatima Zahra  
 455. Pr. SEFIANI Sana  
 456. Pr. SOUALHI Mouna  
 457. Pr. TELLAL Saida\*  
 458. Pr. ZAHRAOUI Rachida

Cardiologie  
 Gastro-entérologie  
 Cardiologie  
 Anesthésie Réanimation  
 Urologie  
 Médecine Interne  
 Anesthésie Réanimation  
 Microbiologie  
 Radiologie  
 Urologie  
 Pédiatrie  
 Psychiatrie  
 Chirurgie – Pédiatrique  
 Médecine Interne  
 Pharmacie Galénique  
 Parasitologie  
 Radiothérapie  
 O.R.L  
 Psychiatrie  
 Endocrinologie  
 Psychiatrie  
 Anatomie Pathologique  
 Pneumo – Phtisiologie  
 Biochimie  
 Pneumo – Phtisiologie

#### Octobre 2007

458. Pr. LARAQUI HOUSSEINI Leila  
 459. Pr. EL MOUSSAOUI Rachid  
 460. Pr. MOUSSAOUI Abdelmajid  
 461. Pr. LALAOUI SALIM Jaafar \*  
 462. Pr. BAITE Abdelouahed \*  
 463. Pr. TOUATI Zakia  
 464. Pr. OUZZIF Ez zohra\*  
 465. Pr. BALOUCH Lhousaine \*  
 466. Pr. SELKANE Chakir \*  
 467. Pr. EL BEKKALI Youssef \*  
 468. Pr. AIT HOUSSA Mahdi \*  
 469. Pr. EL ABSI Mohamed  
 470. Pr. EHIRCHIOU Abdelkader \*  
 471. Pr. ACHOUR Abdessamad\*  
 472. Pr. TAJDINE Mohammed Tariq\*  
 473. Pr. GHARIB Noureddine

Anatomie pathologique  
 Anesthésie réanimation  
 Anesthésier réanimation  
 Anesthésie réanimation  
 Anesthésie réanimation  
 Cardiologie  
 Biochimie  
 Biochimie  
 Chirurgie cardio vasculaire  
 Chirurgie cardio vasculaire  
 Chirurgie cardio vasculaire  
 Chirurgie générale  
 Chirurgie générale  
 Chirurgie générale  
 Chirurgie générale  
 Chirurgie plastique

474. Pr. TABERKANET Mustafa \*  
 475. Pr. ISMAILI Nadia  
 476. Pr. MASRAR Azlarab  
 477. Pr. RABHI Monsef \*  
 478. Pr. MRABET Mustapha \*  
 479. Pr. SEKHSOKH Yessine \*  
 480. Pr. SEFFAR Myriame  
 481. Pr. LOUZI Lhoussain \*  
 482. Pr. MRANI Saad \*  
 483. Pr. GANA Rachid  
 484. Pr. ICHOU Mohamed \*  
 485. Pr. TACHFOUTI Samira  
 486. Pr. BOUTIMZINE Nourdine  
 487. Pr. MELLAL Zakaria  
 488. Pr. AMMAR Haddou \*  
 489. Pr. AOUI Sarra  
 490. Pr. TLIGUI Houssain  
 491. Pr. MOUTAJ Redouane \*  
 492. Pr. ACHACHI Leila  
 493. Pr. MARC Karima  
 494. Pr. BENZIANE Hamid \*  
 495. Pr. CHERKAOUI Naoual \*  
 496. Pr. EL OMARI Fatima  
 497. Pr. MAHI Mohamed \*  
 498. Pr. RADOUANE Bouchaib\*  
 499. Pr. KEBDANI Tayeb  
 500. Pr. SIFAT Hassan \*  
 501. Pr. HADADI Khalid \*  
 502. Pr. ABIDI Khalid  
 503. Pr. MADANI Naoufel  
 504. Pr. TANANE Mansour \*  
 505. Pr. AMHAJJI Larbi \*

Chirurgie vasculaire périphérique  
 Dermatologie  
 Hématologie biologique  
 Médecine interne  
 Médecine préventive santé publique et hygiène  
 Microbiologie  
 Microbiologie  
 Microbiologie  
 Virologie  
 Neuro chirurgie  
 Oncologie médicale  
 Ophtalmologie  
 Ophtalmologie  
 Ophtalmologie  
 ORL  
 Parasitologie  
 Parasitologie  
 Parasitologie  
 Pneumo phtisiologie  
 Pneumo phtisiologie  
 Pharmacie clinique  
 Pharmacie galénique  
 Psychiatrie  
 Radiologie  
 Radiologie  
 Radiothérapie  
 Radiothérapie  
 Radiothérapie  
 Réanimation médicale  
 Réanimation médicale  
 Traumatologie orthopédie  
 Traumatologie orthopédie

### Mars 2009

Pr. BJIJOU Younes  
 Pr. AZENDOUR Hicham \*  
 Pr. BELYAMANI Lahcen\*  
 Pr. BOUHSAIN Sanae \*  
 Pr. OUKERRAJ Latifa  
 Pr. LAMSAOURI Jamal \*  
 Pr. MARMADE Lahcen  
 Pr. AMAHZOUNE Brahim\*  
 Pr. AIT ALI Abdelmounaim \*  
 Pr. BOUNAIM Ahmed \*  
 Pr. EL MALKI Hadj Omar

Anatomie  
 Anesthésie Réanimation  
 Anesthésie Réanimation  
 Biochimie  
 Cardiologie  
 Chimie Thérapeutique  
 Chirurgie Cardio-vasculaire  
 Chirurgie Cardio-vasculaire  
 Chirurgie Générale  
 Chirurgie Générale  
 Chirurgie Générale

Pr. MSSROURI Rahal  
 Pr. CHTATA Hassan Toufik \*  
 Pr. BOUI Mohammed \*  
 Pr. KABBAJ Nawal  
 Pr. FATHI Khalid  
 Pr. MESSAOUDI Nezha \*  
 Pr. CHAKOUR Mohammed \*  
 Pr. DOGHMI Kamal\*  
 Pr. ABOUZAHIR Ali\*  
 Pr. ENNIBI Khalid \*  
 Pr. EL OUENNASS Mostapha  
 Pr. ZOUHAIR Said\*  
 Pr. L'kassimi Hachemi\*  
 Pr. AKHADDAR Ali\*  
 Pr. AIT BENHADDOU El hachmia  
 Pr. AGADR Aomar \*  
 Pr. KARBOUBI Lamya  
 Pr. MESKINI Toufik  
 Pr. KABIRI Meryem  
 Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani \*  
 Pr. BASSOU Driss \*  
 Pr. ALLALI Nazik  
 Pr. NASSAR Ittimade  
 Pr. HASSIKOU Hasna \*  
 Pr. AMINE Bouchra  
 Pr. BOUSSOUGA Mostapha \*  
 Pr. KADI Said \*

Chirurgie Générale  
 Chirurgie Vasculaire Périphérique  
 Dermatologie  
 Gastro-entérologie  
 Gynécologie obstétrique  
 Hématologie biologique  
 Hématologie biologique  
 Hématologie clinique  
 Médecine interne  
 Médecine interne  
 Microbiologie  
 Microbiologie  
 Microbiologie  
 Neuro-chirurgie  
 Neurologie  
 Pédiatrie  
 Pédiatrie  
 Pédiatrie  
 Pédiatrie  
 Pneumo-phtisiologie  
 Radiologie  
 Radiologie  
 Radiologie  
 Rhumatologie  
 Rhumatologie  
 Traumatologie orthopédique  
 Traumatologie orthopédique

#### Octobre 2010

Pr. AMEZIANE Taoufiq\*  
 Pr. ERRABIH Ikram  
 Pr. CHERRADI Ghizlan  
 Pr. MOSADIK Ahlam  
 Pr. ALILOU Mustapha  
 Pr. KANOUNI Lamya  
 Pr. EL KHARRAS Abdennasser\*  
 Pr. DARBI Abdellatif\*  
 Pr. EL HAFIDI Naima  
 Pr. MALIH Mohamed\*  
 Pr. BOUSSIF Mohamed\*  
 Pr. EL MAZOUZ Samir  
 Pr. DENDANE Mohammed Anouar  
 Pr. EL SAYEGH Hachem  
 Pr. MOUJAHID Mountassir\*  
 Pr. RAISSOUNI Zakaria\*

Médecine interne  
 Gastro entérologie  
 Cardiologie  
 Anesthésie Réanimation  
 Anesthésie réanimation  
 Radiothérapie  
 Radiologie  
 Radiologie  
 Pédiatrie  
 Pédiatrie  
 Médecine aérologique  
 Chirurgie plastique et réparatrice  
 Chirurgie pédiatrique  
 Urologie  
 Chirurgie générale  
 Traumatologie orthopédie

Pr. BOUAITY Brahim\*  
 Pr. LEZREK Mounir  
 Pr. NAZIH Mouna\*  
 Pr. LAMALMI Najat  
 Pr. ZOUAIDIA Fouad  
 Pr. BELAGUID Abdelaziz  
 Pr. DAMI Abdellah\*  
 Pr. CHADLI Mariama\*

ORL  
 Ophtalmologie  
 Hématologie  
 Anatomie pathologique  
 Anatomie pathologique  
 Physiologie  
 Biochimie chimie  
 Microbiologie

## **ENSEIGNANTS SCIENTIFIQUES** **PROFESSEURS**

1. Pr. ABOUDRAR Saadia
2. Pr. ALAMI OUHABI Naima
3. Pr. ALAOUI KATIM
4. Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma
5. Pr. ANSAR M'hammed
6. Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz
7. Pr. BOUHOUCHE Ahmed
8. Pr. BOURJOUANE Mohamed
9. Pr. CHAHED OUAZZANI Lalla Chadia
10. Pr. DAKKA Taoufiq
11. Pr. DRAOUI Mustapha
12. Pr. EL GUESSABI Lahcen
13. Pr. ETTAIB Abdelkader
14. Pr. FAOUZI Moulay El Abbes
15. Pr. HMAMOUCHE Mohamed
16. Pr. IBRAHIMI Azeddine
17. Pr. KABBAJ Ouafae
18. Pr. KHANFRI Jamal Eddine
19. Pr. REDHA Ahlam
20. Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med
21. Pr. TOUATI Driss
22. Pr. ZAHIDI Ahmed
23. Pr. ZELLOU Amina

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

***\* Enseignants Militaires***



# *Dédicaces*



*A Allah*

*Tout puissant*

*Qui m'a inspiré*

*Qui m'a guidé dans le bon chemin*

*Je vous dois ce que je suis devenue*

*Louanges et remerciements*

*Pour votre clémence et miséricorde.*



*A Ma très chère Mère,*

*C'est pour moi un jour d'une grande importance, car je sais que tu es à la fois fière et heureuse de voir le fruit de ton éducation et de tes efforts inlassables se concrétiser.*

*Aucun mot, aussi expressif qu'il soit, ne saurait remercier à sa juste valeur, l'être qui a consacré sa vie à parfaire mon éducation avec un dévouement inégal.*

*C'est grâce à ALLAH puis à toi que je suis devenue ce que je suis aujourd'hui.*

*Accepte ce travail comme le témoignage de ma reconnaissance, ma gratitude et mon profond amour.*

*Puisse ALLAH m'aider pour rendre un peu soit-il de ce que tu m'as donné.*

*Puisse ALLAH t'accorder santé, bonheur et longue vie.*



*A mon très cher père*

*Aucun mot ne saurait exprimer la profonde gratitude et l'immense amour que j'ai pour toi.*

*Ton soutien, ta prière ont été pour moi un stimulant tout au long de mes études.*

*J'espère, cher père, que j'ai gagné ta confiance, ta satisfaction et ta fierté.*

*Que ALLAH te protège et t'accorde santé, longue vie et bonheur.*



*A mes beaux parents; Hadj MY Thami et Hadja lalla zineb*

*Veillez trouver dans ce travail l'expression de ma reconnaissance, ma gratitude et mon respect le plus profond, en réponse de votre sympathie, gentillesse, votre aide et l'aimabilité avec laquelle vous m'avez entourés.*

*Puisse Dieu vous garder en bonne santé, et vous prêter longue vie pleine de bonheur et de succès.*



*A ma très chère épouse*

*Dr.Melhouf safaa*

*Tu es ma raison de vivre, ma source de bonheur et de fierté,  
toujours compréhensive, toujours présente.*

*Tu es une épouse exemplaire.*

*Tu es tout simplement spéciale et unique mon amour.sans toi j  
n'aurai pas achevé ce travail.*

*Je t'admire passionnément*



*A mon regretté grand-père maternel*

*A mes regrettées grands-parents paternels*

*Que dieu ait leurs âmes en sa sainte miséricorde.*

*A ma grande mère madame Rokaya*

*Puisse Dieu te garder en bonne santé,  
et te prêter longue vie pleine de bonheur.*



*A mes très chères sœurs et frères Jalila et son mari et sa petite  
Rihab*

*Ayoub et sa femme Ilyass Hanae et son mari.*

*A travers ce travail je vous exprime tout mon amour et mon  
affection.*

*Sans vous ma vie n'aurait pas eu le même goût.*

*Je vous remercie pour tout ce que vous êtes, et je vous souhaite à  
tous beaucoup de réussite dans vos études mais aussi dans tout le  
reste.*

*Je vous aime énormément mes chers frères et soeurs*



*A mon oncle Abdelkader et sa petite famille et ma tante zakia et  
son mari*

*mon oncle Mustapha et leur petit Simohamed et tous mes oncles*

*Vous êtes ma famille, je ne peux exprimer avec des mots tout  
l'amour et l'affection que j'ai pour vous.*

*J'ai beaucoup de chance de vous avoir à mes cotés, et je vous  
souhaite beaucoup de bonheur et de réussite.*

*Veuillez retrouver en ce travail l'expression de mon amour, ma  
gratitude et mon grand attachement.*



*A ma belle sœur Manal et son mari Mustapha et leur petite dina  
zaynab et tous mes beaux frères et belles soeurs*

*Acceptez ce modeste travail comme symbole de reconnaissance,  
d'amour et de respect...*

*Avec mes chaleureux souhaits de bonheur familial, santé  
prospérité et longue vie pleine de beaux moments au sein de vos  
petites familles et parmi nous...*

*J'espère que dieu réserve un bel avenir à vos petits enfants.*

*Que dieu les protègent. !)*

*Je vous adore tous !*





# *Remerciements*



*A notre maître et rapporteur et présidente de thèse*

*Mme le professeur KHARBACH AICHA*

*Professeur de la gynéco obstétrique*



*Vous avez bien voulu nous confier ce travail riche d'intérêt et nous guider à  
chaque étape de sa réalisation.*

*Vous nous avez toujours réservé le meilleur accueil, malgré vos obligations  
professionnelles.*

*Vos encouragements inlassables, votre amabilité, votre gentillesse méritent  
toute admiration.*

*Nous saisissons cette occasion pour vous exprimer notre profonde gratitude tout  
en vous témoignant notre respect.*

*A notre maître et juge de thèse*

*Monsieur le professeur FRIATI DRISS*

*Professeur de la gynéco obstétrique*



*Vous avez accepté avec grande amabilité de juger cette thèse.*

*Cet honneur nous touche infiniment et nous tenons à vous exprimer nos  
sincères remerciements et notre profond respect.*



*A notre maître et juge de thèse*

*Mme le professeur LAKHDAR AMINA*

*Professeur de gynéco obstétrique*

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

*Veillez accepter, maître, l'expression de notre profond respect et de notre  
reconnaissance.*



*À notre maître et juge de thèse*

*Mme le professeur RHAB BRAHIM*

*Professeur de gynéco obstétrique*

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

*Veuillez accepter, maître, l'expression de notre profond respect et de notre  
reconnaissance.*



# *Sommaire*



|                                                                                                         |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| I. INTRODUCTION.....                                                                                    | 2  |
| II. REVUE DE LA LITTÉRATURE .....                                                                       | 5  |
| A. Evolution de l'allaitement maternel au Maroc.....                                                    | 5  |
| B. Bénéfices de l'allaitement maternel .....                                                            | 6  |
| 1. Le lait maternel : un produit exceptionnel.....                                                      | 6  |
| 2. Bénéfices pour l'enfant.....                                                                         | 11 |
| 3. Bénéfices pour la mère .....                                                                         | 19 |
| a) À court terme.....                                                                                   | 19 |
| b) À long terme.....                                                                                    | 19 |
| 4. Intérêts économiques .....                                                                           | 21 |
| a) Individuel .....                                                                                     | 21 |
| b) Communautaire .....                                                                                  | 21 |
| C. Contre indication de l'allaitement .....                                                             | 22 |
| 1. Chez la mère .....                                                                                   | 22 |
| 2. Chez l'enfant.....                                                                                   | 35 |
| D. L'allaitement en pratique .....                                                                      | 36 |
| 1. Description d'un allaitement au sein bien conduit .....                                              | 36 |
| 2. Signes d'efficacité ou d'inefficacité de l'allaitement dans les deux premières semaines de vie ..... | 43 |
| 3. Prise en charge des complications .....                                                              | 44 |
| E. Les mesures d'information et de promotion de l'allaitement maternel.....                             | 48 |
| 1. Les mesures internationales.....                                                                     | 48 |
| 2. Les moyens de soutien à l'allaitement.....                                                           | 51 |
| a) Sur le plan mondial .....                                                                            | 51 |
| b) Sur le plan national .....                                                                           | 53 |
| 3. Rôle des professionnels de santé .....                                                               | 56 |

|                                                                                 |           |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| III. ETUDES .....                                                               | 58        |
| <b>A. Matériel et méthode .....</b>                                             | <b>58</b> |
| 1. Objectifs de l'étude .....                                                   | 58        |
| 2. Méthode .....                                                                | 59        |
| <b>B. Présentation des résultats .....</b>                                      | <b>61</b> |
| 1. Premier questionnaire .....                                                  | 62        |
| 2. Deuxième questionnaire.....                                                  | 74        |
| 3. Facteurs associés au choix du mode d'allaitement .....                       | 80        |
| IV. DISCUSSION .....                                                            | 83        |
| <b>A. Taux et durée d'allaitement .....</b>                                     | <b>83</b> |
| <b>B. Les raisons du choix du mode d'allaitement.....</b>                       | <b>83</b> |
| <b>C. Facteurs influençant le choix et la durée du mode d'allaitement .....</b> | <b>85</b> |
| <b>D. Difficultés rencontrées et vécu de l'allaitement.....</b>                 | <b>90</b> |
| <b>E. Causes de sevrage .....</b>                                               | <b>93</b> |
| <b>F. L'insuffisance de production lactée .....</b>                             | <b>94</b> |
| <b>G. Allaitement et activité professionnelle .....</b>                         | <b>96</b> |
| <b>H. Comment augmenter les taux et les durées d'allaitement ?.....</b>         | <b>97</b> |
| CONCLUSION .....                                                                | 98        |
| RESUMES .....                                                                   | 98        |
| ANNEXES .....                                                                   | 98        |
| BIBLIOGRAPHIE.....                                                              | 98        |



# *Introduction*



## **I. INTRODUCTION**

L'assemblée générale de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) a recommandé en mai 2001 un allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois de la vie et la poursuite de cet allaitement jusqu'à l'âge de 2 ans voire plus en fonction du désir de la mère. [111]

Le professeur Pierre Royer a dit : « Le lait de femme allie trois qualités idéalement recherchées ailleurs : Le prix de revient le plus bas, la qualité la plus élevée et la présentation la plus attirante. »[112]

Les avancées scientifiques en matière d'allaitement maternel ont été considérables ces 50 dernières années et de nombreux bénéfices lui ont été reconnus tant au niveau de la santé, de la nutrition, de la protection contre les infections virales et bactériennes et du développement de l'enfant. Il existerait un rôle préventif à plus long terme en ce qui concerne certaines pathologies chroniques comme le diabète ou l'hypertension artérielle. Ce serait les enfants nourris au sein au moins 6 mois qui profiteraient de ces avantages [34]. De plus, son bénéfice est reconnu en ce qui concerne la santé des mères et l'organisation de leur vie quotidienne.

L'avantage de l'allaitement maternel est certain au niveau social et économique et il pourrait sauver 1 à 2 millions de vies par an dans le monde [113]

Compte tenu de ces avantages, il est difficile de comprendre pourquoi le taux d'allaitement au Maroc connaît un recul important passant de 52% en 1992 à 27.8% en 2011[114]. Le manque d'information de la population et la persistance d'un certain nombre de préjugés peuvent en être la cause. La formation insuffisante des professionnels de santé participe aussi au peu de soutien ressenti par les mères lors de la mise en route de leur allaitement.

L'idée d'une thèse au sujet de l'allaitement, est née pendant mon séjour en tant qu'interne au sein de la Maternité Souissi de Rabat. Lors de ce stage j'ai été surpris de constater qu'une grande proportion des femmes choisissaient de donner le sein, ce qui contrastait avec la situation nationale.

Pourquoi le taux d'allaitement est-il plus important dans cette maternité ? Pourquoi les femmes choisissent-elles d'allaiter ou de donner le biberon ? Quels sont les déterminants du choix du mode d'allaitement ? Quelles sont les difficultés rencontrées pendant l'allaitement ? Quels professionnels de santé soutiennent les femmes pendant leur allaitement ?

C'est pour répondre à ces questions que nous avons réalisé une étude prospective auprès de 120 femmes ayant accouchées à la maternité souissi de Rabat.

Nous allons au préalable montrer les bénéfices de l'allaitement maternel, puis nous évoquerons ses contre-indications et la description d'un allaitement au sein bien conduit. Ensuite nous aborderons les complications et la conduite à tenir vis-à-vis de ces complications. Nous terminerons notre revue de la littérature par l'exposition des mesures d'information et de promotion de l'allaitement maternel.

Dans une deuxième partie, nous exposerons les résultats de notre étude, qui après analyse, nous permettrons de répondre aux questions qui ont motivé la thèse.

À l'issue de ce travail, nous évoquerons les perspectives d'améliorations pour augmenter les taux et la durée de l'allaitement maternel.



## *Revue De la littérature*



## **II. REVUE DE LA LITTÉRATURE**

### **A. Evolution de l'allaitement maternel au Maroc**

Avant les années 80, l'allaitement maternel ne préoccupait guère les responsables de la santé au Maroc, sa pratique était largement répandue. Vers la fin des années 80, commençait déjà déclin de l'allaitement maternel en faveur de l'allaitement artificiel. Ainsi, la situation au Maroc, montre que 52% des femmes donnent le sein à leurs enfants dans la demi-heure qui suit l'accouchement 31% donnent le sein exclusivement jusqu'à l'âge de 6 mois en 2004 puis 27.8% en 2011. la durée médiane de l'allaitement maternel ne franchit pas le seuil de 14 mois[114]

La baisse de la pratique de l'allaitement maternel au Maroc constitue donc un problème de santé publique.

Ce recul peut s'expliquer par les changements qu'a connu notre société, notamment le développement de l'industrie alimentaire avec l'avènement des laits pasteurisés, des laits de vache concentrés et en poudre, la modernisation de la vie et le travail des femmes.

Depuis les années 80, de nombreuses initiatives ont été entreprises pour encourager l'allaitement au sein. Parmi les initiatives internationales, on retrouve celle de l'organisation mondiale de la santé (OMS) et de l'Unicef pour lesquels la promotion de l'allaitement maternel est devenue un des objectifs principaux. Les stratégies utilisées ont reposé sur la promulgation des normes internationales qui ont été reproduites et énoncées dans la déclaration conjointe de l'OMS et de l'Unicef intitulée : "Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel : le rôle particulier des services liés à la maternité".

Cette déclaration comporte les dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel, le code de commercialisation des substituts du lait maternel, la déclaration d'Innocenti sur la protection, la promotion et le soutien de l'allaitement maternel et “l'initiative Hôpitaux Amis des Bébé” (IHAB).

Au Maroc, l'IHAB” a été lancée en 1992 et a concerné 40 Hôpitaux et Maternités. Bien que le code de commercialisation des aliments pour nourrissons n'ait pas été encore officiellement adopté, la distribution gratuite des aliments pour nourrissons est interdite depuis cette date. Cependant, le caractère limité de cette initiative et l'insuffisance de suivi, ont fait que les résultats escomptés n'ont pas été obtenus, comme l'a révélée une récente évaluation réalisée en 2006, et l'abandon de la pratique de l'allaitement maternel est en nette augmentation.

## **B. Bénéfices de l'allaitement maternel**

### **1. Le lait maternel : un produit exceptionnel[1] [2] [3] [4] [5] [6] [7] [8] [9] [10] [11]**

#### ***a) Composition du lait maternel***

Le lait de chaque mammifère est spécifique à l'espèce et n'est pas échangeable. Sa composition est génétiquement imposée. En comparant le lait maternel, les préparations industrielles pour nourrissons et le lait de vache, il s'agit de dégager les spécificités du lait maternel et sa supériorité pour la protection du nourrisson.

➤ **Les protéines :**

La teneur en protéines du lait de femme, comprise entre 0.8 et 1.2 g pour 100ml, 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.

Les protéines sont constituées essentiellement par les caséines et les protéines solubles.

➤ **Les caséines :**

Elles sont présentes à un faible taux dans le lait maternel (40%, contre 80 % pour le lait de vache), de ce fait la coagulation du lait de femme est plus fine, ce qui permet une vidange gastrique plus rapide.

La dégradation des caséines libère des peptides à activité biologique (activité opioïde ou anti-infectieuse) ou encore des fractions glycopeptidiques stimulant la croissance des bifidobactéries dans le tube digestif du nourrisson.

➤ **Les protéines solubles :**

Ce sont les protéines qui ne précipitent pas avec les caséines, elles se composent essentiellement :

Des immunoglobulines et des lysozymes, intervenants indispensables dans les défenses immunitaires du nourrisson.

De la lactotransferrine, qui est une protéine de transport spécifique pour le fer, pour lequel elle possède une très forte avidité. Ainsi le fer maternel présent à un taux plus faible que dans les préparations industrielles est grâce à cette protéine, capté de manière optimale par le nourrisson.

La lactotransferrine, en s'emparant du fer nécessaire au développement de certaines bactéries pathogènes dans le tube digestif du nourrisson, aurait aussi un effet protecteur anti infectieux.

Des facteurs de croissance comme l'Insuline-like 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.

On trouve aussi de l'érythropoïétine, des protéines de liaison des folates, des vitamines B12 et D, de la thyroxine et des corticostéroïdes, et différents cytokines, pro-inflammatoires (TNF-, IL1-, IL6, IL8, IL12, IL18) ou anti-inflammatoires (IL10, TGF- $\beta$ 2), dont le rôle physiologique reste à préciser.

**Le lait de femme n'est donc pas un simple « véhicule » de nutriments ; il a de nombreuses propriétés biologiques.**

➤ **Les glucides :**

Le lait de femme est plus riche en glucides que le lait de vache (7.5 contre 4.5g pour 100 ml).

Alors que le lait de vache ne comporte que du lactose, chez celui de la femme 15 % des glucides sont des oligosaccharides. Ces derniers sont formés de cinq sucres élémentaires (glucose, galactose, N-acétylglucosamine, fucose, acide sialique), de structure ramifiée, ils sont au nombre de plus de 130.

Ces sucres ont démontré leur rôle dans la mise en place de l'écosystème bactérien colique et dans la protection des infections digestives et extra digestives en intervenant sur le système immunitaire.

➤ **Les lipides :**

La teneur en lipides du lait maternel est proche du lait de vache (3.5g pour 100 ml). La supériorité du lait maternel réside encore dans une meilleure adaptation pour le nourrisson.

Le coefficient d'absorption des graisses issues du lait maternel dans le tube digestif du nourrisson est de 80 % les 1ers jours contre 60 % avec le lait de vache et, à 3 mois il est de 95 % contre 80 % avec le lait de vache. Ceci est dû à la présence d'une lipase spécifique aux capacités physiologiques du nourrisson. Elle est mise en activité par interaction avec les sels biliaires du tube digestif du nouveau-né et elle est spécifique à la structure des triglycérides du lait maternel.

Le lait maternel apporte par ailleurs des acides gras essentiels intervenant dans la maturation cérébrale et rétinienne du nouveau-né, ainsi que du cholestérol intervenant dans la structure des membranes et comme précurseur hormonal notamment.

➤ **Azote et sels minéraux :**

Le lait maternel a une teneur faible en azote et en sels minéraux par rapport au lait de vache ce qui permet une moindre charge osmolaire rénale (80 mOsm par litre contre 230 dans le lait de vache ou 170 dans une préparation pour nourrisson). En découle une meilleure adaptation en cas de pertes hydriques excessives chez le nourrisson, comme c'est là en cas de fièvre ou de diarrhées.

## ***b) Évolutivité du lait maternel***

### ***1. En fonction de l'âge de l'enfant***

Le lait de femme est évolutif, il passe par différentes phases. Dans le post-partum immédiat de 0 à 5 jours, on l'appelle le colostrum. On parle ensuite de lait de transition jusqu'au 12ième jour. Au-delà, on parle de lait mature.

**Le colostrum** est beaucoup moins riche en lipides, en lactose et en caséine que le lait mature avec donc une densité énergétique moindre (450 à 480 kcals par litre contre 650 à 700 kcal par litre). Son principal rôle est d'assurer la protection initiale du nouveau-né. En effet par rapport au lait mature il est dix fois plus riche en cellules immunocompétentes, deux fois plus riches en protéines solubles dont une partie à un rôle antibactérien comme nous l'avons vu plus haut, et deux fois plus riche en oligosaccharides.

Cette phase colostrale est beaucoup plus longue en cas d'accouchement prématuré. Le lait est alors plus riche en acides gras poly-insaturés, qui sont indispensables à une maturation cérébrale correcte du nourrisson.

Après la phase colostrale, la composition du lait varie progressivement, c'est le **lait de transition**. Il s'enrichit en lactose, lipides et caséines tandis que les concentrations en protéines solubles s'abaissent.

Il devient **lait mature**, au-delà du 14e jour. On lui retrouve alors la composition moyenne décrite dans les paragraphes précédents. Il continuera son évolution en fonction des besoins nutritionnels de l'enfant qui grandit.

## *2. Évolution du lait au cours de la tétée*

Au début de la tétée, le lait est riche en lactose, en eau et en sels minéraux avec une faible densité énergétique (40kcal pour 100ml), il est alors surtout désaltérant. Au cours de la tétée il s'enrichit en lipides et gagne en densités énergétiques (400 kcal pour 100 ml).

## **2. Bénéfices pour l'enfant**

### *a) Prévention des infections*

#### *1. Facteurs de protection du lait maternel*

À la naissance, le nouveau-né a un système immunitaire immature. Il a donc besoin d'une protection efficace en attendant qu'il soit capable de synthétiser ses propres éléments de défense. Le lait maternel intervient alors à plusieurs niveaux. [1][12]

Le lait maternel contribue à atténuer l'immaturité immunitaire du nouveau-né, en retardant l'involution de la glande thymique. Il a alors un impact positif sur la fonction lymphocytaire.

Il contient des substances qui ont une action immuno-modulatrice, participant ainsi au développement du système immunitaire du jeune enfant : hormones (ACTH, cortisol, TRH), des facteurs de croissance, des cytokines, des lactoferrines, des nucléotides, oligosaccharides, acides gras polyinsaturés...

Il participe aussi directement à la défense contre les infections en s'opposant au développement des bactéries, virus et champignons par la présence de nombreuses protéines et cellules ayant une action cytolytique sur certains agents pathogènes :

Transport d'anticorps (immunoglobulines), activité bactéricide (lactoferrines, lysozyme), inhibition du développement bactérien (kappa-caséine), activité antimicrobienne (lactoperoxydase), destruction des micro-organismes agresseurs (médiateurs de la phagocytose)...

Il favorise le développement de germes bénéfiques (bifidobactéries et lactobacilles), aux dépens des bactéries pathogènes dans l'intestin, et exerce ainsi un pouvoir de protection contre certaines infections (nombreux facteurs antimicrobiens, peptides à effet bifidogène, et abaissement du pH intestinal lié à l'ingestion du lait maternel).

Il contient des substances qui renforcent les défenses épithéliales intestinales et respiratoires par un effet barrière contre l'implantation des germes pathogènes (des hormones : ACTH, cortisol, vasoactive intestinal peptide..., des facteurs de croissance, des cytokines, oligosaccharides ...)

Après l'exposition ci-dessus des principaux facteurs de protections propres au lait maternel, on comprend mieux pourquoi les nourrissons allaités développent moins d'infections que ceux nourris avec des préparations lactées industrielles. Les résultats des études cliniques réalisées confirment que l'allaitement maternel permet de prévenir les infections du jeune enfant, et ce quel que soit le niveau socioéconomique du pays. [12] [13].

## *2 Prévention des diarrhées aigües*

Ce facteur protecteur a été démontré pour les diarrhées aigües. L'allaitement maternel permet de réduire leur incidence, et lorsqu'elles surviennent leur gravité, qu'elles soient bactériennes ou virales surtout à Rota virus. [14].

De plus il existe une forte relation entre la durée de l'allaitement et la moindre incidence des diarrhées aiguës. Un allaitement exclusif d'une durée de six mois diminue significativement le risque de diarrhée aiguë pendant la première année de vie par rapport à un allaitement de trois mois. Le prolongement de l'allaitement maternel au-delà de l'âge de 6 mois ne semble pas par contre augmenter l'effet préventif. [1]

### *3. Prévention de l'entéocolite ulcérée-nécrosante.*

Le lait de femme a également un effet préventif à la fois sur l'incidence et la gravité de l'entéocolite ulcéro-nécrosante du nouveau-né. [1]

Lucas et al [ 25] ont constaté que le risque d'entéocolite ulcéro-nécrosante était 6 à 10 fois plus fréquent chez les nouveaux nés nourris au lait artificiel que chez ceux nourris au lait maternel même utilisé en complément uniquement . Dans cette étude, les auteurs estiment que l'utilisation du lait artificiel dans les unités de soins en néonatalogie serait responsable de 500 nouveaux cas d'entéocolite ulcéro-nécrosante dont 100 seraient mortels.

### *4. Prévention des otites moyennes aiguës (OMA)*

Une étude menée par Duncan et al [15] a constaté que les enfants nourris au lait maternel pendant au moins quatre mois présentent moitié moins d'épisodes d'OMA que ceux nourris au lait artificiel et 40% d'épisodes d'OMA en moins que ceux dont l'alimentation a été diversifiée avant l'âge de 4 mois. Les enfants allaités pendant au moins 6 mois ont un risque diminué par trois de développer une OMA.

### *5. Prévention des infections pulmonaires*

Plusieurs auteurs [16] [17] ont constaté qu'un allaitement d'au moins quatre mois permettait de réduire le nombre de consultations et d'hospitalisations pour pneumopathie. Soddy et al [18], lors d'une étude prospective, révèlent que jusqu'à l'âge de 12 mois, ce même nombre de consultations et d'hospitalisations pour bronchites spastiques, bronchiolites ou lors d'épidémies d'infections pulmonaires à virus respiratoire syncytial, est moindre pour les enfants allaités au moins 3 mois. Cependant, cet effet protecteur s'estompe avec le temps.

### *6. Prévention des méningites à Haemophilus Influenzae b (Hib)*

Takala et Eskola [19] ont réalisé, en Finlande, avant la campagne de vaccination contre l'Hib, une étude sur les facteurs de risque des infections à Hib et les facteurs protecteurs. Les auteurs ont démontré qu'un allaitement maternel supérieur à 6 mois (80 % des enfants sont allaités à l'âge de 6 mois en Finlande) protège contre les méningites à Hib. Seulement 3 % des enfants de moins de 6 mois ont déclaré une telle pathologie. L'effet protecteur est d'autant plus important que l'allaitement est prolongé.

### *7. Prévention des infections urinaires*

Au cours d'une étude réalisée en Suède, Marild et al [20] ont constaté que l'allaitement maternel prolongé permet de diminuer de façon significative le risque d'infection urinaire chez l'enfant et cet effet protecteur perdure malgré le sevrage.

### ***b) Prévention des allergies***

L'allergie alimentaire est une pathologie fréquente, dont la prévalence dépasse 5 % chez l'enfant d'âge scolaire [21] Au cours de la vie intra-utérine et de la petite enfance, un enfant génétiquement prédisposé est plus à risque de sensibilisation envers les allergènes rencontrés.

Le rôle de l'allaitement maternel dans la prévention de l'allergie est l'objet de controverse.

L'allaitement confère un effet protecteur prolongé contre les allergies pour lequel deux hypothèses sont évoquées :

- ✧ Le lait maternel pourrait favoriser la maturation de la muqueuse intestinale et du système immunitaire ;
- ✧ Le lait maternel pourrait réduire passivement l'exposition aux allergènes alimentaires en inhibant leur absorption, et être responsable d'une protection locale par l'intermédiaire de nombreuses immunoglobulines et notamment les IgA.

### ***c) Prévention de l'obésité***

À ce jour, le rôle protecteur de l'allaitement maternel dans la prévention de l'obésité reste débattu, même si de nombreuses études suggèrent ce rôle bénéfique.

En 2002, une étude écossaise portant sur 32 200 enfants âgés de 39 à 42 mois a démontré une prévalence de l'obésité significativement plus faible chez les enfants nourris exclusivement au sein pendant 6 à 8 semaines [23]

On retrouve dans plusieurs études le fait que la croissance staturo-pondérale des enfants -nourris d'emblée avec un lait artificiel ou sevrés précocement est plus rapide (la différence apparaissant à partir du second trimestre et ne disparaissant pas complètement à l'âge de 2 ans).

#### ***d) Allaitement maternel et développement psychoaffectif***

Le sujet est très débattu. Il est difficile de mesurer précisément les effets de l'allaitement au sein car le développement psycho affectif de l'enfant est évidemment multifactoriel. Il dépend par exemple du milieu culturel et éducatif, du statut socioéconomique des parents, mais aussi du rang dans la fratrie ou encore de la qualité de l'entourage autour de l'enfant.

Une méta-analyse, publiée par Jain [24] et ses associés en 2002, a fait une synthèse intéressante en reprenant toutes les publications consacrées au sujet de 1929 à 2001. Les auteurs en ont retenu une quarantaine à la méthodologie acceptable selon leurs propres critères. 70% de ces publications concluaient à de meilleures performances cognitives chez les enfants allaités au sein. Mais, lorsque les auteurs se sont focalisés sur les deux études qui leur paraissaient les plus pertinentes, une conclue à un effet positif significatif et l'autre à l'absence d'effets.

#### ***e) Prévention de l'HTA et des maladies cardiovasculaires***

##### ***1. HTA à l'âge adulte***

La méta-analyse d'Owen [25] regroupe les données de 24 études qui donnent les valeurs de la tension artérielle mesurée à différents âges en fonction de l'alimentation des premières semaines de vie. Ce travail montre une diminution moyenne minime de la tension artérielle systolique (- 1 mm Hg) chez les personnes qui ont bénéficié d'un

allaitement maternel. Cette tendance à la protection de l'allaitement a été mise en évidence pour des études avec de petits échantillons inférieurs à 300) mais cet effet est plus que modeste dans des études avec des échantillons plus importants (supérieur à 1000).

## *2. Les maladies cardiovasculaires*

Selon une étude longitudinale de Riche-Edwards [26], la durée d'allaitement peut être associée à une faible diminution du risque de cardiopathie ischémique à l'âge adulte.

Martin et al ont pu démontrer au cours de différentes études [27] [28] un effet protecteur modéré mais réel de l'allaitement maternel sur les facteurs de risque, l'incidence et la mortalité par maladies cardiovasculaires. Cependant les mécanismes en cause ne sont pas élucidés.

### *f) Prévention du diabète*

#### *1. Le diabète insulino-dépendant (de type 1)*

L'allaitement maternel aurait un effet protecteur sur l'apparition de ce type de diabète chez les enfants ayant un très fort risque génétique de diabète, mais les avis sont partagés.

Le rôle protecteur du lait maternel pourrait découler :

- ✧ d'une immunisation contre certaines protéines du lait de vache (séroréactivité croisée qui entraînerait une réaction auto-immune contre les cellules des îlots de Langerhans),
- ✧ d'altérations de la barrière intestinale (ce qui expliquerait également l'association diabète-maladie cœliaque),

- ✧ d'altérations de l'immunité intestinale,
- ✧ du rôle anti-infectieux de l'allaitement et/ou de la flore colique (présence d'éléments « anti diabétogènes » dans le lait humain),
- ✧ du rôle protecteur de substrats spécifiques du lait maternel (A6P1) [21].

L'étude cas-témoins menée par P. McKinley et al [49] a montré que l'allaitement maternel exclusif mis en œuvre immédiatement après la naissance a un effet protecteur sur l'apparition du diabète de type 1 pendant l'enfance.

## *2 .Le diabète non insulino dépendant (de type 2)*

Deux études menées respectivement par Young [30] et Owen et al [31] ont démontré qu'un allaitement prolongé réduit le risque de développer un diabète de type 2 plus tard dans l'enfance.

### *g) Les cancers de l'enfant*

Le risque de pathologies hématologiques, notamment de lymphome et de leucémie, semble moins important chez les enfants qui ont été allaités pendant plus de 6 mois de façon exclusive.

Le lait maternel, par les immunoglobulines qu'il contient, favorise la réponse immunitaire chez l'enfant et le protège contre les pathologies cancéreuses notamment hématologiques [32] [33].

L'étiologie de la leucémie pourrait être virale. Le lait maternel en stimulant le système immunitaire éviterait la survenue de cette pathologie chez l'enfant.

### 3. Bénéfices pour la mère

#### *a) À court terme*

Il était démontré que l'allaitement maternel favorise l'involution de l'utérus, grâce aux contractions induites par la sécrétion d'ocytocine. Ainsi les tétées précoces préviennent les hémorragies du post-partum et les endométrites.

Les risques d'anémies du post-partum liés à l'hémorragie génitale sont diminués grâce à la sécrétion de prolactine, qui entraîne une aménorrhée

L'allaitement au sein, sous des conditions précises, est un moyen de contraception. Ceci est dû à l'hyperprolactinémie secondaire à l'allaitement qui bloque l'ovulation, tant que l'allaitement reste exclusif. C'est la Méthode d'Allaitement Maternel et d'Aménorrhée (MAMA). Elle est validée par plusieurs instances internationales (UNICEF et OMS notamment) pour la première fois en 1988 et n'a pas été démentie depuis. La mère doit allaiter de manière exclusive son enfant qui doit être âgé de moins de 6 mois et elle doit rester en aménorrhée (pas de retour de couche). Les intervalles entre les tétées ne doivent pas dépasser 6 heures.

Lors qu'il est pratiqué plusieurs mois en l'absence d'excès d'apport calorique, l'allaitement permet une perte de poids plus rapide dans le post-partum qu'en l'absence d'allaitement.

#### *b) À long terme.*

##### *1. L'ostéoporose*

Les avis divergent en ce qui concerne un éventuel effet protecteur de l'allaitement sur le risque d'ostéoporose après la ménopause. Pour certain, l'allaitement permet la mobilisation du calcium osseux et assure ainsi une protection contre l'ostéoporose

Pour d'autres, le risque d'ostéoporose près de la ménopause n'est pas accru, la densité osseuse revenant à la normale après le sevrage.

Deux études menées en Turquie démontrent que les femmes qui ont eu plusieurs enfants et qui ont une durée d'allaitement cumulée longue ont plus de risque d'ostéoporose après la ménopause.

## *2. Allaitement et cancer*

L'allaitement maternel diminue l'incidence des cancers du sein. L'aménorrhée prolongée induite par l'allaitement pourrait expliquer cet effet protecteur.

Une étude a ainsi démontré que les femmes porteuses de la mutation BRCA1 qui n'avaient jamais allaité avaient un risque de cancer du sein 1.8 fois plus élevé que les femmes porteuses de cette mutation qui avaient allaité pendant au total 12 mois ou plus.

Le nombre d'enfants allaités diminue aussi ce risque selon une étude cas témoins britanniques.

L'incidence du cancer de l'ovaire diminuerait grâce à un allaitement prolongé. Une étude mise en place par l'OMS a démontré que c'est surtout l'absence d'ovulation qui diminuerait l'incidence de ce cancer. L'absence d'ovulation est surtout présente pendant la grossesse (qui est donc un facteur protecteur) mais aussi pendant la lactation, effet d'autant plus protecteur qu'il est prolongé.

#### 4. Intérêts économiques

##### *a) Individuel*

Le choix de l'allaitement maternel plutôt que celui d'un allaitement artificiel entraîne un bénéfice économique à l'échelle familiale mais aussi nationale.

Les laits artificiels représentent un coût familial non négligeable. C'est regrettable dans la mesure où le taux d'allaitement artificiel est plus important dans les familles de bas niveau socioéconomiques. L'allaitement au sein pourrait permettre d'accroître leur pouvoir d'achat.

##### *b) Communautaire*

L'enjeu est également du domaine de santé publique.

Le postulat s'appuie sur le rôle préventif du lait maternel pour la santé de l'enfant qu'on a vu plus haut. Chez l'enfant allaité il y a moins de maladies infantiles et donc moins de dépense de santé. L'économie est applicable au niveau familial et national.

En France un mémoire de DESS d'économie de la santé a conclu qu'une augmentation de 5 % du taux d'allaitement entraînerait une économie de 2.6 millions d'euros (en tenant compte de la diminution du risque de certaines pathologies du nourrisson).

Une étude australienne a estimé qu'au moins 60 à 120 millions de dollars australiens pourraient être économisés tous les ans sur le plan de la santé publique si la durée de l'allaitement exclusif augmentait significativement.

Nous pouvons également nous intéresser à l'impact de l'allaitement au sein sur l'environnement. Le recours aux préparations pour nourrisson engendre par ailleurs de nombreux déchets à traiter contrairement à l'allaitement maternel : boîtes en métal, couvercle en plastique, chauffe biberon...

## C. Contre indication de l'allaitement

### 1. Chez la mère

#### a) Allaitement et contaminants liés au mode de vie

##### *1. Le tabac*

Il existe un passage lacté de la nicotine. La concentration en nicotine et ses métabolites dépendent du nombre de cigarettes fumées et du temps passé entre la dernière cigarette et la tétée. La concentration de nicotine dans le lait est de 1.5 à 3 fois supérieure à celle du plasma, sa demi-vie estimée entre 60 et 90 mn.

##### *2. L'alcool*

La concentration en alcool dans le lait maternel est voisine de celle du sérum. Elle augmente dans le lait 30 minutes à 1 heure après l'ingestion puis diminue ensuite progressivement. [34]

L'alcool est responsable d'une diminution de la sécrétion lactée de façon dose dépendante et modifie la saveur du lait.

La consommation n'est pas formellement contre-indiquée, néanmoins celle-ci doit rester exceptionnelle et modérée (inférieure à 0.5g/Kg). De plus, il est souhaitable de donner le sein avant la prise de boisson alcoolisée plutôt qu'après. [34]

##### *3. La caféine.*

La caféine diffuse dans le lait maternel mais sa concentration y reste faible.

D'après les études, la consommation de caféine ne semble pas avoir d'effet notable sur les nourrissons. Cependant il est conseillé de modérer les quantités absorbées (2 à 3 tasses à café par jour) en raison du métabolisme plus lent de la caféine chez le nouveau-né[34]

#### 4. Les drogues

➤ Le cannabis :

Il est liposoluble s'accumule dans le lait. Ses effets chez l'enfant allaité sont peu étudiés à ce jour. Il serait responsable de sédation et de diminution du tonus musculaire chez l'enfant nourri au sein. Son impact à long terme est mal connu. Son utilisation est déconseillée. [36]

➤ La cocaïne :

La cocaïne passe dans le lait maternel. Sa consommation est strictement contre indiquée en période d'allaitement car le nourrisson peut être sujet à un risque d'intoxication grave (associant irritabilité, vomissements, diarrhées, tremblements, convulsions) voire mortelle. [35][36]

➤ L'héroïne :

La consommation d'héroïne est une contre-indication absolue à l'allaitement maternel. Elle est responsable chez l'enfant allaité de tremblements, agitation, vomissements, difficultés d'alimentation. [35]

➤ Les produits de substitution aux opiacés :

• La méthadone :

L'allaitement est possible en cas de prise de méthadone par la mère si celle-ci ne dépasse pas 20 mg par jour. C'est d'ailleurs un des moyens utilisés afin d'éviter le syndrome de sevrage chez le nouveau-né, mais la substitution doit avoir été réalisée pendant la grossesse. L'allaitement dans ce cas ne doit pas être interrompu brutalement par risque de syndrome de sevrage. [36][37]

- -La buprénorphine :

Elle passe dans le lait, ses effets chez l'enfant sont peu connus. On lui préfère la méthadone pour laquelle l'expérience clinique est plus grande. [36][37]

#### ***b) Les contaminants en rapport avec l'environnement extérieur.***

Les herbicides, pesticides peuvent passer dans le lait. Une étude réalisée par l'AFSSA (Agence française de sécurité sanitaire des aliments) en 2000 montrait des concentrations excessives de dioxines dans le lait maternel (16.5 pg/g contre 0.46 pg/g dans les laits artificiels). Des efforts doivent donc être faits pour lutter contre ce type de pollution. Toutefois, à l'exception de travailleurs exposés de façon majeure aux dioxines, l'allaitement est recommandé [38].

Les métaux lourds, comme le plomb, le mercure, le cadmium peuvent également passer dans le lait maternel mais le passage reste faible et l'exposition à ces métaux lourds est rarement une contre-indication à l'allaitement maternel.

L'allaitement n'est donc pas contre-indiqué en cas d'exposition habituelle aux polluants environnementaux. En cas d'exposition massive, il faut comparer les bénéfices de l'allaitement aux risques encourus pour la santé afin de prendre la meilleure décision [38].

#### ***c) Les infections***

##### ***1. Le VIH***

La transmission du VIH par l'allaitement au sein a été largement prouvée, notamment par la contamination d'enfants nourris au sein dont la mère avait été infectée lors ou après l'accouchement, par une transfusion ou des rapports sexuels.

Le risque de transmission du VIH attribuable à l'allaitement maternel a été estimé à 14 % pour une durée d'allaitement de 15 à 18 mois. En cas de primo-infection par le VIH chez une mère qui allaite, le risque est encore plus grand (26 %) [34]

Le VIH peut se transmettre par le lait maternel à tout moment de la lactation. Plus la durée d'allaitement au sein est longue, plus le risque de transmission est grand. Il a également été prouvé que l'allaitement exclusif comportait un risque nettement inférieur d'infection par le VIH que l'allaitement mixte. Le risque de transmission du VIH par l'allaitement au sein est également accru en cas de charge virale élevée chez la mère, de numération cellulaire CD4+ basse, de présence de lésions mammaires (mastite, abcès, lésions du mamelon). La présence d'un muguet buccal chez l'enfant augmente également le risque de contamination par le VIH [39].

Les thérapies antirétrovirales permettent une diminution du risque, mais n'offrent pas de protection complète. [1]

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

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

Dans le cas où l'alimentation de substitution n'est pas possible dans les conditions précédemment citées, l'OMS recommande de pratiquer l'allaitement au sein de manière exclusive pendant les premiers mois, d'éviter l'allaitement partiel et de cesser complètement l'allaitement dès que cela est possible, au plus tard vers 6 mois.[39]

*(a) HTLV-1*

HTLV-1 a été mis en évidence dans le lait de mères infectées. Le risque de contamination d'enfants de mères infectées est plus important en cas d'allaitement au sein par rapport à l'alimentation par des laits artificiels. Ce risque augmente parallèlement à la charge virale chez la mère et à la durée de l'allaitement. [38]

L'infection maternelle à HTLV-1 est donc une contre-indication à l'allaitement maternel dans le cas où le recours à une alimentation artificielle peut se faire de manière sûre, ce qui est le cas dans les pays développés. Néanmoins, dans certains pays, comme au Japon, les femmes congèlent leur lait avant de le donner à leur bébé, la congélation détruisant le virus.

*2. Cytomégalo virus (CMV)*

Le CMV est excrété dans le lait des mères virémiques à l'occasion de séroconversion mais aussi de réactivation chez des mères antérieurement immunisées contre le CMV.

L'infection à CMV est sans risque pour les enfants à terme et en bonne santé. L'allaitement maternel n'est donc pas contre-indiqué pour les mères CMV-positives d'enfants sains et à terme. [1][38]

Par contre, le CMV peut être source d'infections sévères chez les enfants prématurés et immunodéprimés. Le lait maternel des mères CMV-positives doit donc être pasteurisé avant d'être donné à ces enfants car il a été prouvé que la pasteurisation détruisait ce virus, de même que la congélation pendant 7 jours à la température de -20°C.

### *3. Herpes simplex virus (HSV)*

L'infection néonatale au HSV peut conduire à des atteintes sévères, voire au décès de l'enfant.

Ce virus est transmis par contact direct avec la lésion et non par le lait maternel [34] [38]. En l'absence de lésions au niveau des seins, l'allaitement peut donc être poursuivi. En présence de lésions mammaires, l'allaitement doit être suspendu, le lait tiré et jeté jusqu'à la guérison des lésions.

### *4. Virus varicelle-zona (VZV)*

L'infection néonatale au VZV peut également être sévère voire fatale.

Si la mère contracte la varicelle 5 jours avant la naissance ou 2 jours après, il est nécessaire de l'isoler temporairement de son enfant pendant la période où elle est contagieuse, soit 7 à 10 jours [61]. En l'absence de lésions sur le sein, le lait peut être tiré et donné à l'enfant dans la mesure où celui-ci a reçu des immunoglobulines spécifiques [38].

En dehors de cette période, l'enfant sera probablement contaminé et l'allaitement peut être poursuivi après injection d'immunoglobulines, sauf en présence de lésions importantes au niveau des seins. [34]

### *5. Tuberculose*

Une tuberculose active nécessite de séparer temporairement la mère de son enfant. Toutefois, le lait maternel ne contient pas de bacilles de Koch. La mère peut donc tirer son lait et le faire donner à son enfant par une tierce personne. Le choix des thérapeutiques antituberculeuses doit alors tenir compte de cet allaitement [38].

En cas d'infection tuberculeuse non symptomatique, il n'y a pas d'indication à séparer l'enfant de sa mère et l'allaitement peut être initié.

## *6. Les Hépatites*

### ➤ L'hépatite B

Le dépistage de l'antigène HBs est obligatoire au cours du sixième mois de grossesse depuis 1992.

Le portage du virus de l'hépatite B par la mère n'est pas une contre-indication à l'allaitement maternel, même en cas de réplication virale active, sous réserve que la séroprophylaxie et la première injection vaccinale soient réalisées dans les premières heures de vie. [40]

### ➤ L'hépatite C

Il n'existe pas de vaccination contre le virus de l'hépatite C. L'ARN du virus de l'hépatite C est retrouvé dans moins d'un tiers des échantillons de lait des mères infectées et sa concentration est en moyenne 100 fois plus faible que dans le sérum.

Il n'a pas été prouvé que le risque de transmission du virus de l'hépatite C de la mère à l'enfant soit augmenté par l'allaitement maternel.

Les recommandations françaises ne contre-indiquent donc pas l'allaitement maternel pour les mères porteuses du VHC [41][34] .

### ➤ L'hépatite A

Le virus de l'hépatite A est le plus souvent responsable d'une infection pauci symptomatique ou asymptomatique.

Une hépatite A maternelle, au cours du dernier trimestre de grossesse ou pendant

l'allaitement, n'est pas une contre-indication à l'allaitement maternel. L'injection de gammaglobulines et la vaccination contre l'hépatite A sont efficaces dans 80 à 90 % des cas. [1]

Des règles simples d'hygiène, comme le lavage des mains, sont appropriées car la transmission se fait surtout par voie oro-fécale. [38]

En somme, HIV et HTLV-1 sont les seules maladies infectieuses qui contre-indiquent formellement l'allaitement maternel dans les pays développés.

#### ***d) Allaitement et maladies chroniques maternelles***

Les greffes rénales et cardiaques, les maladies cardio-vasculaires ou respiratoires sévères, les hémopathies malignes et les cancers en cours de traitement représentent des contre-indications à l'allaitement maternel, mais ces cas sont exceptionnels [34].

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

Si la mère désire allaiter, il convient donc d'évaluer au cas par cas les risques encourus par la mère et l'enfant. L'effort physique représenté par l'allaitement maternel peut-il être supporté par la mère et ne risque-t-il pas d'aggraver l'évolution de sa maladie? Les traitements médicamenteux pris par la mère présentent-ils un danger pour l'enfant ? [41]

## **e) Allaitement et pathologies mammaires**

### ***1. Pathologies infectieuses***

Une mastite infectieuse ne représente pas une contre-indication à l'allaitement maternel. Au contraire, l'allaitement aide la mastite à guérir et il convient de mettre l'enfant au sein le plus souvent possible en association avec une antibiothérapie anti-staphylococcique compatible bien sûr avec l'allaitement [42][43][44] .

En cas d'abcès, l'allaitement doit être interrompu. Le traitement chirurgical est impérative, l'antibiothérapie n'est qu'un traitement adjuvant. [52][53]

### ***2. Pathologies tumorales***

En cas de pathologie kystique des seins, l'allaitement est bénéfique et entraîne une régression des symptômes. [41]

Un antécédent de cancer du sein ne représente pas une contre-indication à l'allaitement maternel [36]. Mais un traitement radiothérapique antérieur peut engendrer une diminution de la quantité de lait produite [45].

En cas de découverte de néoplasie mammaire en cours d'allaitement, l'allaitement peut continuer pendant le bilan pré thérapeutique ou si un traitement radiothérapique est débuté. Par contre, il doit être interrompu en cas de traitement chimiothérapique [36].

### ***3. Chirurgie mammaire***

Une mastectomie unilatérale peut permettre un allaitement maternel si l'autre sein reste normalement fonctionnel [45].

Des antécédents de tumorectomie ou biopsies n'empêchent pas l'allaitement au sein, mais peuvent provoquer des engorgements cloisonnés.

En cas de chirurgie esthétique des seins, la capacité à produire du lait peut être affectée. D'après les études, le risque d'insuffisance de lait est multiplié par 3 par rapport aux femmes n'ayant pas subi ce type d'intervention.

Ce risque dépend également du type de chirurgie réalisée et de la technique chirurgicale employée. En effet, le taux d'échec de l'allaitement maternel est plus élevé après chirurgie de réduction par rapport à la chirurgie d'augmentation mammaire et lorsqu'une incision périé aréolaire a été réalisée. Lorsque le mamelon a été détaché du sein, l'allaitement est théoriquement impossible, mais il existe des femmes ayant réussi à allaiter après ce type d'intervention, probablement grâce à des phénomènes de régénération des tissus.

En ce qui concerne les implants mammaires, leur éventuelle nocivité pour l'enfant allaité n'a pas été prouvée. [45]

En somme, l'allaitement est possible quel que soit le type de chirurgie réalisée mais la quantité de lait produite peut s'avérer souvent insuffisante et nécessiter l'apport de compléments de lait artificiel.

#### ***f) Médicaments et allaitements***

Depuis des années, beaucoup de femmes se font conseiller, à tort, de cesser d'allaiter lorsqu'un médicament leur est prescrit. La plupart des médicaments se retrouvent dans le lait mais en quantité infime, et rares sont ceux qui peuvent causer des problèmes chez le nourrisson.

*1. Facteurs influençant l'exposition systémique de l'enfant à un médicament pris par la mère [46]*

Les conséquences pour l'enfant allaité d'un traitement pris par sa mère dépendent étroitement du niveau d'exposition systémique de l'enfant.

L'importance de l'exposition systémique de l'enfant va donc dépendre :

➤ De la biodisponibilité par voie orale du médicament :

En l'absence d'absorption digestive par exemple, on ne craint pas d'effet chez l'enfant (c'est le cas notamment pour les aminosides).

➤ De la quantité de médicaments présente dans le lait. Certains facteurs interviennent sur cette quantité :

➤ Les concentrations plasmatiques maternelles :

✧ Plus elles sont élevées, plus les quantités présentes dans le lait risquent d'être importantes. Les concentrations plasmatiques maternelles augmentent avec la posologie et sont généralement plus élevées par voie IV que par voie orale. Elles sont le plus souvent faibles, voire négligeables en cas d'administration orale de médicaments à faible absorption digestive ou lors d'administrations locales.

✧ Les capacités de passage de chaque molécule dans le lait. Le passage est d'autant plus important que la liaison aux protéines plasmatiques, le degré d'ionisation et le poids moléculaire des médicaments est faible et que leur liposolubilité est élevée.

- ✧ Le moment de la tétée par rapport au pic de concentration du médicament dans le lait (ex : colchicine). Plus la tétée est proche du pic, plus la quantité présente dans le lait est importante.
- ✧ Des capacités d'élimination de l'enfant. Lorsqu'elles sont réduites, l'exposition systémique de l'enfant allaité risque d'augmenter.
- ✧ C'est le cas chez le nouveau-né (en particulier en cas de prématurité) ou si l'enfant est atteint d'une pathologie retentissant sur sa fonction hépatique ou rénale.

## *2. Comment choisir un traitement pour une femme qui allaite ?*

Avant de prescrire un traitement à une femme qui allaite, il faut toujours se poser la question suivante : le symptôme ou la pathologie nécessitent-ils vraiment un traitement ? [34]

Si la réponse est oui, voici quelques règles simples pour aider dans le choix du traitement :

- ✧ Réduire le nombre de médicaments en bannissant les médicaments non indispensables ou n'apportant pas de bénéfice démontré ; éviter les associations de principes actifs ; mettre en garde contre l'automédication. [47]
- ✧ Lorsque le choix entre plusieurs médicaments ou voies est possible, choisir l'alternative la moins risquée :
  - Choisir les médicaments qui ont des données publiées sur leur passage lacté, plutôt que ceux récemment mis sur le marché. [48]

- Choisir de préférence des médicaments utilisables chez le nouveau-né ou le nourrisson.
- Choisir une voie d'administration pour laquelle le passage systémique est moindre : locale ou inhalée. Se méfier des produits à usage local sur le sein, facilement ingérés par le nouveau-né. [34][47]
- Utiliser les données pharmacocinétiques pour choisir de préférence un médicament ayant une faible biodisponibilité orale, fortement lié aux protéines, à demi-vie courte et sans métabolites actifs. [48]
- Utiliser la posologie la plus faible possible. [48]
- ✧ Aménager les heures de prise du médicament [36][37] :
  - Pour un médicament à prise unique quotidienne, si possible, prendre le médicament après la tétée du soir et éviter la tétée de la nuit.
  - Pour un médicament à demi-vie très courte, prendre le médicament juste après la tétée, afin que les concentrations dans le lait soient les plus basses possibles lors de la tétée suivante.
  - Si un médicament à risque doit être prescrit de façon unique, la mère peut, avant la prise de ce médicament, faire des réserves de lait tiré qu'elle donnera à son enfant après ingestion de la thérapeutique à risque. L'allaitement maternel pourra être repris après 2 demi-vies pour les substances à risque modeste et 5 demi-vies pour celles qui sont à risque notable.
- ✧ Informer la mère des éventuels effets indésirables et lui demander de renforcer la surveillance du bébé. [36]

### 3. Comment se renseigner ?

En premier lieu, selon l'ANAES [34], il faut regarder dans la rubrique « grossesse et allaitement » du Résumé des Caractéristiques du Produit (RCP) du dictionnaire *Vidal*. Mais pour éviter tout risque médico-légal, de nombreux médicaments y sont déconseillés ou contre-indiqués du fait d'un manque d'informations et non à cause d'une toxicité prouvée. Les RCP du *Vidal* sont donc une source d'information insuffisante en ce qui concerne l'action des médicaments pendant la lactation car elles sont généralement incomplètes, parfois non fiables et généralement trop restrictives.

### 2. Chez l'enfant

La galactosémie congénitale, due à un déficit en galactose-1-phosphateuridyltransferase est la seule contre-indication formelle à l'allaitement maternel, le lait de femme contenant du lactose.

En cas de phénylcétonurie, l'allaitement maternel est possible de façon partielle, complété par un lait sans phénylalanine sous surveillance des taux sanguins de phénylalanine.

Dans tous les autres cas de malformations congénitales ou de pathologies chroniques, il peut exister une difficulté à la mise au sein mais le lait maternel reste l'aliment de choix de ces enfants, plus sensibles aux infections. Il est donc important d'inciter les mères à tirer leur lait pour alimenter leur bébé si la mise au sein n'est pas possible.

## D. L'allaitement en pratique

### 1. Description d'un allaitement au sein bien conduit

#### Règles à respecter pour bien démarrer l'allaitement

##### *1. Le contact peau à peau*

Après un accouchement normal, un nouveau-né non sédaté posé sur le ventre de sa mère est capable de ramper et d'aller trouver seul le mamelon afin de se nourrir. Ce réflexe va disparaître progressivement pour ne réapparaître qu'à partir de la 48<sup>ième</sup> heure. Il est donc important de profiter de ce moment privilégié qui va conditionner le bon déroulement de l'allaitement.

Le contact précoce permet au nouveau-né, en plus d'effectuer sa première tétée, de maintenir sa température corporelle, d'améliorer son bien-être en diminuant ses pleurs, de favoriser son adaptation métabolique et de renforcer les interactions avec sa mère.

Au cours de la première tétée, le nouveau-né bénéficie des avantages du colostrum à la fois en tant que laxatif pour favoriser l'évacuation du méconium et en tant que produit immunologique exceptionnel.

Le contact précoce, aussi court soit-il, a un effet bénéfique sur la mise en route de l'allaitement et sur la relation mère-enfant. .

## *2. Pratiquer un allaitement à la demande*

C'est la base d'un allaitement réussi. La demande de l'enfant régule l'offre en lait, c'est lui qui fixera le nombre et le rythme des tétées en fonction de ses besoins.

Au cours des premiers mois, la majorité des nourrissons tètent 8 à 12 fois par jour ce qui permet d'assurer une sécrétion lactée adaptée.

Cette fréquence élevée a aussi d'autres avantages :

- ✧ Pour le nouveau-né : la perte de poids est moins importante au cours des premiers jours et il y a une moindre incidence d'hyper bilirubinémie au sixième jour.
- ✧ Pour la mère : il y a moins de risque d'engorgement.

La physiologie de la lactation est ainsi respectée, les complications évitées et le nouveau-né est satisfait par une sécrétion lactée suffisante.

Le nombre et la durée des tétées varient d'un enfant à l'autre et pour le même enfant d'un jour à l'autre.

La durée d'une tétée est fixée par le nouveau-né : une fois rassasié, il lâche le sein de lui-même.

Par ailleurs, il existe un temps de latence entre la mise au sein et l'arrivée du flux de lait, et du fait de la variabilité de composition du lait au cours de la tétée, il est fondamental de laisser téter le nourrisson autant qu'il le souhaite pour lui permettre d'absorber les lipides fortement concentrés en fin de tétée et responsables de la satiété.

Pour permettre un allaitement à la demande, l'idéal est de laisser mère et enfant ensemble.

Le lien mère-enfant est favorisé car le contact rapproché permet de se rassurer l'un l'autre, le nourrisson pleure moins et la sécrétion lactée s'en trouve stimulée, mais ce lien est indépendant du choix d'alimentation du nourrisson.

### *3. Bien se positionner pour allaiter*

Pour que l'allaitement maternel se déroule bien et ne se complique pas, il convient d'adopter une bonne position pour la mère et l'enfant.

#### ➤ Installation de la mère :

Les tétées représentent plusieurs heures par jour, il faut éviter les positions instables sources de contractures dorsales. Il faut toujours prendre le temps de s'installer : il n'existe pas de tétées urgentes!

Les différentes positions d'allaitement :



**Position allongée Maman en décubitus latéral Bébé tourné vers sa mère Tête face au sein**



**Allaitement des jumeaux**



**Position en ballon de rugby Recommandée pour la césarienne Ou en cas de crevasses**



**Installation du bébé : tourné vers sa mère, ventre contre ventre, visage face au sein, à la bonne hauteur sans avoir à tourner la tête.**



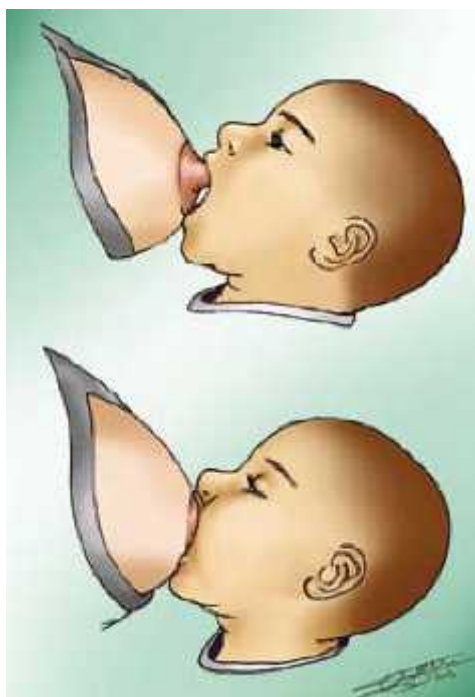
**Allongée sur le cote sien interne**



**La louve**



**La madone**



**Bonne position Nez et menton contre le  
sein un maximum d'aréole dans la  
Bouche, lèvres retroussées sur l'aréole**

#### *4. Éviter les compléments*

Il est nécessaire de les éviter au maximum surtout les premiers jours afin de ne pas risquer une confusion sein /tétine (la succion au sein et à la tétine n'obéissent pas aux mêmes mécanismes), ainsi qu'une baisse de la lactation par diminution de la stimulation.

Ils ne devraient être donnés que sur avis médical dans les cas suivants définis par l'OMS [50]:

- ✧ Nouveau-né ayant un poids de naissance inférieur à 1000 g
- ✧ Nouveau-né dysmature avec risque d'hypoglycémie
- ✧ Nouveau-né dont l'état ne s'améliore pas avec la poursuite de l'allaitement
- ✧ Infection par le VIH de la mère
- ✧ Anomalies congénitales du métabolisme chez l'enfant type galactosémie
- ✧ Nouveau-né souffrant de déshydratation aiguë lorsque l'allaitement maternel ne peut fournir une hydratation suffisante
- ✧ Prise médicamenteuse de la mère contre –indiquant l'allaitement.

La décision de donner un complément est prise, au cas par cas, et il est préférable de donner ce complément à la seringue, à la cuillère ou à la tasse afin de ne pas perturber le mécanisme de succion.[51]

Pour un nouveau-né à terme et en bonne santé, l'allaitement exclusif suffit à satisfaire ses besoins nutritionnels.

Les mères doivent être encouragées à allaiter aussi souvent et aussi longtemps que leur nouveau-né le demande, sans restrictions [49].

*5. Encourager la cohabitation mère bébé 24h-24h [50]*

**2. Signes d'efficacité ou d'inefficacité de l'allaitement dans les deux premières semaines de vie**

Le bébé doit avoir 3 selles par jour, et ne plus avoir de selles méconiales au-delà du quatrième jour, et avoir une diurèse correspondant à six couches mouillées par 24 heures au-delà du 4e jour.

Une inefficacité de l'allaitement maternel doit être évoquée devant :

- ✧ Un trouble du comportement du bébé (agité, irritable, endormi, refusant de téter),
- ✧ Devant une perte de poids supérieure à 7%, ou persistant après le troisième jour de vie
- ✧ Une absence de reprise de poids au 5e jour
- ✧ Une absence de reprise du poids de naissance au 14e jour.
- ✧ L'inefficacité de l'allaitement maternel doit être évoquée si on note :
  - ✧ Une absence de modification du volume des seins de la mère au 5e jour de vie du bébé
  - ✧ Une douleur des mamelons persistante ou se majorant
  - ✧ Un engorgement du sein non diminué après la tétée.

### 3. Prise en charge des complications [52][53]

#### *a) Crevasses*

Elles sont favorisées par une technique d'allaitement inadéquate. Négligées, elles peuvent être à l'origine d'un engorgement unilatéral, puis d'une lymphangite.

➤ Leur diagnostic repose sur les éléments suivants :

- ✧ Douleurs unilatérales, centrées sur le mamelon, rendant la tétée très douloureuse
- ✧ Absence de fièvre
- ✧ À l'examen : érosion superficielle à l'inspection du mamelon

➤ Leur traitement :

- ✧ Nettoyage et séchage du mamelon après chaque tétée
- ✧ Application de crèmes grasses et ou cicatrisantes
- ✧ Ré –expliquer les modalités techniques de l'allaitement

#### *b) Engorgement mammaire*

Il peut être uni- ou bilatéral.

La forme bilatérale, contemporaine de la montée laiteuse, est la conséquence d'un asynchronisme entre la lactogénèse, déjà opérationnelle, et les mécanismes d'éjection du lait, encore inefficaces.

L'engorgement régresse habituellement en deux ou trois jours.

➤ Le diagnostic repose sur les éléments suivants :

- ✧ Les deux seins sont durs, tendus et douloureux
- ✧ Fièvre modérée à 38°C.

➤ Le traitement :

- ✧ Douches chaudes sur les seins
- ✧ Massage circulaire des seins avant les tétées
- ✧ Pansements antiphlogistiques type Osmogel
- ✧ Eventuellement et de façon ponctuelle, injection intramusculaire d'ocytocine (Syntocinon) vingt minutes avant la tétée pour favoriser l'éjection du lait.
- ✧ Rassurer la femme

c) *Lymphangite mammaire*

Conséquence d'un engorgement mal pris en charge. Elle se manifeste par des signes mammaires très importants :

- ✧ Elle survient 5 à 10 jours après l'accouchement
- ✧ Le début est brutal, avec fièvre à 39-40°C
- ✧ À l'examen on note un placard rouge, chaud, douloureux de la face externe du sein, avec une traînée rosâtre vers l'aisselle et une adénopathie axillaire douloureuse.
- ✧ Le lait recueilli avec un coton est propre, sans trace de pus

Une lymphangite régresse en 24 à 48 h si elle est correctement traitée, mais il existe une évolution possible vers une galactophorite si la guérison est incomplète.

- Le traitement repose sur :
- ✧ La suspension temporaire de l'allaitement avec le sein douloureux.
- ✧ Le lait doit être tiré et jeté pour bien vider le sein (à l'aide d'un tire lait), l'allaitement doit être poursuivi avec l'autre sein.
- ✧ Donner de l'aspirine ou un anti-inflammatoire non stéroïdien.
- ✧ Pansements antiphlogistiques type Osmogel
- ✧ L'antibiothérapie est controversée. En principe inutile, elle est prescrite par certains pour enrayer une évolution vers une galactophorite. C'est une antibiothérapie per os active sur le staphylocoque et compatible avec l'allaitement type pénicillines M.(Bristopen, Orbenine) pendant 7 jours.

#### ***d) Galactophorite***

C'est une infection des canaux galactophores, le plus souvent par un staphylocoque. Le risque est l'évolution vers un abcès mammaire.

- Le diagnostic repose sur les éléments suivants :
- ✧ Il s'agit d'un accident plus tardif, au moins 15 jours après l'accouchement
- ✧ Le début est progressif sur plusieurs jours
- ✧ Fièvre modérée à : 38 à 38.5°C
- ✧ Douleur de l'ensemble du sein, qui est plus ferme que l'autre

▪ **Signe de Budin** : le lait recueilli sur un coton est mélangé de pus.

➤ **Le traitement repose sur :**

- ✧ Une antibiothérapie per os active sur le staphylocoque type pénicillines M (Bristopen, Orbénine), pendant 8 jours
- ✧ Suspension de l'allaitement jusqu'à la guérison clinique
- ✧ Le lait est tiré et jeté
- ✧ C'est souvent l'occasion d'un arrêt définitif

*e) L'abcès du sein*

Il complique une galactophorite insuffisamment traitée.

➤ Le diagnostic repose sur les éléments suivants :

- ✧ Fièvre progressivement croissante, atteignant 39 à 40°C, parfois oscillante.
- ✧ Majoration des douleurs mammaires
- ✧ Le sein est volumineux, rouge, tendu, très douloureux.
- ✧ Dans ce contexte la palpation d'une tuméfaction fluctuante est souvent difficile. En cas de doute, il convient de réaliser une échographie.

➤ Le traitement :

- ✧ L'hospitalisation est nécessaire, il faut réaliser un bilan préopératoire ainsi qu'une consultation d'anesthésie.
- ✧ Le traitement est chirurgical : avec une incision et un drainage
- ✧ L'antibiothérapie n'est qu'un traitement adjuvant
- ✧ L'allaitement doit être interrompu.

## E. Les mesures d'information et de promotion de l'allaitement maternel

### 1. Les mesures internationales

De nombreux pays industrialisés ou en développement adhèrent à un engagement international en faveur de l'allaitement maternel représenté par l'OMS et l'UNICEF (deux organismes de l'ONU).

Ainsi depuis une vingtaine d'années, plusieurs institutions ont permis la promotion de l'allaitement maternel dans le monde, dont voici les principales :

*a) Les 10 conditions pour le succès de l'allaitement (OMS, UNICEF)*  
*(annexe1) [54][55]*

C'est en 1989 qu'une déclaration conjointe de l'OMS et de l'UNICEF propose ces conditions. Elles serviront de base à l'élaboration des procédures de l'Initiative Hôpital Ami des Bébés détaillées plus loin.

*b) Le code international de commercialisation des substituts de lait maternel (annexe 2)*

Il a été adopté en 1981 par l'Assemblée Mondiale de Santé avec pour but de « protéger et encourager l'allaitement au sein et d'assurer une utilisation correcte des substituts du lait maternel quand ceux-ci sont nécessaires... »

Son rôle est de limiter le harcèlement des populations, des hôpitaux et des professionnels de santé par les industries du lait artificiel.

*c) Convention des droits des enfants [57]*

Votée en 1989 par l'ONU, elle énonce dans son article 24 le droit de l'enfant à l'allaitement maternel comme alimentation idéale et demande aux états d'informer les familles sur les avantages de ce mode d'alimentation. Elle a été ratifiée par tous les états-membres de l'Assemblée Générale des Nations unies excepté les états Unis d'Amérique et la Somalie.

*d) Déclaration d'Innocenti [58]*

Elle a été élaborée et adoptée à Florence par 32 participants dont, à la réunion organisée par l'OMS –l'UNICEF sur « l'allaitement maternel dans les années 90 : une initiative mondiale».

Elle définit les objectifs opérationnels de promotion de l'allaitement maternel :

- ✧ Inclure l'allaitement maternel dans un programme de santé publique avec désignation d'un coordonnateur et création d'un comité national de pilotage.
- ✧ Protéger le droit d'allaiter leurs enfants pour les femmes qui travaillent.
- ✧ Faire respecter le code de commercialisation des substituts du lait maternel
- ✧ Encourager les maternités à suivre les recommandations de l'OMS pour le succès de l'allaitement maternel.

***e) Initiative hôpitaux amis des bébés (IHAB)***

En 1991, l'OMS, l'UNICEF et l'Association Internationale de Pédiatrie lancent ce concept lors d'une réunion internationale sur l'allaitement au sein à Ankara pour donner suite à la déclaration Innocenti.

Elle encourage et récompense par le label international «ami des bébés» les maternités qui :

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

Néanmoins au Maroc, comme dans d'autres pays où le taux d'allaitement remonte lentement, le Comité d'attribution du label a défini un label national dont la différence principale avec le label international porte sur le taux d'allaitement :

- ✧ Il n'est pas exigé de taux minimum d'allaitement maternel exclusif de la naissance à la sortie de maternité, mais ce taux devra être en progression par rapport aux années antérieures et supérieures à la moyenne départementale,
- ✧ De plus, il est demandé un travail en réseau avec des liens ou des actions en dehors de l'établissement (pmi, groupes de mères, généralistes, sfs libérales ...),
- ✧ Le label est délivré pour 4 ans.

## 2. Les moyens de soutien à l'allaitement

Il existe de nombreuses associations de promotion de l'allaitement maternel internationales ou nationales ayant pour cibles les familles, les professionnels de santé ou encore les pouvoirs publics.

Elles peuvent être composées de professionnels de santé sensibilisés à l'allaitement maternel (consultantes en lactation, sages-femmes, puéricultrices, médecins....) et de mères ayant expérimenté l'allaitement maternel.

### *a) Sur le plan mondial*

#### *1. La Leche League*

Elle fut fondée par 7 mères de famille de la banlieue de Chicago en 1956 et est maintenant présente dans 70 pays (dans la plupart des pays d'Europe, en Amérique du Nord et du Sud, en Asie, en Océanie et dans quelques pays d'Afrique).[60]

Elle a plusieurs niveaux d'action :

- ✧ Soutien et information aux femmes qui désirent allaiter leur bébé, à travers une aide personnelle « de mère à mère... ». Cette méthode est liée à l'idée que seules les mères ayant fait l'expérience de nourrir au sein sont capables d'aider une femme à réussir son allaitement et son maternage. Les groupes s'organisent localement grâce à des mères bénévoles « les animatrices », qui ont eu une histoire réussie d'allaitement au sein et partagent la philosophie maternaliste de la League.[59]
- ✧ Son action de mère à mère s'étend ainsi à travers un réseau de 7000 animatrices bénévoles accréditées.[60]
- ✧ Formation des professionnels de santé sur l'allaitement maternel et réalisation de publications dans la revue « Les dossiers de l'allaitement maternel ».

## *2. L'International Baby Food Action Network (IBFAN)*

C'est un réseau international créé en 1979, constitué de plus de 150 associations dans plus de 90 pays industrialisés ou en développement. Il œuvre pour l'amélioration de la santé et de la nutrition infantile et vise l'élimination de la commercialisation irresponsable des substituts du lait maternel.

## *3. La société européenne de soutien de l'allaitement maternel (sesam)*

Créée en 1991, elle a pour mission l'information des professionnels, la sensibilisation de la population et la recherche en matière d'allaitement maternel.

## *4. Alliance mondiale pour l'allaitement maternel (WABA) [61]*

L'Alliance Mondiale pour l'Allaitement Maternel (World Alliance for Breastfeeding Action :WABA) est un réseau international d'individus et d'organisations qui se préoccupent de la protection, de la promotion et du soutien à l'allaitement maternel à l'échelle mondiale dans l'esprit de la Déclaration d'Innocenti, des Dix Liens pour Nourrir Le Futur (Ten Links for Nurturing the Future), et de la Stratégie Mondiale de l'OMS/UNICEF sur l'Alimentation des Nourrissons et des Jeunes Enfants.

WABA a le statut de conseiller auprès de l'UNICEF, le statut d'ONG et de conseiller privilégié auprès du Conseil Économique et Social des Nations Unies (CESNU).

WABA (World Alliance for Breastfeeding Action) s'occupe de gérer à travers le monde les actions pour fêter la Semaine Mondiale de l'Allaitement Maternel (SMAM) et qui donne le thème de l'année. La session de 1999 a eu lieu à Paris.

***b) Sur le plan national***

Conscient de l'importance de cette pratique idéale d'alimentation de l'enfant et conformément au plan d'action 2008-2012, le Ministère de la Santé a retenu la promotion, le soutien et la protection de l'allaitement maternel comme une stratégie prioritaire.

Ainsi, protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel est une stratégie importante pour le Maroc pour assurer la survie et le développement des enfants. Et ce, dans le but d'atteindre les objectifs fixés par le gouvernement en termes de réduction de mortalité infantile (moins de 15 pour mille) d'ici 2012.

**Objectifs du Ministère en matière d'allaitement maternel et axes stratégiques pour les atteindre : [114]**

**LES OBJECTIFS SPÉCIFIQUES D'ICI 2012 :**

- ✧ La mise au sein précoce des enfants, dans la demi heure qui suit l'accouchement, est pratiquée par 80% des femmes;
- ✧ l'allaitement maternel exclusif durant les 6 Premier mois Et ce dans le but d'atteindre les objectifs fixés par le gouvernement en terme de réduction de mortalité infantile (moins de 15 pour mille) d'ici 2012.

Objectifs du Ministère en matière d'allaitement maternel et axes stratégiques pour les atteindre

**LES AXES STRATÉGIQUES :**

La stratégie nationale de promotion, protection et soutien de l'allaitement maternel est basée sur 3 axes :

*1. La redynamisation de "l'Initiative Hôpitaux Amis de Bébé";*

- ✧ La facilitation, en cas de maladie, de l'hospitalisation du couple mère/enfant dans les maternités et services de pédiatrie;
- ✧ L'amélioration des connaissances et pratiques de la communauté en matière d'allaitement maternel et de diversification des aliments;
- ✧ - la création d'un environnement favorable à l'allaitement maternel dans le milieu de travail;
- ✧ L'implication des professionnels de santé du secteur privé dans la promotion de l'allaitement maternel et de la diversification alimentaire : généralistes, pédiatres, gynécologues, sages femmes, pharmaciens, diététiciens,...;
- ✧ La célébration annuelle d'une semaine nationale de promotion de l'allaitement maternel, du 22 au 28 juin.

*2. Soutien de l'allaitement maternel :*

- ✧ Amener les professionnels de santé à soutenir effectivement les femmes enceintes et allaitantes dans la gestion de la lactation;
- ✧ Impliquer la société civile (ong, associations, relais communautaires....)  
Dans le soutien et l'accompagnement des mères allaitantes à assurer une lactation optimale;
- ✧ Impliquer les médias audiovisuels et la presse écrite dans la promotion, le soutien et l'accompagnement des mères allaitantes.

### *3. Protection de l'allaitement maternel :*

Elle passe par la révision et la vulgarisation du cadre juridique réglementant :

- ✧ La durée du congé de maternité qui est actuellement de 14 semaines dans le Code de travail et 12 semaines dans le statut de la fonction publique;
- ✧ La disponibilité de locaux favorisant la pratique de l'allaitement maternel dans les lieux de travail et les lieux publics...

La sage-femme : le pivot de cette promotion et du soutien de l'allaitement maternel La sage-femme doit veiller à la préparation, à la mise en marche et le suivi de l'allaitement maternel.

- ✧ Pendant le suivi de la grossesse, il est important que la sage-femme prépare la future maman à cette pratique, certes innée, mais qui peut se heurter à des difficultés en cas de non préparation.
- ✧ Elle doit examiner les seins repérer les anomalies des mamelons et faire de l'IEC autour de l'allaitement maternel à chaque consultation.
- ✧ Après l'accouchement, elle doit insister sur la mise au sein précoce, dans la demi-heure qui suit, en assistant la nouvelle maman et en la conseillant sur sa pratique.

### **3. Rôle des professionnels de santé**

À chaque étape de leur vie, les femmes sont amenées à rencontrer des professionnels de santé.

Ainsi avant même la conception, pendant le suivi de la grossesse, pendant le séjour à la maternité et dans les mois qui suivent l'accouchement, généralistes, sages-femmes, pédiatres, puéricultrices ... représentent les interlocuteurs privilégiés dans le domaine de la santé et plus particulièrement en matière d'allaitement maternel.

Chaque rencontre se doit d'être l'occasion d'échanges d'informations et de sensibilisation des familles sur l'allaitement maternel et ses bienfaits.

L'intervention des soignants est un facteur clé de réussite de la mise en œuvre de l'allaitement maternel, en ayant un impact sur le choix en faveur de l'allaitement, sa prévalence et sa durée. La mobilisation du personnel de santé est donc une étape indispensable dans la promotion de l'allaitement maternel.



### III. ETUDES

#### A. Matériel et méthode

Il s'agit d'une étude prospective, comprenant 120 femmes ayant accouché à la Maternité Souissi de Rabat et 20 femmes vues au service de santé maternelle à Akkari

##### 1. Objectifs de l'étude

➤ Objectif principal :

- ✧ Identifier pour chaque patiente les motifs de choix du mode d'allaitement.

➤ Objectifs secondaires :

- ✧ Évaluer l'information reçue par les femmes : le moment, le contenu et la façon dont elle a été délivrée.
- ✧ Identifier les difficultés à la mise en route de l'allaitement au sein à la maternité.
- ✧ Identifier les principales raisons des interruptions d'allaitement ou les facteurs de réussite au cours des deux premiers mois
- ✧ Savoir quels sont les professionnels de santé les plus sollicités lors des 2 premiers mois d'allaitement.

## 2. Méthode

### *a) Type d'étude*

Nous avons réalisé une enquête prospective et longitudinale, avec recrutement incident des patientes. Elle était basée sur deux questionnaires à questions fermées et à choix multiples, proposés en post-partum immédiat puis lors de la visite post natale environ deux mois plus tard.

### *b) Effectif*

L'échantillon des patientes interrogées est constitué de 140 parturiente, 120 au sein de la maternité sioussi de Rabat et 20 au centre de santé massjid a Akkari.

### *c) Population cible*

Nous avons inclus toutes les femmes ayant accouchées à la maternité, quelque soit leur âge, leur parité, après accord oral.

Aucune patiente sollicitée n'a refusé de participer à l'étude.

### *d) Recueil des données*

L'étude comprenait deux questionnaires. (Annexe 3 et 4)

Un premier questionnaire rempli à la maternité, le dernier jour d'hospitalisation, lors de l'examen de sortie. Il était rempli par moi-même. Cela prenait 10 minutes environ.

Ce premier questionnaire comprenait deux parties :

- ✧ Une partie commune à toutes les femmes ayant accouché, de façon à mener une étude comparative.

- ✧ Une partie propre à chaque groupe : le **Questionnaire A** pour les femmes allaitant au sein et le **Questionnaire B** pour les femmes ayant choisi l'allaitement artificiel.
- ✧ Il permettait ainsi d'individualiser deux groupes de patientes :
- ✧ Les patientes ayant choisi l'allaitement au sein.
- ✧ Les patientes ayant choisi l'allaitement artificiel.

Chaque femme devait indiquer ses coordonnées téléphoniques afin que nous puissions la recontacter pour la seconde partie de l'enquête, à 2 mois, pour limiter le nombre de perdues de vue.

Le deuxième questionnaire ne concernait que les femmes ayant opté pour l'allaitement maternel. Là encore, il comportait deux parties :

- ✧ Une partie commune
- ✧ Une partie propre à chaque groupe :
  - Celles qui avaient poursuivi l'allaitement
  - Celles qui avaient interrompu l'allaitement

Ce deuxième questionnaire était réalisé environ deux mois après l'accouchement, lors de la consultation post natale, afin de répondre à la deuxième partie de l'enquête.

#### ***e) Analyse statistique***

Les résultats ont été saisis sur EXEL.

***f) Limites de l'enquête***

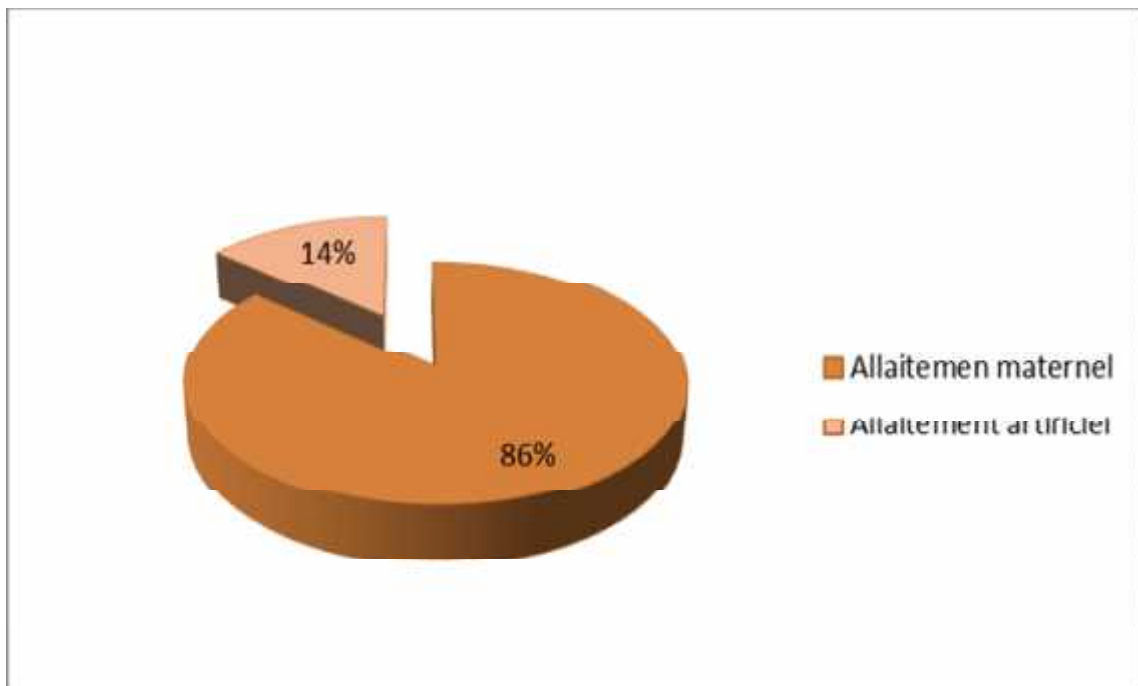
L'étude a été menée dans un seul établissement, avec un échantillon de petite taille, la population étudiée n'est pas représentative de la population générale.

Le choix d'une enquête par questionnaires composés en majorité de questions fermées à choix multiples limitait les réponses à la fois dans leur forme et dans leur contenu.

**B. Présentation des résultats**

L'échantillon des patientes interrogées était constitué de 120 parturientes. Parmi ces patientes, 103 ont opté pour l'allaitement maternel (86 %)

Alors que les 17 restantes ont décidé de donner le biberon (14%)



**Graphique .1 : Taux de l'allaitement**

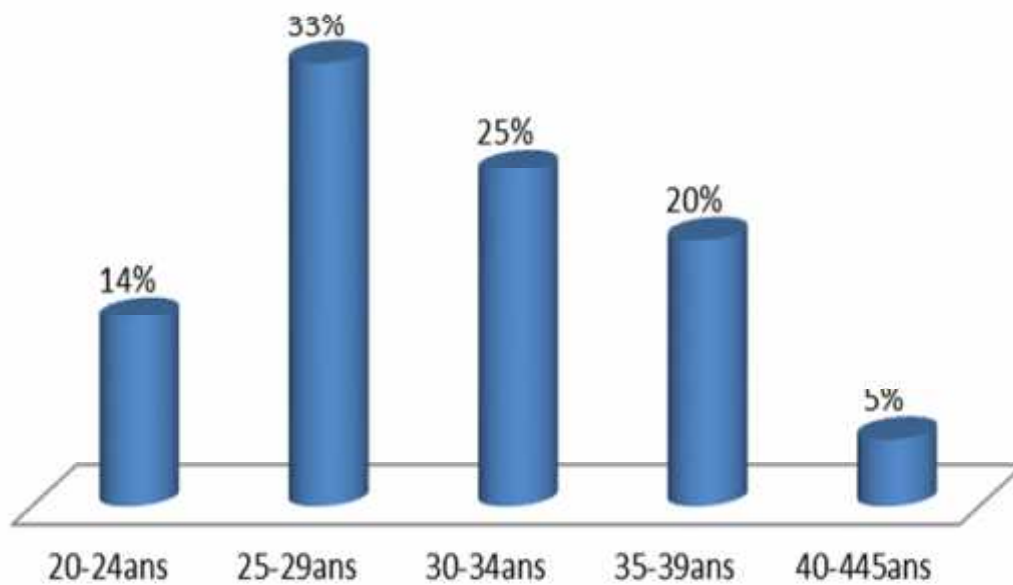
## 1. Premier questionnaire

Concerne les 120 femmes ayant accouchées a lamaternité sioussi de Rabat

### *a) Caractéristiques sociodemographiques de l'échantillon*

#### *1. Âge des femmes*

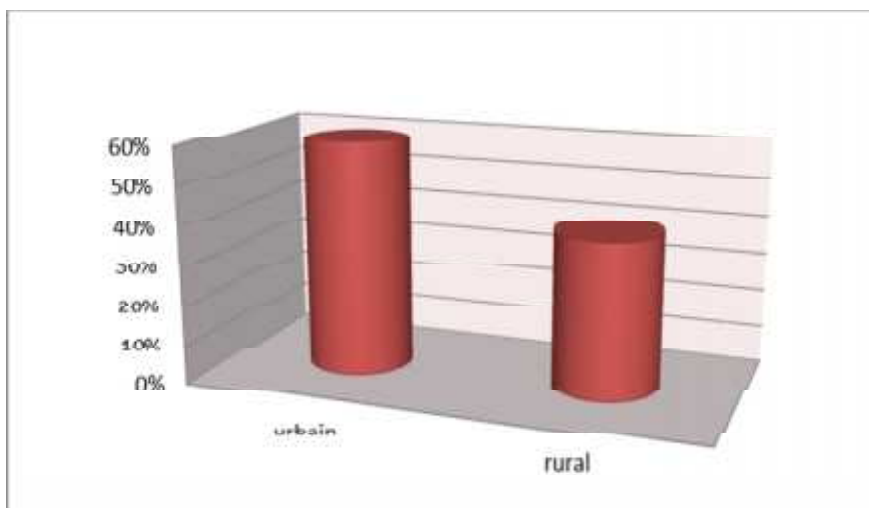
Les femmes ayant participé à cette étude étaient âgées de 20 à 43 ans. La moyenne d'âge était de 33 ans.



**Graphique .2 : Age des parturientes**

## 2. Lieu d'habitation :

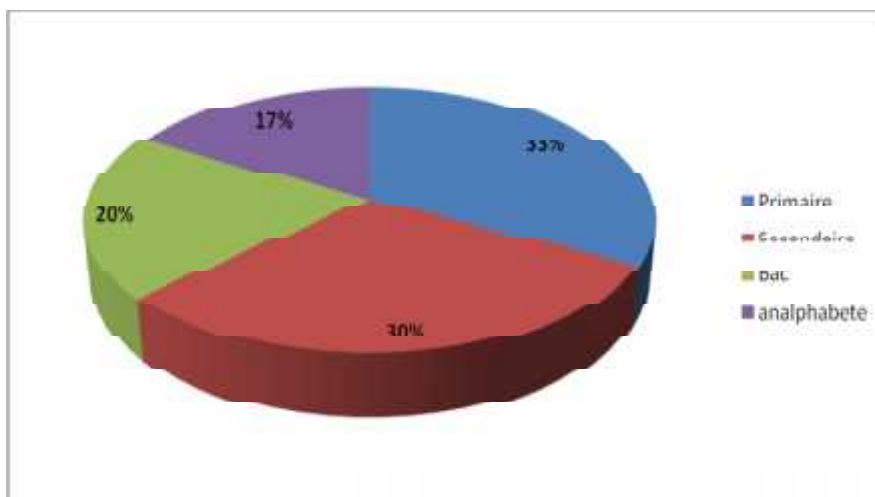
60% des femmes de notre échantillon habitent le milieu urbain



Graphique .3 : Habitation

## 3. Niveau de scolarité

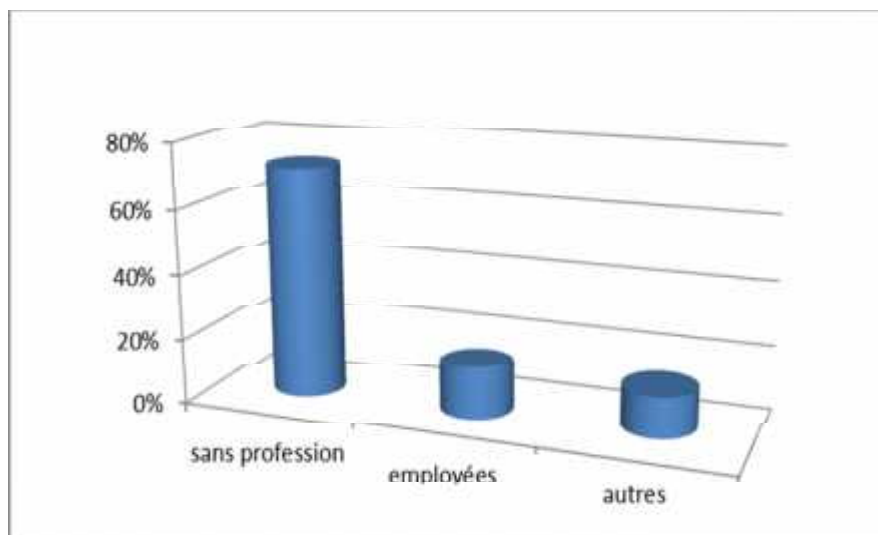
Une femme sur 2 est analphabète ou n'ayant pas dépassé le primaire.



Graphique .4 : Scolarité

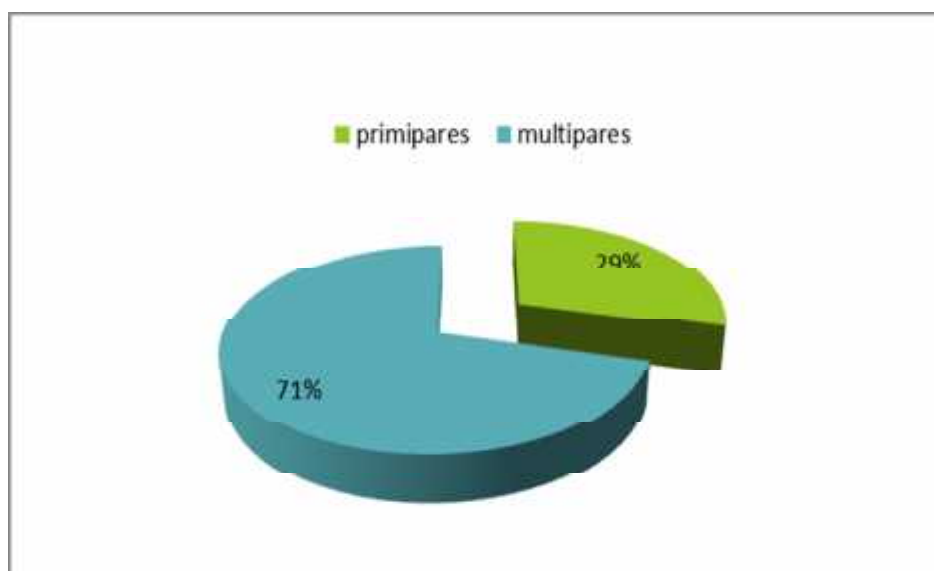
#### 4. Profession

La majorité (72%) des femmes sont sans profession



Graphique .5 : Profession

#### 5. Nombre d'enfants avant la grossesse



Graphique .5 Parité

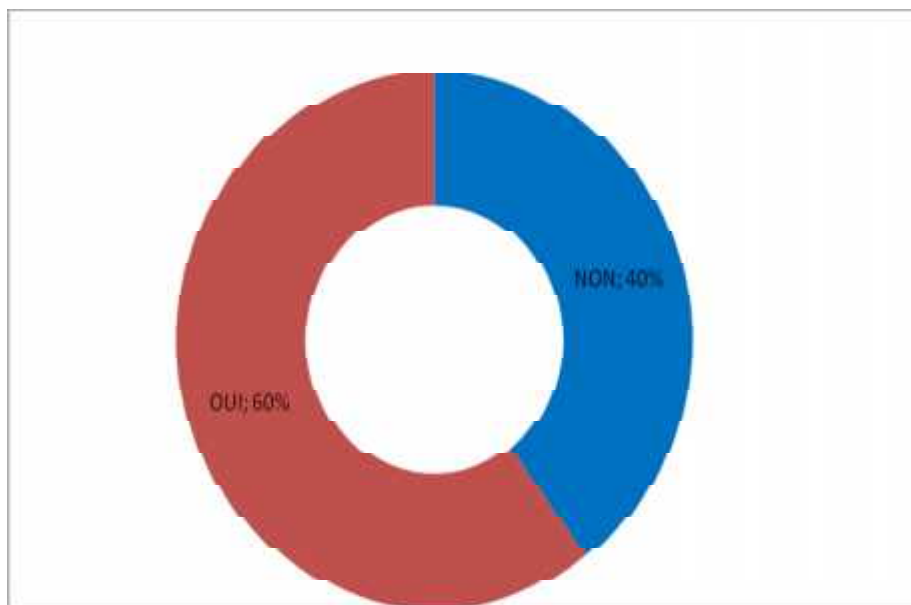
71% des femmes de notre étude étaient multipares, donc avec une expérience antérieur d'allaitement.

***b) Information des femmes sur l'allaitement avant la grossesse***

***1) Taux d'information***

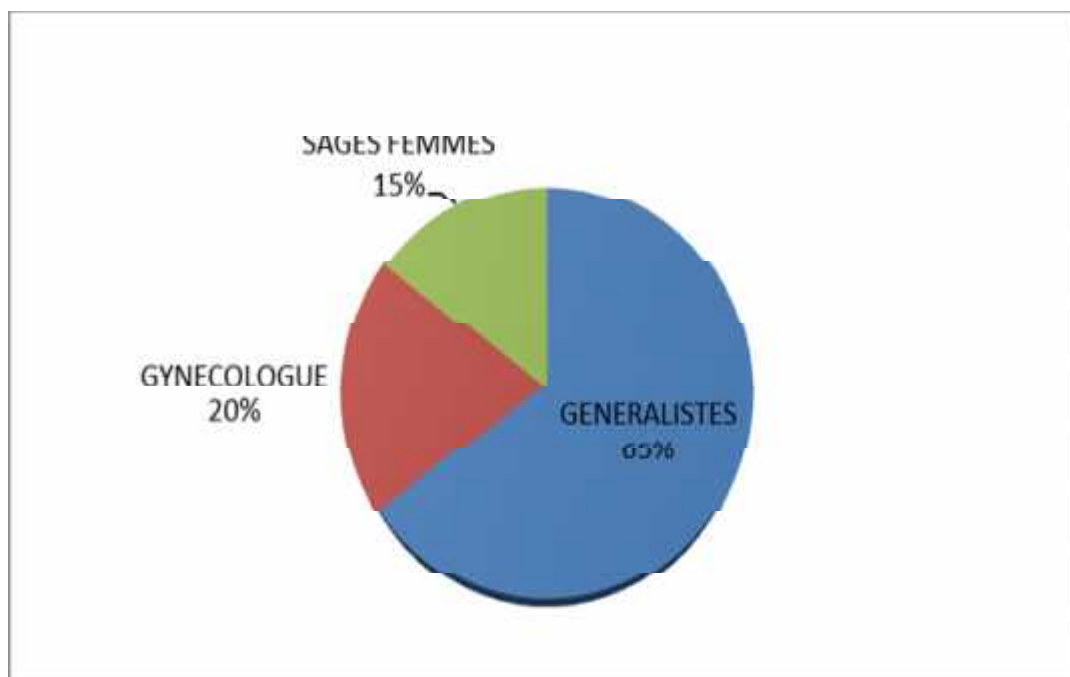
Dans notre étude plus de la moitié des patientes (60 %) ont reçu une information sur l'allaitement pendant leur grossesse.

**Graphique .6** vous étiez informées sur l'allaitement ?



## **2) Acteurs de formation**

Les médecins généralistes constituent la principale source de l'information 65 %



**Graphique .7 : Acteurs de formation**

### **c) Choix du mode d'allaitement**

À la sortie de la maternité 86 % des femmes de notre étude avaient opté pour l'allaitement maternel, 14 % d'entre elles avaient choisi l'allaitement artificiel.

#### ***1) Moment du choix***

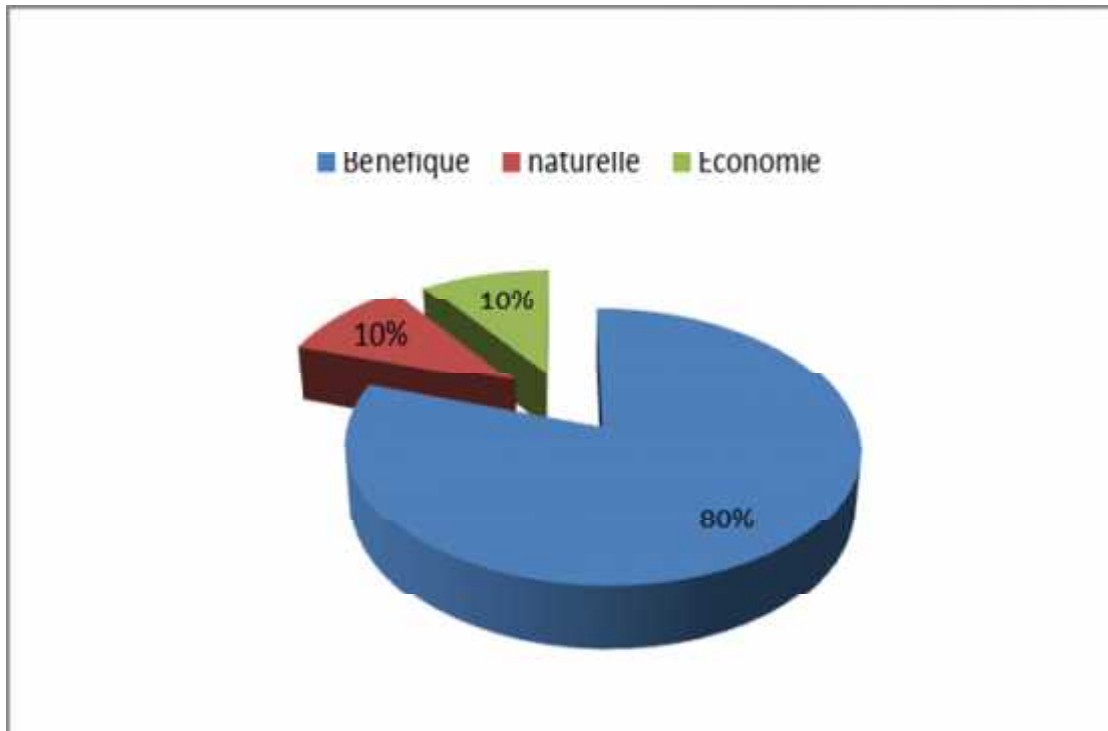


**Graphique .8 : Moment du choix**

La décision du mode d'allaitement a été prise très tôt, avant même la grossesse pour les 71%.

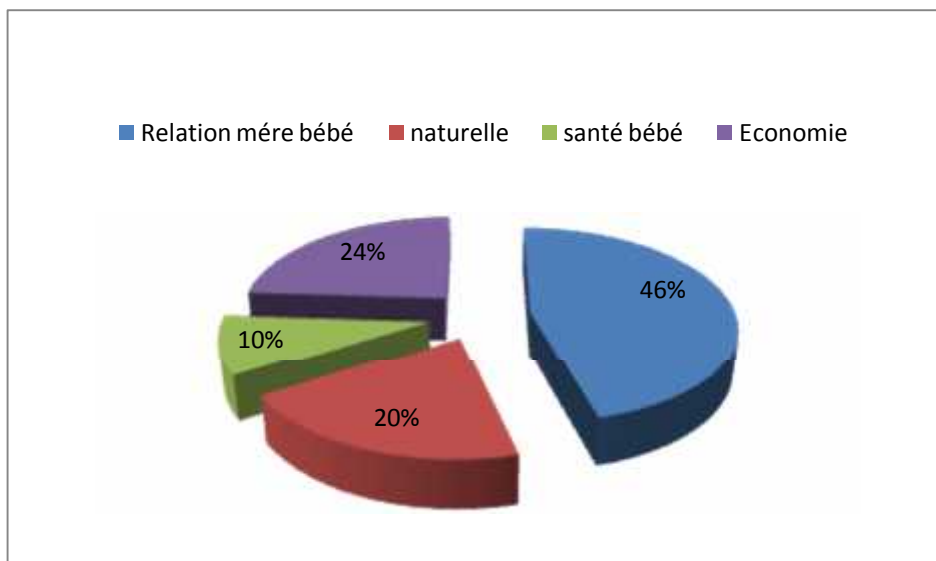
## 2) Pourquoi les femmes allaitent ?

Dans notre étude, nous avons demandé aux patientes de donner les différentes raisons pour lesquelles elles avaient décidé d'allaiter et en les classant par ordre de priorité. .



**Graphique .9 :** Première raison avancée pour allaiter :

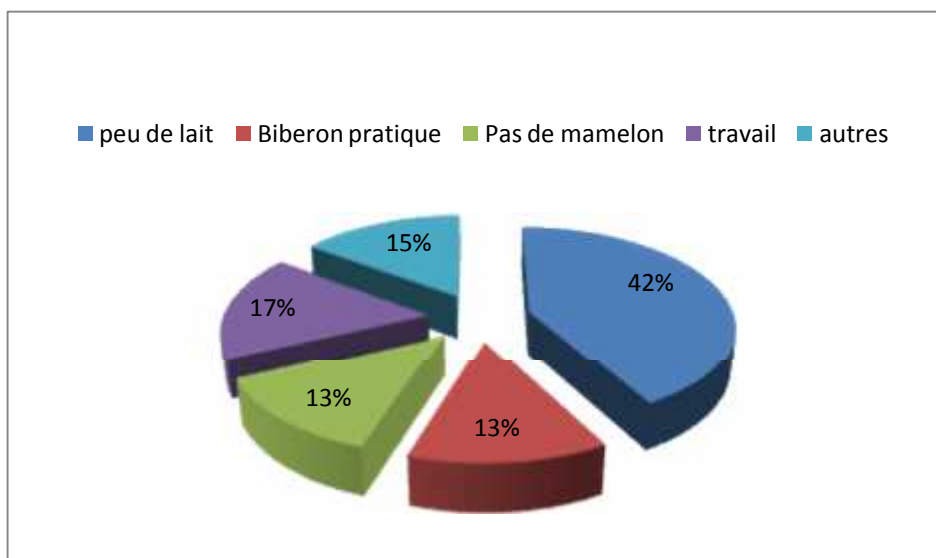
Dans 80 % des cas, le bénéfice pour la santé de l'enfant était cité comme première raison motivant la décision d'allaiter au sein.



**Graphique .10 :** Deuxième raison avancée pour allaiter :

Pour 46 % des cas, la relation mère-enfant était citée comme deuxième raiso

### *3) Pourquoi les femmes n'allaitent pas ?*

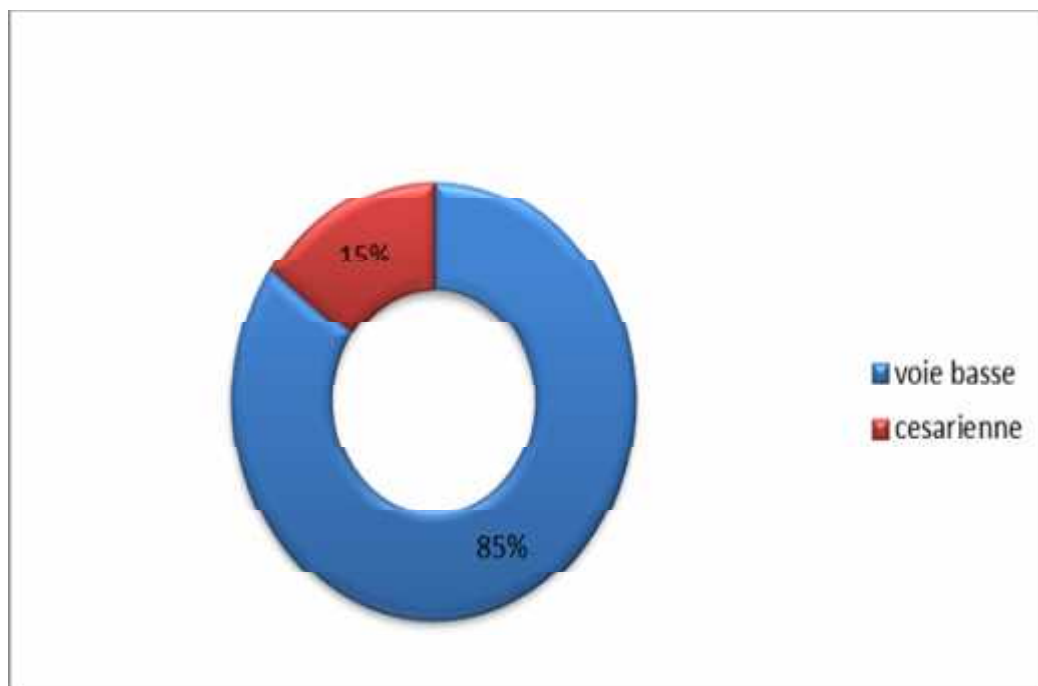


**Graphique .11 :** raisons du choix de l'allaitement artificiel

L'insuffance laiteuse était la principale cause de choix de l'allaitement artificiel du nourrisson (42%)

***d) L'accouchement***

***1) Mode d'accouchement***



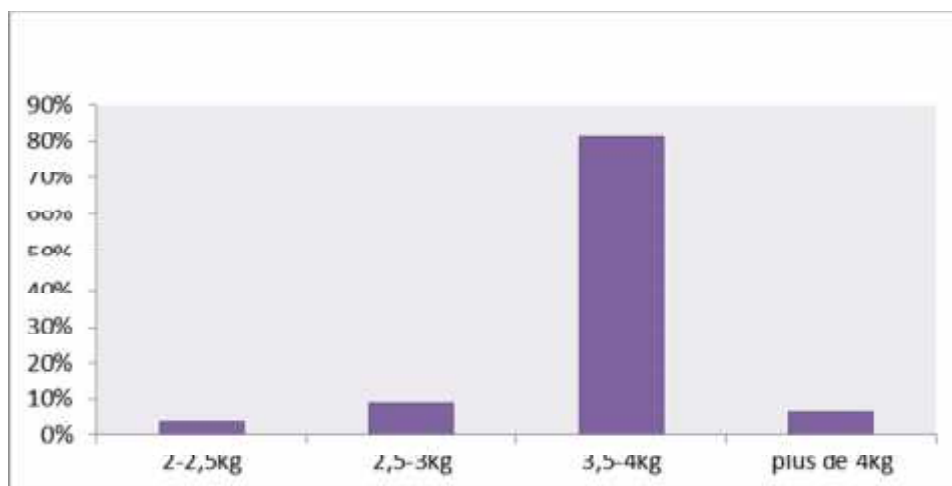
**Graphique .12 : Mode d'accouchement**

85% des femmes ont accouché par voie basse, 15% par césarienne.

## 2) Poids de naissance

Les poids de naissance des bébés se répartissaient de la façon suivante :

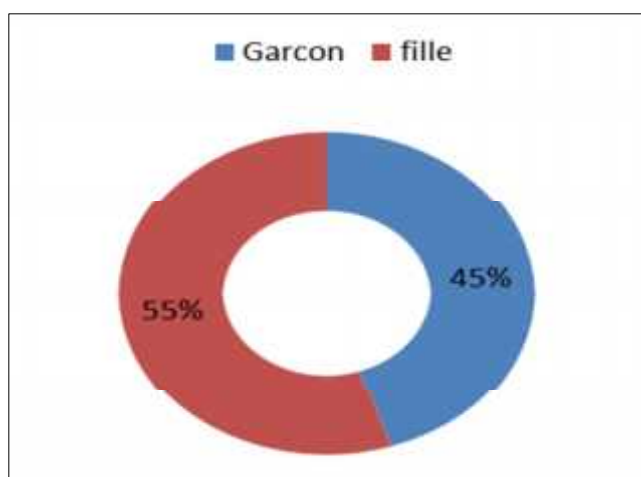
La majorité des bébés ont un poids entre 3.5 et 4kg



Graphique .13 : Poids de naissance

## 3) Sexe de l'enfant

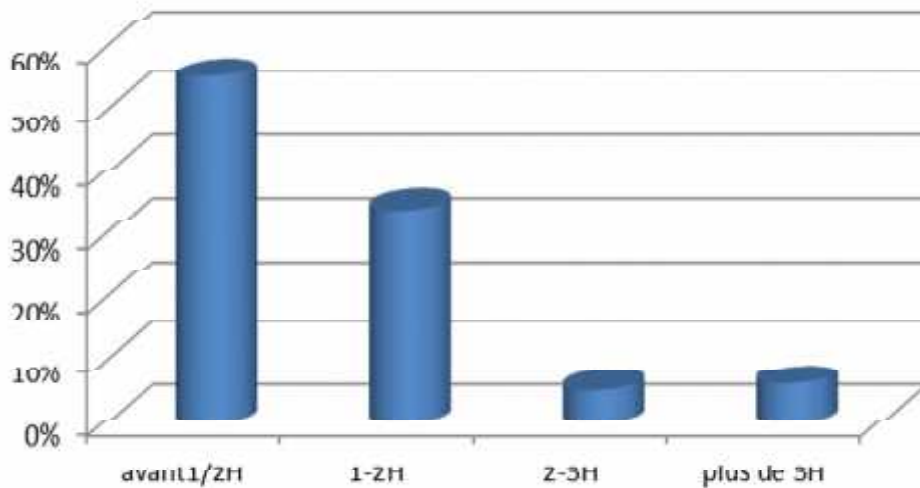
55% sont des filles



Graphique .14 : Sexe de l'enfant

### ***e) Mise en place de l'allaitement***

#### ***1) Intervalle entre l'accouchement et la première mise au sein***



**Graphique .15 :** Intervalle entre l'accouchement et la première mise au sein

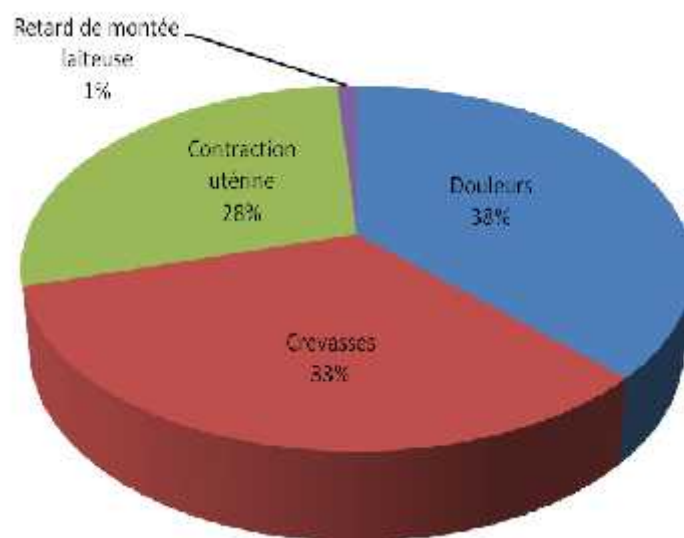
89 % des femmes ont mis leur bébé au sein dans un délai maximum de deux heures après l'accouchement. 55% des femmes de notre étude ont allaité environ dans la demi-heure qui a suivi l'accouchement.

#### ***2) Difficultés rencontrées à la Maternité lors de la mise en route de l'allaitement***

35 % des femmes qui allaitaient ont rencontré des difficultés lors de la mise en route de l'allaitement à la Maternité.

Les difficultés rencontrées étaient les suivantes :

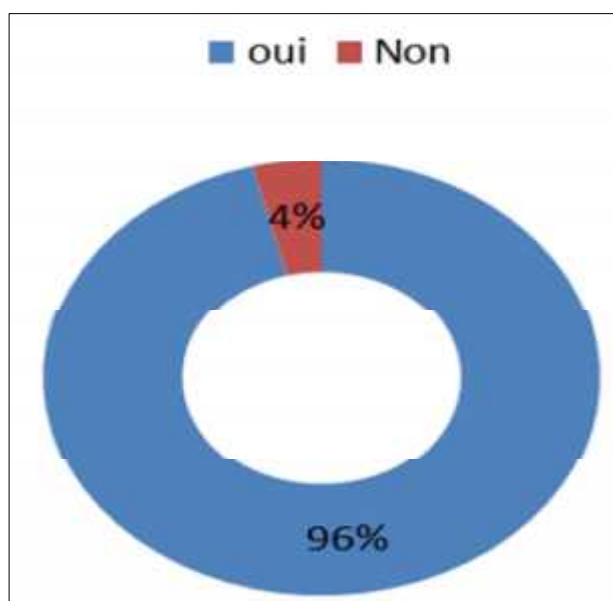
38% des femmes de notre échantillon ont ressenti des douleurs mammaires lors de la mise en route de l'allaitement ;33% ont souffert des crevasses ;POUR 28% les contractions utérines étaient un vrai problème.



**Graphique .16 :** les difficultés à l'allaitement à la maternité

### *3) Encadrement de l'allaitement à la Maternité*

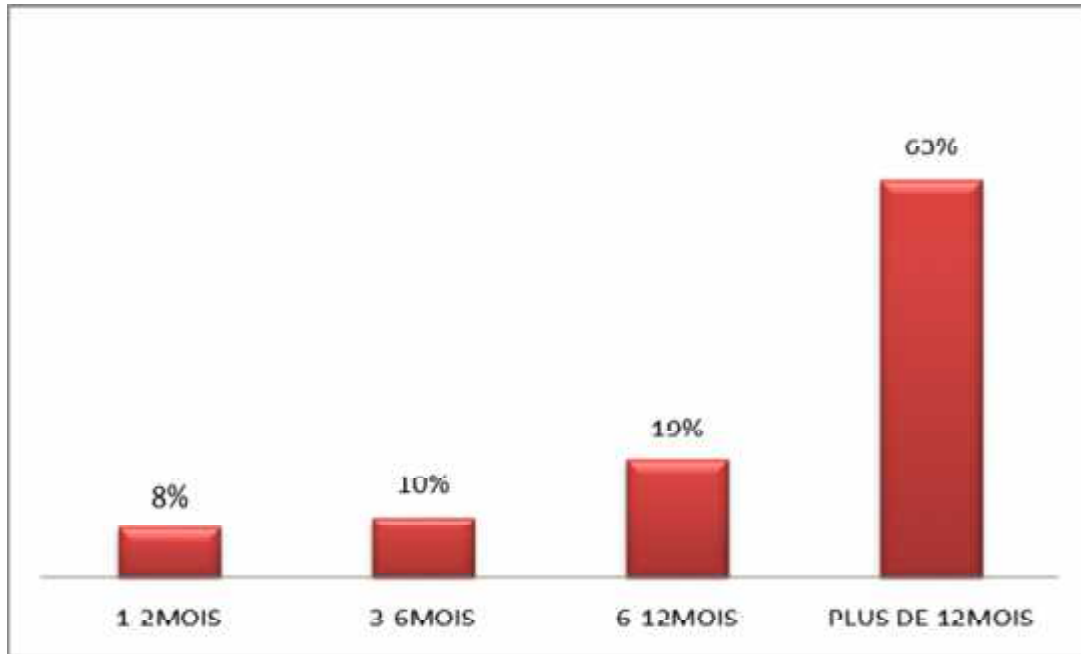
**Graphique .17** Vous étiez encadrées à la maternité ?



Seules 4% des femmes qui allaitaient, ne se sont pas senties bien encadrées lors de la mise en place de l'allaitement à la Maternité.

#### 4) Durée d'allaitement envisagée

63% des femmes ont envisagées un allaitement d'une durée égale à 24 mois



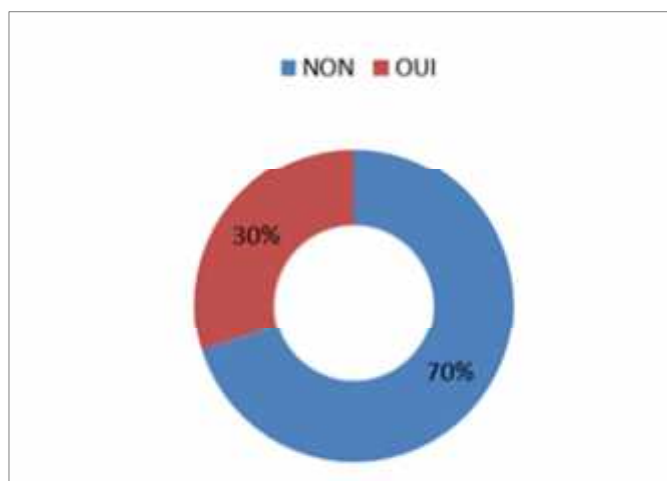
Graphique .18 : Durée d'allaitement envisagée

## 2. Deuxième questionnaire

Comme nous l'avons vu plus haut, le deuxième questionnaire était uniquement destiné aux femmes (20) vues au centre de sante Massjid a Akkari toutes optées pour l'allaitement maternel. Ce questionnaire était réalisé en moyenne deux mois après l'accouchement.

#### a) Taux d'allaitement à 2 mois 20 cas

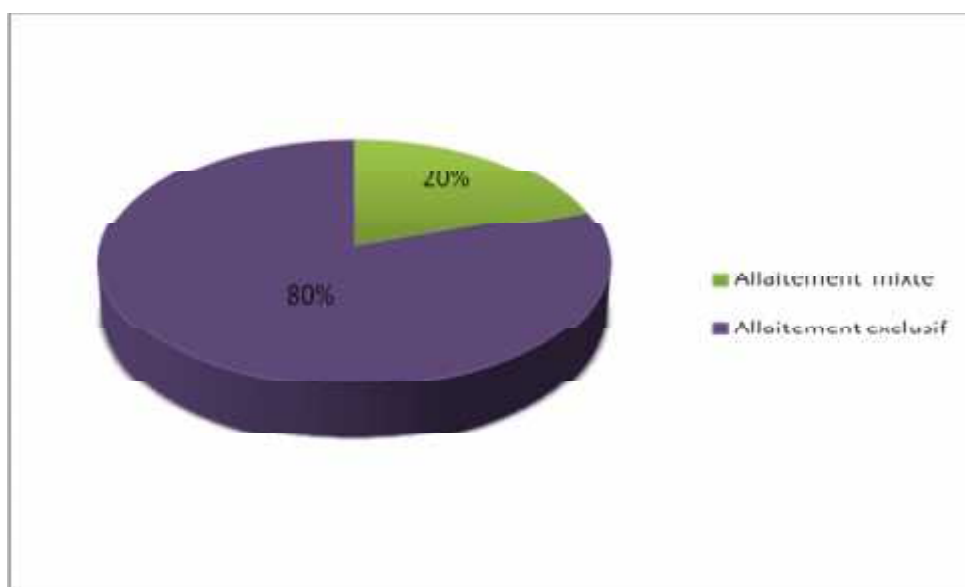
6 Femmes (30%) seulement parmi les 20 qui ont initiées l'allaitement maternel ont poursuivi



**Graphique .19 :** Taux d'allaitement à 2 mois

***b) Taux d'allaitement exclusif à 2 mois :***

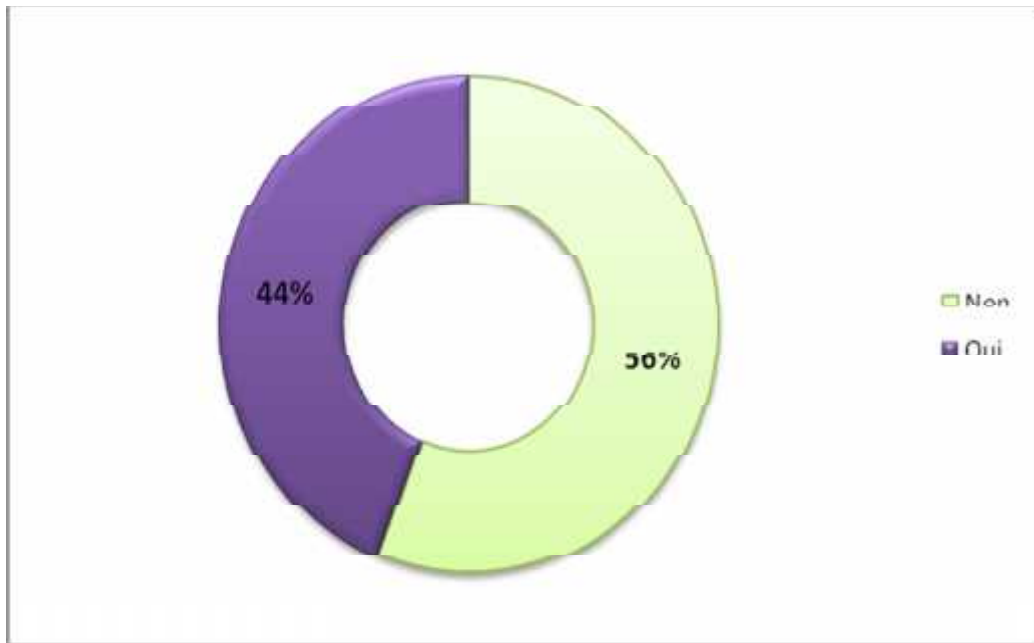
Près de 80 % (12 des femmes) qui ont continué d'allaiter pratiquaient un allaitement exclusif.



**Graphique .20 :** Taux d'allaitement exclusif à 2 mois

**c) Difficultés rencontrées pendant les deux premiers mois d'allaitement**

**Graphique .21 : avez-vous rencontré des difficultés ?**

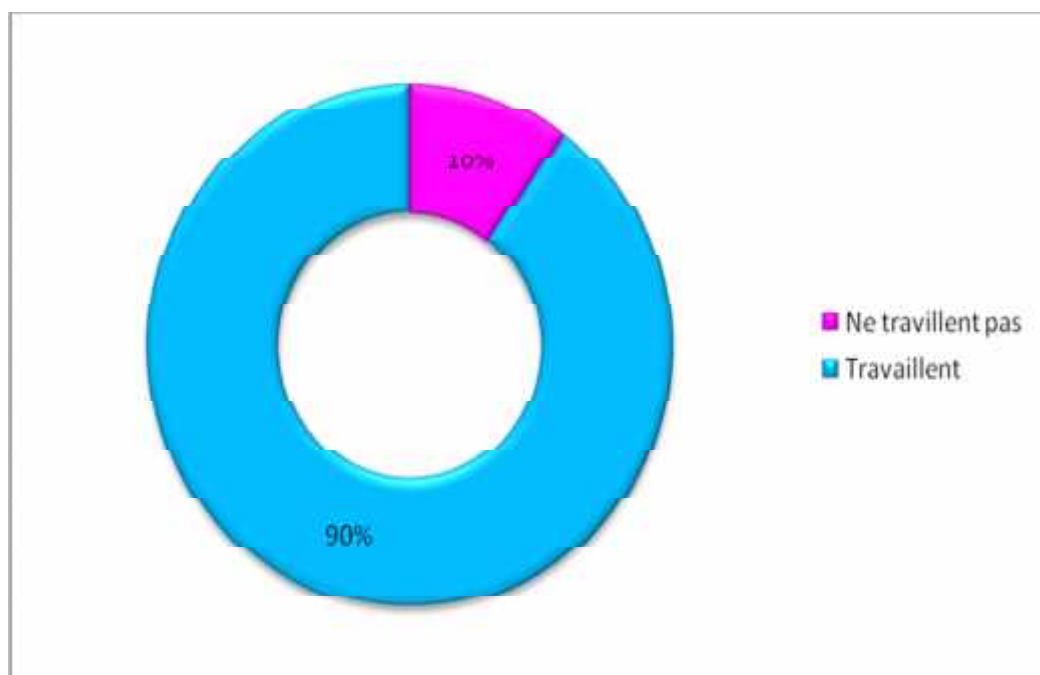


Les difficultés les plus souvent rencontrées étaient l'engorgement dans 30% des cas, puis les crevasses dans 24% des cas.

**d) Allaitement et travail**

90% des femmes qui allaitaient, ne travaillaient pas (72% étaient sans emploi, et 18% en congé parental).

Parmi les femmes qui travaillaient, 68% voulaient continuer d'allaiter après la reprise de leur activité professionnelle.

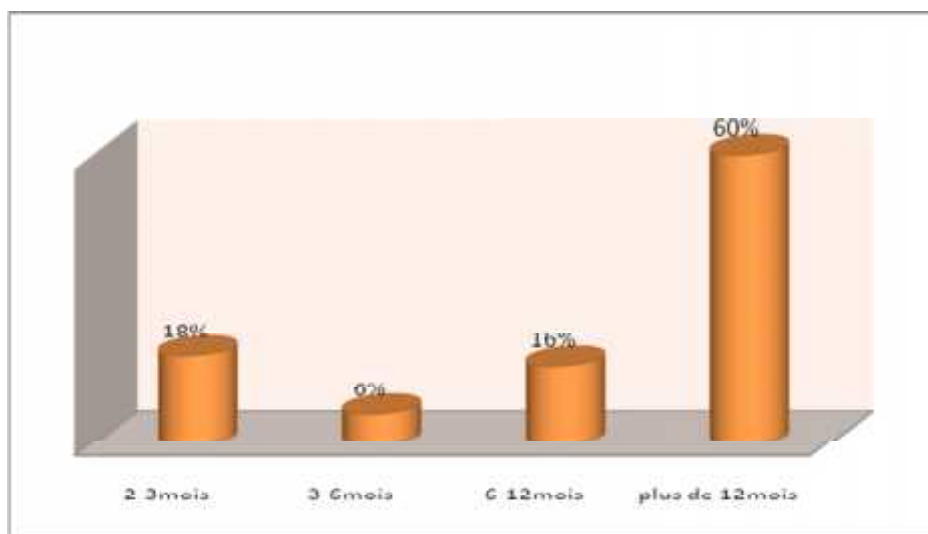


**Graphique .22 : Allaitement et travail**

***e) Durée d'allaitement envisagée et comparaison avec durée initiale prévue***

Le nombre d'allaitements courts envisagés a augmenté de près de 10%, deux mois après l'accouchement, au dépend du nombre d'allaitements intermédiaires (3 à 5mois).

Le nombre d'allaitements longs (6 à 12 mois) s'est maintenu, le nombre d'allaitements très longs (>12 mois) a augmenté.



**Graphique .23 :** Durée d'allaitement envisagée et comparaison avec durée initiale prévue

#### *f) Raisons de l'interruption de l'allaitement*



**Graphique .24 :** Raisons de l'interruption de l'allaitement

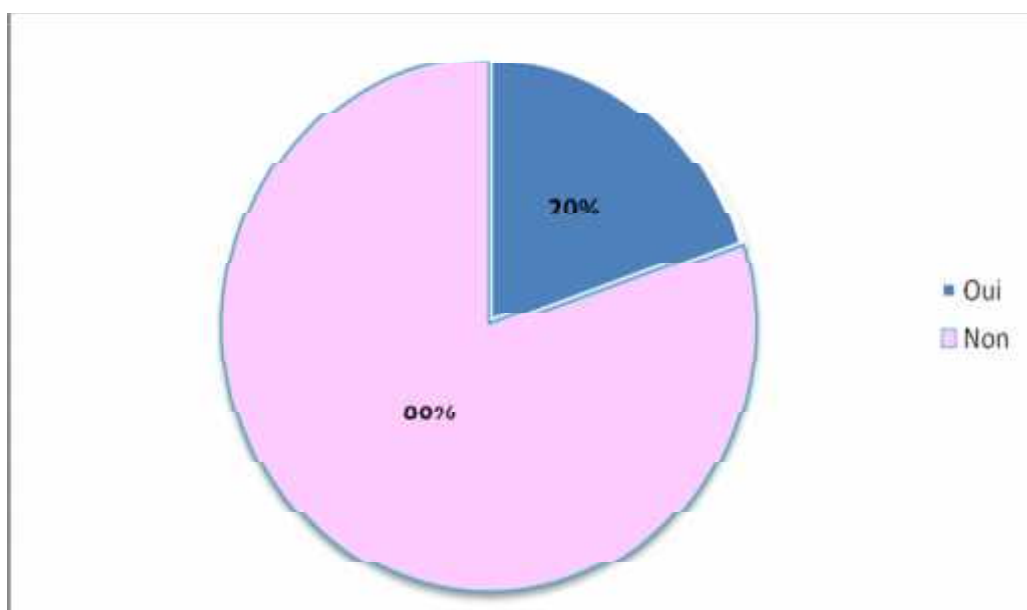
Les deux principales causes de sevrage précoce : insuffisance laiteuse (32%) et les crevasses (30%).

***g) Regrettez-vous?***

Aucune femme n'a regretté d'avoir allaiter.

***h) Avez-vous été encadré ?***

**Graphique .25 : Avez-vous été encadré**



Les professionnels de santé de la PMI étaient les premiers acteurs de l'encadrement des femmes qui allaitaient. Le médecin généraliste arrivait en dernière position.

### 3. Facteurs associés au choix du mode d'allaitement

Pour rechercher une liaison entre le choix du mode d'allaitement et différents facteurs, nous avons comparé le groupe « allaitement maternel » et le groupe « allaitement artificiel ». On va citer seulement quelques facteurs.

#### a) Caractéristiques de la mère

##### 1) L'âge

|        | femmes qui allaitent |    | femmes n allaitant pas |    | Totale des femmes |     |
|--------|----------------------|----|------------------------|----|-------------------|-----|
|        | nombre               | %  | nombre                 | %  | nombre            | %   |
| 20-24  | 13                   | 76 | 4                      | 24 | 17                | 14  |
| 25-29  | 38                   | 95 | 2                      | 5  | 40                | 33  |
| 30-34  | 25                   | 80 | 6                      | 20 | 31                | 25  |
| 35-39  | 22                   | 88 | 2                      | 12 | 25                | 20  |
| 40-45  | 5                    | 71 | 3                      | 29 | 7                 | 5   |
| Totale | 103                  | 86 | 17                     | 14 | 120               | 100 |

Dans notre étude, le taux d'allaitement est associé de façon significative à l'âge, les femmes âgées de 30 et plus, ont plus tendance à allaiter que les femmes plus jeunes.

##### 2) Niveau d'étude

|             | femmes qui allaitent |      | femmes n allaitant pas |      | Totale des femmes |     |
|-------------|----------------------|------|------------------------|------|-------------------|-----|
|             | nombre               | %    | nombre                 | %    | nombre            | %   |
| primaire    | 20                   | 51   | 19                     | 52   | 39                | 30  |
| secondaire  | 22                   | 61   | 14                     | 29   | 36                | 33  |
| Bac         | 9                    | 37,5 | 15                     | 62,5 | 24                | 20  |
| Analphabète | 13                   | 65   | 7                      | 35   | 17                | 17  |
| Totale      | 103                  | 86   | 17                     | 14   | 120               | 100 |

Dans notre étude il n'existe pas de relation significative entre le niveau d'étude des femmes et le choix de leur mode d'allaitement

Le fait d'avoir été allaité ou non par sa mère est associé de façon très significative au choix du mode d'allaitement : les femmes qui ont été allaitées choisissent plus souvent d'allaiter

### 3) La parité

Il existe une relation significative entre la parité des femmes et le choix de leur mode d'allaitement; les multipares choisissent plus l'allaitement maternel.

|            | femmes qui allaitent |    | femmes n allaitant pas |    | Totale des femmes |     |
|------------|----------------------|----|------------------------|----|-------------------|-----|
|            | nombre               | %  | nombre                 | %  | nombre            | %   |
| multipares | 78                   | 91 | 7                      | 10 | 85                | 71  |
| primipares | 20                   | 57 | 15                     | 43 | 35                | 29  |
| Totale     | 103                  | 86 | 17                     | 14 | 120               | 100 |

### 4) L'expérience d'allaitement antérieur

|        | Femmes qui allaitent |    | Femmes n allaitant pas |    | Total des femmes |     |
|--------|----------------------|----|------------------------|----|------------------|-----|
|        | Nombre               | %  | Nombre                 | %  | Nombre           | %   |
| OUI    | 70                   | 97 | 2                      | 3  | 72               | 84  |
| Non    | 8                    | 61 | 5                      | 39 | 13               | 16  |
| Totale | 78                   | 91 | 7                      | 10 | 85               | 100 |

L'expérience d'allaitement antérieur est associée de façon très significative au choix du mode d'allaitement : une femme qui a déjà allaité aura tendance à opter de nouveau pour l'allaitement maternel.



## *Discussion*



## **IV. DISCUSSION**

### **A. Taux et durée d'allaitement**

#### **1. Pourcentage de mère initiant un allaitement maternel**

Dans notre étude 86% des patientes interrogées allaitaient leur enfant à la Maternité. Ce taux est plus important que le chiffre national estimé à 27.8% en 2011 [114].

Ce taux d'allaitement exceptionnel est lié à la politique en faveur de l'allaitement pratiqué dans les services.

#### **2. Taux d'allaitement à 2 mois et durée d'allaitement souhaitée**

Dans notre étude, après deux mois, 30 % des patientes ayant opté pour l'allaitement maternel, ont continué d'allaiter. Mais rares sont les données récentes sur l'évolution du taux d'allaitement après la naissance et sur sa durée.

À la sortie de la maternité, 63% des femmes envisageaient un allaitement d'une durée supérieure ou égale à 12 mois. Ce taux se maintient lorsqu'on les réinterroge deux mois après l'accouchement. Donc 63 % de notre échantillon ont suivi les recommandations de l'ANAES qui préconisent un allaitement exclusif de 6 mois [34].

### **B. Les raisons du choix du mode d'allaitement**

#### **1. Pourquoi les mères choisissent-elles l'allaitement maternel ?**

Dans notre étude, la première raison avancée par les mères qui ont choisi l'allaitement maternel est le bénéfice escompté sur la santé de l'enfant (80%), puis la relation mère enfant (10%) et enfin l'aspect naturel (8%).

Les résultats de notre étude sont conformes à ceux des études publiées qui mettent toutes en avant les bienfaits de l'allaitement maternel sur la santé de l'enfant comme premier argument présenté par les mères en faveur du choix de ce mode d'allaitement.[62][63][64][65]. Une étude réalisée en 2001 démontre que le taux d'allaitement maternel augmente avec le nombre de qualités du lait maternel connues des mères. La qualité la plus déterminante est la diminution du risque d'infection [63].

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

La deuxième raison invoquée pour allaiter par une femme sur deux est le lien particulier que l'allaitement crée entre la mère et son enfant.

## **2. Pourquoi les mères choisissent-elles l'allaitement artificiel ?**

Notre étude met en évidence que les mères qui ont choisi d'avoir recours à l'allaitement artificiel pour l'insuffisance laiteuse puis pour le fait que le biberon est plus pratique.

Dans la littérature, la perception d'une insuffisance de production lactée est fréquemment le premier parmi les motifs d'allaitement artificiel,

Nos résultats concordent avec les données de la littérature puisque l'aspect pratique du biberon est le principal motif donné pour le choix de l'allaitement artificiel dans de nombreuses études [62], [63], [66], [67].

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

Les multipares ne notent pas leur expérience personnelle d'allaitement artificiel (ou maternel) comme motif de choix, même si l'on remarque qu'elles reproduisent leur expérience la plupart du temps [59]. Cependant l'échec d'un allaitement artificiel peut être retrouvé comme motif de choix.

Dans la littérature, [65], l'influence de l'entourage un des facteurs majeurs du choix de l'allaitement artificiel : ainsi, si la mère perçoit que la famille, et en particulier le conjoint à une attitude négative vis-à-vis de l'allaitement maternel, elle n'allaitera probablement pas car elle sait qu'elle ne se sentira pas soutenue. [70] Certaines idées fausses comme celle que l'allaitement maternel abîme les seins ou puisse interférer avec la vie de couple, peuvent faire préférer à certains conjoints la solution de l'allaitement artificiel. [71]

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

## **C. Facteurs influençant le choix et la durée du mode d'allaitement**

### **1. Facteurs sociodémographiques**

#### ***a) L'âge***

L'influence de l'âge sur les durées d'allaitement est discutée : deux études françaises n'ont pas retrouvé de lien entre l'âge et la durée totale d'allaitement [93] [95], contrairement à une étude réalisée dans la Somme [85] et à d'autres effectuées dans différents pays industrialisés [96][90][91].

### **b) Niveau d'étude et profession**

Dans notre étude, il n'existe pas de relation significative entre le niveau d'étude des femmes et le choix de leur mode d'allaitement, mais on met en évidence que les employées et les analphabètes ont plus tendance à opter pour l'allaitement artificiel. Dans les pays en voie de développement les nouveau-nés de mères illettrées ont 1.9 fois plus de chance d'être allaités que ceux dont la mère a reçu 7 ans d'études [94].

### **2. Parité et expérience d'allaitement antérieur**

Dans notre étude, il existe une relation significative entre la parité des femmes et le choix de leur mode d'allaitement. Les multipares choisissent plus l'allaitement maternel.

Les auteurs ont des réponses discordantes quant à l'influence de la parité sur le choix du mode d'allaitement, mais la parité et l'âge maternel sont deux facteurs corrélés et leurs effets respectifs sur le choix du mode d'allaitement ne sont pas toujours faciles à distinguer. Ainsi, certaines études ne montrent pas d'influence de la parité sur le choix [68][69], d'autres concluent que les primipares allaitent plus souvent, que c'est le fait des grandes multipares [92] ou que le taux d'allaitement maternel baisse quand la parité augmente [97].

Cependant, comme nous l'avons mis en évidence, l'expérience d'allaitement antérieur est associée de façon très significative au choix du mode d'allaitement : une femme qui a déjà allaité aura tendance à opter de nouveau pour l'allaitement maternel. Ceci a été également constaté dans de nombreuses études.[65][98].

On peut alors cibler les efforts de promotion de l'allaitement sur les primipares et les multipares n'ayant jamais allaité.

### 3. Comportement pendant la grossesse

#### ➤ L'information sur l'allaitement

Dans notre étude, le fait d'avoir été informé sur l'allaitement pendant la grossesse, n'est pas mis en évidence comme facteur influençant le choix du mode d'allaitement.

Ce résultat est discordant avec ceux de nombreuses études de la littérature, qui retrouvent une relation positive entre l'information et le choix de l'allaitement maternel [93][85][92][98]. Par contre il n'a pas été démontré de relation entre la durée de l'allaitement.[79][85][95][99].

### 4. Facteurs psychologiques et familiaux

#### a) Le moment du choix

La décision du mode d'alimentation de leur nourrisson a souvent été prise par les femmes interrogées **avant même la grossesse** : c'est le cas pour 71% de la totalité des femmes interrogées, 78.7% de celles ayant choisi d'allaiter et 63.9% de celles ayant choisi de donner le biberon. Cependant dans notre étude, il n'existe pas **d'association significative entre le moment du choix et le choix du mode d'allaitement**.

Dans la littérature les avis des auteurs divergent. Dans certaines études, le fait d'avoir choisi tardivement le mode d'alimentation de son premier enfant (pendant la grossesse ou à l'accouchement) n'est associé ni à l'initiation de l'allaitement ni à la durée. [95][93]

D'autres études mettent en évidence que **plus le désir d'allaiter est précoce, plus l'allaitement sera choisi et poursuivi** [100][101][79].

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

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

#### ***b) Leur mère les a elle allaitées ?***

Dans notre étude, le fait d'avoir été allaité ou non par sa mère est associé de façon très significative au choix du mode d'allaitement : les femmes qui ont été allaitées **choisissent plus souvent d'allaiter**. Ce résultat est conforme aux données de la littérature [93][98][85][79].

Dans la littérature, l'expérience de leur propre mère pour l'allaitement ne semble pas être en revanche suffisante pour augmenter la durée de l'allaitement. Ce facteur n'est en effet pas associé à une durée plus importante de l'allaitement. [93][95].

### **5. Caractéristiques de l'accouchement et du nouveau-né**

#### ***a. Sexe du nouveau-né***

Dans notre étude, **il n'existe pas de relation significative entre le sexe du nouveau-né et le choix du mode d'allaitement**.

Ce résultat concorde avec celui de l'enquête périnatale de 1995 [92].

#### ***b. Poids du nouveau-né***

Le poids du nouveau-né est lié de façon significative au choix du mode d'allaitement : les bébés dont le poids est inférieur à 3 Kg ont plus tendance à être allaités que les bébés plus lourds.

La littérature n'est pas catégorique sur ce point : certaines études ne mettent pas en évidence d'incidence du poids sur le mode d'allaitement. [62][97]. Par contre l'enquête périnatale de 1995 trouvait que la fréquence de l'allaitement maternel augmentait avec le poids de naissance, mais ne variait pas en fonction des autres caractéristiques de l'enfant à la naissance (âge gestationnel, naissance multiple, sexe).[92]

Plusieurs facteurs peuvent expliquer le fait que les enfants prématurés ou de petit poids soient allaités moins souvent, même si le lait maternel est l'aliment qui leur convient le mieux. Ils requièrent plus de soins médicaux, sont plus souvent séparés de leur mère, ce qui peut perturber l'unité formée par la mère et le nouveau-né. L'anxiété de la mère pour la santé de son enfant peut diminuer la production de lait, ce qui peut inciter une mère à ne pas allaiter. Par ailleurs, les facteurs prédisposant à la prématurité et l'hypotrophie sont plus fréquents dans les milieux sociaux les moins favorisés, c'est-à-dire ceux où l'allaitement est moins fréquent [102].

### *c. Mode d'accouchement*

Dans notre étude le mode d'accouchement n'est pas lié de façon significative au choix du mode d'allaitement. Dans notre travail peu de mères avaient subi une césarienne.

En France en 1995, un déclenchement ou une césarienne réalisée avant le début du travail étaient associés à des taux d'allaitements artificiels plus élevés. [97] D'autres études ne mettent pas en évidence d'influence du déroulement de l'accouchement sur le mode d'allaitement [103][104].

Cependant, un allaitement maternel peut être réussi après un accouchement par césarienne si l'environnement de la maternité est favorable.

## D. Difficultés rencontrées et vécu de l'allaitement

### 1. À la Maternité

Dans notre étude, 64 % des femmes qui allaitaient ont rencontré des difficultés lors de la mise en route de l'allaitement à la maternité. Les trois principales difficultés rencontrées sont **les douleurs** (38 %), **les crevasses** (33 %) puis **les contractions utérines** (28 %). La sensation de manque de lait n'a été évoquée que par 1 % des patientes.

Parmi ces difficultés, le taux de crevasses pourrait être diminué en renforçant l'observation des premières tétées afin de détecter les mauvaises positions du nourrisson, sources de crevasses. Mais cela requiert plus de disponibilité de l'équipe.

Cependant, seules 4 % des femmes qui allaitaient, ne se sont pas senties bien encadrées lors de la mise en place de l'allaitement à la maternité. Les patientes ont donc été satisfaites du soutien apporté par l'équipe soignante pour faire face à la mise en place de l'allaitement et à la gestion de ses premières difficultés.

Ce résultat est le reflet de la politique favorable à l'allaitement, menée dans le service et que nous avons développée plus haut.

Près d'un tiers des patientes présentent des craintes à la sortie de la maternité. La crainte la plus fréquente, ressentie par 59 % d'entre elles, est celle de ne pas avoir suffisamment de lait. Il serait nécessaire de rassurer les patientes à ce sujet en insistant sur les conseils nécessaires pour entretenir la lactation (allaiter à la demande, donner des deux seins à chaque tétée, boire et manger suffisamment, ne pas donner de complément...).

Malgré ces difficultés et ces craintes, 97 % des patientes se sentent prêtes à allaiter à la sortie de la maternité.

Tous les échecs d'allaitement ont eu lieu après la deuxième semaine. **Les échecs rencontrés ne sont pas le fait d'une mauvaise mise en route de l'allaitement.**

## 2. À leur domicile

Dans notre étude, plus de **la moitié des femmes ont rencontré des difficultés à leur domicile**. Les trois difficultés les plus souvent rencontrées sont **les engorgements, les crevasses puis les douleurs**. « Le manque de lait » n'est rencontré que chez 7 % des patientes, alors qu'il s'agissait de la crainte la plus fréquente exprimée à la sortie de la maternité.

Dans de nombreuses études, **la difficulté la plus souvent rencontrée est le « manque de lait »**. [98][85][74].

40 % des femmes ont été fatiguées par l'allaitement mais uniquement 9% décrivent cette fatigue comme une difficulté.

Seules ¼ des femmes qui allaitaient ont eu besoin de consulter à ce sujet, alors que près de la moitié ont éprouvé des difficultés. **Ce qui signifie que la moitié des femmes qui ont eu difficultés n'ont pas consulté.**

**Les professionnels de santé les plus sollicités sont ceux des SMI (42%),** devant les sages femmes (16%) et les gynécologues (16%). **Les médecins généralistes et les pédiatres n'ont été que très peu sollicités pour la prise en charge des difficultés.** Est-ce que les patientes n'avaient pas assez confiance en ces professionnels de santé pour la prise en charge de l'allaitement ?

Seraient-ils insuffisamment formés pour accompagner les femmes qui allaitent ?

Dans de **nombreuses études**, les **médecins** ont été interrogés sur leur conduite pratique face aux problèmes d'allaitement. Ils **apparaissent favorables à l'allaitement mais généralement peu aptes à en résoudre les difficultés** [105][72]. Ils sont d'ailleurs souvent conscients de cet état de fait.[106][107][105].

À la question : « Avez-vous été encadrée pendant votre allaitement » ? Près des 2/3 de patientes ayant poursuivi leur allaitement à deux mois, ont répondu par l'affirmative. Les principaux acteurs de l'encadrement sont la famille (43 %), la PMI et le service de la maternité (25 %). Les pédiatres ne sont évoqués que par 2 % des patientes et les généralistes n'ont pas participé à l'encadrement des patientes.

Il serait nécessaire que les médecins généralistes et pédiatres, deux spécialistes proches de la mère et de l'enfant, exercent un véritable rôle dans le suivi et la promotion de l'allaitement.

Si on compare les projets d'allaitement (en durée) à la sortie de la maternité et deux mois après, on constate que le nombre d'allaitements courts envisagés, a augmenté de près de 10%, au dépend du nombre d'allaitements intermédiaires (3 à 5 mois).

Le nombre d'allaitements longs (6 à 12 mois) se maintient, le nombre d'allaitements très longs (>12 mois) a tendance à légèrement augmenter.

Le fait que les durées effectives soient inférieures aux durées envisagées initialement, est une constatation fréquente dans la littérature. [79][85][93]

95% des patientes ayant poursuivi l'allaitement à 2 mois, affirment que l'allaitement a été une bonne expérience, et ce malgré les difficultés rencontrées. 100% des patientes ayant interrompu l'allaitement ne regrettent pas d'avoir allaité, et près 90% d'entre elles souhaitent recommencer l'expérience malgré l'échec.

### **E. Causes de sevrage**

Dans notre étude, 70% des patientes avaient interrompu l'allaitement lors de notre deuxième questionnaire, deux mois après l'accouchement. **Les femmes qui ont interrompu l'allaitement, l'ont fait en moyenne au bout d'un mois.**

Les trois principales raisons d'interruption de l'allaitement sont : **le manque de lait ; crevasses ; travail**

Dans la littérature, la perception d'une insuffisance de production lactée est fréquemment le premier motif de sevrage donné par les femmes. [85][54][96][74].

Les crevasses, qui représentaient un tiers des difficultés rencontrées à la maternité, la deuxième cause de difficulté au domicile, sont la deuxième source d'arrêt de l'allaitement. **Il convient comme on l'a vu, de renforcer l'observation par les soignants de la mise au sein, afin de détecter les mauvaises positions de la bouche du nourrisson par rapport au mamelon, pourvoyeuses de crevasses.**

**Le travail est une source importante d'arrêt de l'allaitement dans la littérature [85], mais notre étude ne porte que sur les deux premiers mois de l'allaitement, période où la femme n'a normalement pas repris son travail.**

## F. L'insuffisance de production lactée

Le « manque de lait » est un véritable fléau pour les mères qui allaitent : c'est l'une des principales difficultés rencontrées par les femmes et la première cause d'arrêt d'allaitement (dans la littérature).

Ces données contrastent avec la rareté de l'incapacité patho-physiologique maternelle à produire du lait ou assez de lait [49].

La croyance que beaucoup de mères ne sont pas capables de produire assez de lait est pourtant profondément enracinée et extrêmement répandue.

Dans l'article «Allaitement maternel, l'insuffisance de lait est un mythe culturellement construit » [108], G. Gremmo-Féger souligne que la prévalence élevée de ce syndrome dans la plupart des pays occidentaux contraste avec sa rareté dans les pays où l'allaitement maternel est très valorisé et le recours au lait artificiel beaucoup moins facile, de même qu'il était quasiment inconnu à l'époque où l'allaitement était encore la norme et le mode d'alimentation prépondérant dans les pays occidentaux.

L'expression «syndrome d'insuffisance de lait » serait d'ailleurs apparue dans la littérature biomédicale et anthropologique au début des années 80.

Une sécrétion lactée insuffisante est en réalité presque toujours due à une conduite inadéquate de l'allaitement et, dans de nombreux cas, l'impression de manquer de lait est subjective, liée au manque de confiance en elle de la mère [108].

La meilleure lutte contre cette insuffisance de production lactée passe probablement par la prévention [108], et l'information des femmes et de leurs conjoints.

D'une part, il faut informer les couples de la loi de l'offre et de la demande qui régit la production lactée, et qu'un nourrisson est tout à fait capable de réguler ses apports en lait pour peu qu'on lui laisse accès librement au sein.

Par ailleurs, ils doivent savoir que l'allaitement nécessite une fréquence élevée de tétées (et souvent également nocturnes), afin qu'ils n'adoptent pas des attentes irréalistes en matière de nombre de tétées, conformes à des normes culturelles imposées par l'alimentation artificielle.

Il faut également convaincre les couples (et leur entourage) que des apports nutritionnels insuffisants ne sont ni la principale ni la seule cause d'agitation et de pleurs chez le nourrisson, et que les tétées ne répondent pas à des besoins uniquement nutritionnels.

Les pleurs sont aussi une demande d'affection comblée au mieux par la succion non nutritive (« tétée câlin ») et le portage [109].

Dans la réussite de l'allaitement, l'information ne suffit pas, la confiance en soi est indispensable.

Une étude australienne [96] a montré que les mères qui avaient les scores les plus élevés de confiance en soi (évaluée par un questionnaire spécialisé) étaient les plus nombreuses à allaiter et à le faire exclusivement à J7.

Un niveau élevé de confiance en soi était également un des facteurs associé à la prévalence de l'allaitement à 4 mois après analyse par régression logistique.

Le soutien des mères est donc essentiel pour augmenter leur confiance en elles, afin qu'elles puissent réaliser leur projet d'allaitement. Les professionnels de santé peuvent jouer un rôle important pour les valoriser et augmenter leur confiance en leur capacité à nourrir leur bébé.

## G. Allaitement et activité professionnelle

Notre étude, ne concernant que les deux premiers mois après l'accouchement, nos résultats n'ont pu nous informer que de l'impact du travail sur l'initiation de l'allaitement. Pour l'impact du travail sur la durée d'allaitement nous nous sommes appuyés sur les données de la littérature.

Pour certaines femmes interrogées à la Maternité, le fait d'exercer une activité professionnelle semble avoir été un obstacle au choix de l'allaitement maternel :

Cependant dans notre étude, s'il existe une relation significative entre le type de profession et le mode d'allaitement, la relation entre l'exercice d'une activité professionnelle et le choix du mode d'allaitement n'est pas significative . Le fait de travailler n'est pas associé au choix du biberon.

90% des femmes qui allaitaient ne travaillaient pas (72 % étaient sans emploi, et 18 % en congé parental). Parmi les femmes qui travaillaient près des 2/3 voulaient continuer d'allaiter après la reprise de leur activité professionnelle.

Ce qui signifie que la reprise de l'activité professionnelle est un obstacle à la poursuite de l'allaitement pour un tiers des femmes qui travaillent.

L'impact de la reprise d'une activité professionnelle sur la durée totale d'allaitement est discuté.

## H. Comment augmenter les taux et les durées d'allaitement ?

### 1. Les cibles de la promotion de l'allaitement maternel.

Le choix ou non de l'allaitement maternel appartient aux mères, mais l'allaitement est aussi une pratique culturelle, influencée par des phénomènes de société.

Un changement de regard, afin de normaliser l'allaitement maternel, ne peut exister sans une promotion générale de l'allaitement.

Des programmes de promotion visant l'ensemble de la population peuvent rendre encore plus positive l'image de l'allaitement et de ses bienfaits dans la société.

Des études ont montré que des campagnes médiatiques locales (journaux, télévision, radio etc.) [49], ainsi que la diffusion de recommandations portant sur l'alimentation des enfants associée à une campagne médiatique nationale [75] [76] améliorent les taux de mise en œuvre et la durée de l'allaitement maternel.

Les campagnes médiatiques favorisent l'émergence d'un environnement favorable pour soutenir l'allaitement et peuvent contribuer à changer les attitudes à l'égard de la pratique de l'allaitement maternel.

#### ***a) Les garçons, les hommes, les futurs pères.***

Le père est un facteur important influençant le choix du mode d'alimentation [77] [78] [74]. Son attitude influence également la durée d'allaitement [79] [74].

Les futurs pères doivent donc être une cible privilégiée pour les actions de promotion : l'information doit porter sur les bénéfices de l'allaitement, sur les mythes les plus courants, mais aussi sur la mise en valeur de leur rôle essentiel dans le soutien de leur compagne qui allaite afin de les aider à trouver leur place autrement que par le biais du biberon [80].

Les pères peuvent être capables de fournir un soutien physique et psychologique mais ne sont pas nécessairement préparés à remplir ce rôle, d'où l'intérêt de programmes d'éducation prénatale qui leur sont destinés [49].

Des études ont montré qu'une éducation des pères en prénatal peut être efficace à la fois sur les taux d'initiation de l'allaitement et sur les durées d'allaitement [81] [80].

Les auteurs soulignent l'importance d'une formation pratique des pères, pour augmenter leurs connaissances, mais aussi d'une éducation, pour les aider à reconnaître et accepter leur rôle essentiel dans le succès de l'allaitement, et leur montrer leur capacité à augmenter la confiance en elle de la mère.

#### **b) Les enfants et les adolescents**

La décision d'allaiter est souvent prise avant la grossesse. Aussi, à plus long terme, favoriser l'allaitement maternel passe également par une éducation et une information dans l'enfance, pour les filles comme pour les garçons.

Une étude réalisée en France auprès de 350 lycéens, a montré que l'allaitement avait une image positive dans l'esprit des adolescents mais que leurs connaissances et croyances étaient très hétéroclites [82].

Certaines connaissances scientifiques sont acquises (aspects immunologiques, nutritionnels) mais d'autres croyances pervertissent le bon niveau de connaissance : croyance que les laits industriels sont stériles, qu'allaiter fatigue etc.

22.5 % des filles qui ne désirent pas allaiter donnent par exemple comme motif que le biberon est plus hygiénique.

***c) L'industrie alimentaire infantile***

Parallèlement à ces campagnes de promotion, **le respect du Code international des substituts du lait maternel et une plus stricte réglementation des pratiques de l'industrie alimentaire infantile** sont le corollaire indispensable à la réussite des actions de promotion.

Comment choisir librement le mode d'alimentation de son enfant quand les magazines à destination du grand public et plus particulièrement les magazines de petite enfance, sont remplis d'images de nourrissons représentés avec un biberon ? Quand la distribution de colis-cadeaux en maternité est encore quasi généralisée ?

La publicité pour les préparations pour nourrissons et aliments destinés aux enfants de moins de quatre mois est interdite en France auprès du grand public, mais les industriels envahissent les médias destinés aux parents par une prolifération de publicités pour les laits 2e âge, laits de croissance etc. dont les logos sont en général quasi similaires à ceux des préparations pour nourrissons.

Le champ d'application de la loi devrait être étendu aux substituts du lait maternel destinés aux enfants de plus de 4 mois, mais aussi aux autres objets

visés par le Code (biberons, tétines etc.), afin de permettre un plus grand respect du libre choix des parents pour l'alimentation de leur enfant.

La prolongation du congé maternité n'est donc pas le seul facteur intervenant mais probablement un préalable indispensable à la réalisation des recommandations nationales et internationales sur la durée de l'allaitement exclusif.

Cette politique a un coût à court terme mais qu'il faudrait analyser sur le long terme au regard des économies réalisées en matière de santé (protection à la fois par l'allaitement et par le retard à la mise en collectivité des enfants).

La reprise d'une activité professionnelle à temps plein augmente significativement le risque de sevrage, mais ce n'est pas le cas pour une activité à temps partiel, qui peut être une solution intermédiaire pour prolonger la durée de l'allaitement chez les femmes qui travaillent.

La promotion de l'allaitement sur le lieu de travail reste de toute façon d'actualité pour permettre aux femmes qui le souhaitent de poursuivre leur allaitement.

Elle passe par une application plus répandue de la législation en vigueur, par le biais d'une information des mères et d'une promotion auprès des employeurs.

### **3. Rôle des professionnels de santé**

La première rencontre entre une femme et les professionnels de santé concernés par l'allaitement a lieu généralement en début de grossesse, à un moment où, le plus souvent, le mode d'alimentation est déjà décidé. Et si ce n'est pas le cas, l'influence des seuls professionnels de santé, en dehors de programmes structurés, est limitée. [86] [78]

Le rôle du professionnel paraît en revanche essentiel pour encourager et aider les parents à mener à bien leur choix : une attitude positive envers l'allaitement combinée à des connaissances pratiques pour assister et soutenir les mères qui ont choisi d'allaiter a été rapportée comme un important facteur de promotion de la durée de l'allaitement [87] [88].

Une étude américaine [89] a évalué l'impact du point de vue de professionnels de santé sur la durée de l'allaitement exclusif : les mères suivies par un professionnel qui recommandait le don de supplément de lait industriel si la prise de poids de l'enfant était insuffisante, ou qui pensait que ses conseils sur la durée de l'allaitement n'étaient pas importants, étaient plus nombreuses à ne plus allaiter exclusivement à 12 semaines.

***a) En prénatal***

Le professionnel doit faire préciser le projet d'allaitement, recueillir les craintes des futures mères afin de les rassurer et corriger éventuellement les fausses idées reçues. Il convient de transmettre des informations objectives sur les aspects pratiques et d'insister sur les avantages de l'allaitement pour l'enfant et sa mère.

Le médecin généraliste, qui a l'avantage de voir les jeunes filles, les femmes et leurs familles en dehors des périodes de maternité, peut probablement jouer un rôle avant même la grossesse.

Il peut créer un environnement favorable à l'allaitement au cabinet, par le biais de matériel de promotion de l'allaitement maternel, mais aussi en limitant l'influence de l'industrie alimentaire infantile (pas d'exposition d'affiches d'informations avec le sigle de la compagnie, ni d'images idéalisant des nourrissons au biberon etc.).

***b) Pendant le séjour à la Maternité***

L'importance des pratiques hospitalières pour l'initiation et les durées d'allaitement est unanimement reconnue [55] [86][ 75].

Ces pratiques ont, d'ailleurs fait l'objet de recommandations de la part de l'OMS [] et sont résumées dans les « 10 conditions pour le succès de l'allaitement » [annexe 1].

Les maternités qui ont mis en place une politique pour un changement de pratiques, que ce soit ou non dans le cadre de l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébé, ont une augmentation constante de leurs taux d'allaitement [75][86].

### **c)Après le retour à domicile**

#### **Impact du soutien postnatal sur les durées d'allaitement**

Le soutien est défini comme tout contact individuel ou en petits groupes pour des conseils appropriés et des encouragements (avec des professionnels de santé ou des bénévoles) venant en complément des soins habituels dans le but de faciliter la poursuite de l'allaitement maternel [49].

L'éducation est efficace pour augmenter les taux d'allaitement et les durées sur le court terme, le soutien peut aussi augmenter les durées sur le long terme et l'exclusivité de l'allaitement [75][76]. La combinaison d'une éducation et d'un soutien apparaît une stratégie particulièrement efficace.

Le retour à domicile coïncide avec la survenue de difficultés dont la prévention requiert l'implication des professionnels et le développement de services de soutien à domicile.

Les différents professionnels de santé doivent pouvoir s'organiser pour former un réseau de soutien à l'allaitement permettant aux femmes de faire face aux premières difficultés et de continuer ainsi leur allaitement le plus longtemps possible. La maternité doit être l'élément central de ce réseau de soutien, elle informera les mères à leur sortie des différents acteurs qui pourront les aider si besoin.

Ce réseau de soutien se compose des sages-femmes, des puéricultrices, des médecins généralistes et pédiatres formés aux problèmes de l'allaitement, d'associations.

Voici quelques propositions qui permettraient d'améliorer le soutien aux mères qui allaitent :

▪ Améliorer la prise en charge à domicile, par exemple par **la programmation du passage systématique d'une sage femme ou d'une puéricultrice**, une fois par semaine le premier mois avec pesée du bébé, surveillance du bon déroulement des tétées, dédramatiser une hypogalactasie transitoire... Actuellement ce système existe déjà, mais il est réservé aux naissances multiples ou aux sorties précoces.

▪ **Mettre en place une consultation systématique dans les 15 jours après la naissance avec un médecin formé aux problèmes de l'allaitement.**

**d) Améliorer la formation des professionnels de santé.**

Afin qu'ils puissent constituer un soutien efficace aux femmes qui allaitent, les professionnels de santé ont besoin de renforcer leur formation dans le domaine de l'allaitement.

Des formations devraient aussi être dispensées aux seins des maternités, elles concerneraient tous les membres du service, médecins compris. Elles permettraient une réflexion de l'ensemble des soignants et d'adopter une seule ligne de conduite dans la prise charge des femmes qui allaitent. Ces cours devraient traiter de la physiologie de la lactation et de l'allaitement maternel, développer les conditions favorables au bon démarrage de l'allaitement et comment prévenir et prendre en charge les difficultés de l'allaitement.

Pour les médecins généralistes déjà installés, il faudrait réaliser des séances de Formation Médicale Continue sur l'allaitement maternel avec des cas cliniques.

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



## *Conclusion*



Pour nos aïeules, le choix de l'allaitement se posait à peine. Elles connaissaient l'allaitement depuis l'enfance : toutes les femmes allaitaient leur bébé, les petites filles assistaient et participaient aux mises au sein d'un frère, d'un cousin ou d'un enfant du voisinage.

Arrivées à l'âge adulte, les nouvelles mères n'avaient qu'à reproduire les gestes et habitudes qu'elles avaient contemplés pendant leur enfance les difficultés des premiers jours se résolvaient entre femmes.

Actuellement, les jeunes mères n'ont bien souvent jamais vu une femme allaiter.

Les connaissances en matière d'allaitement ont évolué mais pas forcément les pratiques dans les maternités.

L'allaitement maternel qui n'est plus indispensable à la survie de nos enfants, devient un choix.

Notre étude a mis en évidence que les déterminants du choix et de la poursuite de l'allaitement maternel sont multiples. L'initiation comme la durée d'allaitement sont influencées par de nombreux facteurs, à la fois individuels, socioculturels, familiaux et professionnels. Les femmes primipares, jeunes, et ou ayant fait peu d'études, doivent bénéficier de plus d'information et de soutien.

Le choix ou non de l'allaitement maternel appartient aux mères, mais l'allaitement est aussi une pratique culturelle, et l'augmentation des taux et durées d'allaitement implique une modification des comportements à tous les niveaux de la société.

L'histoire de l'allaitement en Suède montre que l'on peut inverser une tendance, et qu'une action à l'origine initiée par des mères organisées et motivées, puis relayée par les pouvoirs publics, peut permettre d'obtenir des taux d'allaitement très élevés et de refaire de l'allaitement maternel une norme pour l'alimentation des enfants.

Le respect du choix des mères et des couples est essentiel, tant pour le choix initial du mode d'alimentation de leur enfant que pour la durée de l'allaitement.

La volonté partout exprimée de « ne pas culpabiliser les mères qui ne veulent pas allaiter » ne doit cependant pas faire oublier que l'allaitement mérite d'être encouragé et valorisé. Dans notre société, les mères qui allaitent ont plus de difficultés que celles qui n'allaitent pas à la maternité [114], et elles prennent le risque d'être confrontées bien plus que les autres à des sentiments d'insuffisance, de doute et de culpabilité.

S'il n'est pas démontré qu'une information plus abondante et largement diffusée culpabilisera beaucoup celles qui biberonnent, il est certain qu'elle aidera grandement celles qui allaitent et qui ont besoin d'être rassurées.

Les professionnels de santé, même s'ils ne sont pas les seuls intervenants pour améliorer les pratiques d'allaitement, ont un rôle essentiel à jouer pour aider les mères à accomplir leur projet d'allaitement, et par la même améliorer la santé des nourrissons.

En les rassurant sur leurs capacités, en leur expliquant et en les soutenant lors des difficultés passagères, les professionnels de santé contribueront à ce que le discret frémissement actuellement constaté en faveur de l'allaitement maternel dans notre pays se confirme et s'amplifie dans les années à venir.

Et c'est par ces femmes qui aujourd'hui vont allaiter avec succès, que se transmettra à la génération suivante la « culture de l'allaitement », comme elle passe de mère en fille dans les pays où, pour des raisons culturelles, la question « allaitement ou biberon ? » ne se pose pas.



# *Résumés*



## RESUME

**Titre :** Déterminants de choix de l'allaitement ; étude prospective auprès 120 femmes  
A la maternité souissi de Rabat.

**Auteur :** El AYYAN Salahiddin

**Mots-clés :** allaitement maternel, professionnels de la santé

L'allaitement au sein peut être considéré comme l'un des maillons essentiels de la survie de l'humanité. IL constitue l'aliment optimal du jeune nourrisson ; le mieux ajusté à ses besoins et ses capacités. Cependant on continue à observer la progression déplorable de l'allaitement artificiel dans les pays en voie de développement.

En effet le recul de l'allaitement maternel au Maroc constitue un problème de la santé publique passant de 52% en 1992 à 15% seulement en 2006.

Dans ce cadre on n'a mené une étude, basée sur l'interrogatoire de 120 femmes (ayant accouchées à la maternité Soussi de Rabat et vues au centre diagnostic massjid à Akkâri ; 40 femmes ;)

A son issue on a constaté que la prévalence de l'initiation de l'allaitement maternel est de 86%, or seulement 30% de ces femmes ont poursuivies l'allaitement sein au-delà de 10 semaines.

L'analyse objective des causes de sevrage prématuré du lait maternel dans notre étude nous a permis de constater le rôle majeur de professionnels de santé dans le choix du mode d'allaitement et sa durée.

## **SUMMARY**

**Title:** Determinants of choice of breastfeeding prospective study 120 women A maternity **Souissi in Rabat.**

**Author:** El ayyan Salahiddin

**Keywords:** breastfeeding, health professionals

Breastfeeding may as an essential ingredient of survival humaniténourrisson; has the best fit its needs and its capacity. However we continue to observe the progress of deplorable artificial feeding in developing countries.

Indeed the decline of breastfeeding in Morocco is a problem of public health from 52% in 1992 to only 15% in 2006.

In this context one has conducted a study, based on examination of 120 women (having given birth at the maternity Soussi Rabat and views central to diagnosis massjid Akkari, 40 women;)

At its conclusion it was found that the prevalence of initiation of breastfeeding is 86%, or only 30% of these women continued breast feeding beyond 10 weeks.

Objective analysis of the causes of premature weaning from breast milk in our study allows us to see the major role of health professionals in the choice of mode of breastfeeding and its duration.

## ملخص

**العنوان:** محددات اختيار طريقة الرضاعة، دراسة مسبقة 120 حالة وضعت في مستشفى الولادة السويسي

**من طرف:** صلاح الدين العيان

**الكلمات الأساسية:** الرضاعة ، مهني الصحة.

تعتبر الرضاعة الطبيعية عنصر أساسي في بقاء البشرية وتعتبر الغذاء الأساسي عند الرضع. حيث تتناسب مع حاجياته وقدراته. رغم ذلك نلاحظ ارتفاع الرضاعة الصناعية في الدول النامية.

يعتبر في المغرب انخفاض الرضاعة الطبيعية مشكل الصحة العامة، حيث انتقلت من 52% 1992 إلى 15% 2006.

وفي هذا السياق أنجزنا دراسة اعتمدت على 120 حالة وضعت في مستشفى الولادة السويسي الرباط، وعوينت في المركز الصحي المسجد بالعكاري، 40.

الطبيعية في مستشفى هو 86% فقط تابعوا هذه الرضاعة 10 أسابيع.

التحليل الموضوعي لأسباب الفطام المبكر يسمح لنا أن نؤكد على الدور المهم لدى مهني الصحة في اختيار الرضاعة الطبيعية ومدتها.



## **Annexe1**

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

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 œuvre cette politique
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement et de sa pratique
4. Aider les mères à commencer à allaiter leur enfant dans la demi- heure suivant la naissance
5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson
6. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel sauf indication médicale
7. Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour
8. Encourager l'allaitement au sein a la demande de l'enfant
9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette
10. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leurs sorties de l'hôpital ou la clinique.

## **Annexe 2**

### **Code international de commercialisation des substituts du lait maternel**

1. Interdiction de la promotion auprès du grand public
2. Interdiction de donner des échantillons gratuits (laits, autres substituts, biberons et tétines...).
3. Interdiction de toute promotion de produits dans le système de soins sanitaires.
4. Interdiction d'utiliser du personnel payé par les fabricants pour donner des conseils aux mamans.
5. Pas de cadeaux ou d'échantillons personnels aux agents de santé.
6. Pas d'images de nourrissons ni d'autres représentations 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 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 le risque 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. Tous les produits doivent être de bonne qualité ; la date limite doit être indiquée : des termes comme « humanisé » ou « maternisé » ne sont pas admis.

## **Annexe 3**

### **Questionnaires**

Nom : Prénom :

Age :

Lieu d'habitation :

Profession :

Niveau

d'étude :                    -Primaire            -Secondair  
                                      -bac

tabac

Combien d'enfant avez-vous (à part le bébé) ?

Avez-vous déjà allaité (Oui/Non) ?

Si Oui, combien d'enfants ?

Si Oui, combien de temps ?

Bonne expérience

(Oui/Non) ?

Votre mère a-t-elle allaité (Oui/Non) ?

Avez-vous été informée sur l'allaitement avant accouchement

(Oui/Non) ?

Par qui : Médecin traitant, Sage femme, Gyneco, Infirmière, Autres ?

Quand avez-vous fait le choix du mode d'allaitement ?

\*Avant la grossesse

\*1ier Trimestre

\*2ième Trimestre

\*3ième Trimestre

\*A la Maternité

Date de Naissance du BB ?

Fille-Garçon

Fille

Garçon Poids :

Mode d'accouchement ?

\*Voie Basse

\*Césarienne

SI VOUS ALLAITEZ :

Pour qu'aurait-on ?                      \*Santé de l'enfant                      \* Contraception Relation mère  
\*enfant C'est plus naturel Pression familiale                      \*Economique  
\*Autre

Délai entre accouchement et première tétée

Vous sentez-vous bien encadrée en maternité

(Oui/Non)?

Vous sentez-vous bien encadrée dans la famille

(Oui/Non)?

Avez-vous des craintes (Oui/Non)

Si Oui lesquels :

Infections

Médicaments

Alcool

Tabac

Douleurs (Seins, Soutien, Bras) Alimentation pas disponible

Pour les autres enfants et la famille travail

Vous sentez-vous prête à la sortie de la maternité

(Oui/Non) ?

Combien de temps compter vous allaiter ? Avez-vous eu des difficultés à l'allaitement (Oui/Non)?

Si Oui : Douleurs

Crevasses

Retard de montée laiteuse

Contraction utérine

SI VOUS N'ALLAITEZ PAS :

Pourquoi

Date de Naissance

## **QUESTIONNAIRE 2CONSULTATION POST NATALE A 2 MOIS**

du BB : Age du BB

Avez-vous consulté pour l'allaitement

(Oui/Non)?

Si Oui : Médecin traitant

PMI Gynéco

Sage Femme

Allaitez-vous toujours (Oui/Non) ?

Si Oui, veuillez répondre aux questions suivantes :

Combien compter vous allaiter ?

Avez-vous rencontré des difficultés vis-à-vis de l'allaitement (Oui/Non)?

Si Oui, lesquels

Donnez-vous des compléments (Oui/Non)?

Si Oui : A quelle fréquence ? Depuis combien de temps ?

Si vous devez reprendre le travail, pensez-vous continuer l'allaitement (Oui/Non) ?

Si Oui : Combien de temps ? Combien de tétées par jour ?

ALLAITEMENT = Bonne expérience ? (Oui/Non)

Etiez vous bien encadrée (Oui/Non) ?

Si Oui, par qui ? Famille PMI

Service Néonatalogie Médecin généraliste

Gynécologue médical



# *Bibliographie*



- [1] **Comité de Nutrition de la Société Française de Pédiatrie.** Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. Les Synthèses du Programme National Nutrition Santé, Ministère des Solidarités, de la Santé et de la Famille ; Février 2005.
- [2] **Thirion M.** L'allaitement : de la naissance au sevrage. Paris : Albin Michel,1999; 273
- [3] **Kunz C, Rudloff S, Baier W, Klein N, Strobel S.** Oligosaccharides in human milk :structural, functional and metabolic aspects. *Annu Rev Nutr* 2000 ; 20 : 699-722
- [4] **Directive de la Commission du 14 mai 1991** concernant les préparations pour nourrissons et les préparations de suite (91/321/CEE). *Journal Officiel des Communautés Européennes*, 04.07.1991, L 175, p 35.
- [5] **Hamosh M.** Bioactive factors in human milk. *Pediatr Clin North Am* 2001 ; 48 : 69-86
- [6] **Heird WC.** The role of polyunsaturated fatty acids in term and preterm infants and breastfeeding mothers. *Pediatr Clin North Am* 2001; 48: 173-188.
- [7] **Jensen RG.** Handbook of milk composition. 1 vol, Acad Press, New-York 1995, 920 p.
- [8] **Neville MC, Morton J, Umemura S. Lactogenesis.** The transition from pregnancy to lactation *Pediatr Clin North Am* 2001 ; 48 : 35-52.
- [9] **Picciano MF (a)** Nutrient composition of human milk. *Pediatr Clin North Am* 2001; 48 :53-67.

- [10] **Picciano MF** (b) Representative values for constituents of human milk. *Pediatr Clin North Am* 2001 ; 48 : 263-4.
- [11] **Salle BL**. Le lait de femme. In : C Ricour, J Ghisolfi, G Putet, O Goulet, éd. *Traité de Nutrition Pédiatrique*, Maloine, Paris : 1993 : 973-1000.
- [12] **Lönnerdal B**. Nutritional and physiologic significance of human milk proteins. *Am J Clin Nutr* 2003 ; 77 : 1537S-1543S
- [13] **Scariati PD, Grummer-Strawn LM, Fein SB**. A longitudinal analysis of infant morbidity and the extent of breast feeding in the United-States. *Pediatrics* 1997 ; 99 : e5
- [14] **Kramer MS, Guo T, Platt RW, et al**. Infant growth and health outcomes associated with 3 compared with 6 mo of exclusive breastfeeding. *Am J Clin Nutr* 2003 ; 78 : 291-295.
- [15] **Duncan B ,Ey J, Holdberg CJ et al**. Exclusive breast-feeding for at least 4 months protects against otitis media. *Pediatrics* 1993; 91:867-72.
- [16] **Bachrach VR, Schwarz E, Bachrach LR**. Breastfeeding and the risk of hospitalization for respiratory disease in infancy. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2003;157:237-43.
- [17] **Rosenberg D**. Morbidité respiratoire. *Arch Pediatr* 2003; 10:942-3.
- [18] **Oddy WH**. The impact of breast milk on infant and child health. *Breastfeed Rev* 2002; 10:5-18.

- [19] **Takala AK, Eskola J, Palmgren J et al.** Risk factors of invasive *Haemophilus influenzae* type b disease among children in Finland. *J Pediatr* 1989 ;115:694-701.
- [20] **Marild S, Jodal U et al.** Prospective effect of breastfeeding against urinary tract infection. *Acta Paediatr* 2004; 93:164-8.
- [21] **Turck D breastfeeding** :health benefits for child and mother .*Arch Pédiatr* 2005;12:1-21
- [22] **Oddy WH, Holt PG, Sly PD et al.** Association between breastfeeding and asthma in 6 year old children: studding of a prospective birth cohort study. *BMJ* 1999; 319:815-19.
- [23] **Amstrong J., Reilly J.** Breastfeeding and lowering the risk of childhood obesity. *TheLancet* 2002 ; 359: 2003- 2004
- [24] **Jain A., Concato J. et Leventhal JM.**«How good is the evidence linking breastfeeding and intelligence? » [en ligne]. *Pediatrics*. Juin 2002; 109(6) : 1044-1053.
- [25] **Lucas A, Cole TJ.** Breastmilk and neonatal necrotizing enterocolitis. *Lancet* 1990;336:1519-23.
- [26] **Rich-Edwards JW, Stampfer AAJ, Manson JE et al.** Breastfeeding during infancy and the risk of cardiovascular disease in adulthood. *Epidemiology* 2004;15:550-6.

- [27] **Martin RM, Smith GD, Mangtani P et al.** Breastfeeding and cardiovascular mortality: the Boyd Orr cohort and a systematic review with meta-analysis. *European Heart Journal* 2004;25:778-86.
- [28] **Martin RM, Ben-Schlomo Y, Gunnell D et al.** Breastfeeding and cardiovascular disease risk factors, incidence and mortality: the Caerphilly study. *J Epidemiol Community Health* 2005;59:121-9.
- [29] **McKinney P, Parslow R, Gurney KA et al.** Perinatal and neonatal determinants of childhood type 1 diabetes. *Diabetes Care* 1999;22:928-32.
- [30] **Young TK.** Type 2 diabetes mellitus in children: prenatal and early infancy risk factors among native Canadians. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002;156:651-5.
- [31] **Owen C, Martin RM, Whincup PH et al.** Does breastfeeding influence risk of type 2 diabetes in later life? A quantitative analysis of published evidence. *Am J Clin Nutr* 2006;84:1043-54.
- [32] **Davis MK, Savitz DA, Graubard BI.** Infant feeding and childhood cancer. *Lancet* 1988;2:365-8.
- [33] **Guisse JM, Austin D, Morris CD.** Review of case-control studies related to breastfeeding and reduced risk of childhood leukemia. *Pediatrics* 2005;116:7231.
- [34] **Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé.** Allaitement maternel : mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de la vie de l'enfant. Paris. ANAES. mai 2002; 177p

- [35] **American Academy of Pediatrics** :comitte on drugs .The transfer of drugs and other chemicals into human milk. Pediatrics,2001;108,pp776-789
- [36] **Jan Mouchard Isabelle ,Battu merle agnès** .Allaitement maternel et médecine générale :revue de la littérature pour aider les médecins généralistes à accompagner les femmes qui allaitent . Th :Médecine Grenoble :2000
- [37] **Damasse-Michel C ,Rolland M , Tricoires J Et Azougui- Assoulliec**. Médicaments et allaitement maternel.Encyclopédie Médico chirurgicale (Elsevir ,Paris)Obstétrique ,S-111-A-10.2002,4p
- [38] **Lawrence Robert M, Lawrence Ruth A**. Given the benefits of breastfeeding, what contradications exist? Pediatrics clinics of North America, 2001; 48, pp235-252.
- [39] **Unicef, Onusida, OMS, UNFPA**. La transmission du VIH par l'allaitement au sein. Genève: OMS, 2005. 37p.
- [40] **ANAES**. Diagnostic et suivi virologiques des hépatites virales (à l'exclusion du dépistage en cas de dons de sang, d'organes ou de tissus). Paris : Anaes ;2002.
- [41] **Bernard O, Cohen J**.Transmission du virus de l'hépatite C de la mère à son enfant. In Journées parisiennes de Pédiatrie.Paris : Flammarion Médecine-Sciences ; 2001 :49-59.
- Thirion Marie**. L'allaitement. Paris :Albin-Michel,2004.280p
- [42] **Newman Jack**. You should continue to breastfeeding (2) : Illness in the mother or baby. 2005. Version française, mars 2005, par DUPRAS Stéphanie, [ttp://www.lllfrance.org/](http://www.lllfrance.org/)

- [43] **Newman Jack.** Blocked ducts and mastitis. 2005. Version française, mai 2005, par DUPRAS Stéphanie, <http://www.lllfrance.org/>
- [44] **Organisation Mondiale de la Santé.** Mastite : Cause et prise en charge. Genève : OMS, 2004. 44p.
- [45] **Railhet Françoise.** Allaitement et chirurgie mammaire. Allaiter aujourd'hui, 2003; 57.
- [46] **CRAT** : Médicaments et allaitement, les grandes lignes du raisonnement.
- [47] **Damase-Michel C, Rolland M, Tricoire J et Azogui-Assouline C.** Médicaments et allaitement maternel. Encyclopédie Médico-Chirurgicale (Elsevier, Paris), Obstétrique, 5-111-A-10, 2002, 14p.
- [48] **Gremmo-Feger G., Dobrzynski M., Collet M.** Allaitement maternel et médicaments. J Gynecol Obstet Biol Reprod, 2003; 32, pp466-475.
- [49] **Agence Nationale Accréditation et d'Évaluation en Santé .Allaitement maternel :mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de la vie de l'enfant .Paris .ANAES.mai2002**
- [50] **World Health Organization,** données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement [en ligne], 1999.
- [51] **Loras-Duclaux I.** Conseils pratiques aux mères qui souhaitent allaiter. Arch Pédiatr 2000 ;7:541-8.
- [52] **Pr Gabriel R ,Dr Ceccaldi PF,**Allaitement et complications ,LA REVUE DU PRATICIEN 2002 ,52 ,2269

- [53] **Horovitz j, Guyon F , Roux D , Hock C** .Suites de couches normales et pathologiques. Encycl Med Chir (Elsevier ,Paris), Gynécologie Obstétrique, 5-110-A-10, 2001, 12p
- [54] **Lepetit Hélène, Milhac Joëlle**. L'allaitement en France aujourd'hui.  
<http://www.institutdesmamans.com/Online/allaitement.php?mode=0>
- [55] **World Health Organization**, United Nations Children's Fund. Protecting, promoting and supporting breastfeeding: The special role of maternity services (A joint WHO/UNICEF statement). Int J Gynecol Obstet. 1990; 31: 171-83
- [56] **World Health Organization**. Données scientifiques relatives aux dix conditions pour le succès de l'allaitement. Geneva: WHO; 1999.
- [57] **Assemblée générale des Nations Unies**. Convention relative aux Droits de l'enfant. New York, 1989. [www.unicef.org/crc/crc.htm](http://www.unicef.org/crc/crc.htm)
- [58] **WHO and United Nations Children's Fund. Innocenti** Declaration on the Protection, Promotion and support of breastfeeding. 1990. New York, NY, UNICEF.
- [59] **Sandre-Pereira G**. La Leche League: des femmes pour l'allaitement maternel (1956-2004) pp174-187 disponible sur  
<http://clio.revues.org/index1462.html>
- [60] **La Leche League** ,qui sommes nous ? disponible sur  
<http://www.lllfrance.org/qui-sommes-nous/la-leche-league-international.html>
- [61] **Qu'est-ce que WABA ?** disponible sur <http://www.lllfrance.org/Promotion-et-protection-de-l-allaitement/waba.html>

- [62] **Sénécal J, Roussey M, Defawe G, Lozac'h P.** L'allaitement maternel : ses avantages, les facteurs du choix ou du refus en Bretagne. *Ouest Médical* 1978 ; 31(24) : 1525-31.
- [63] **Dussauze C.** Facteurs influençant le choix du mode d'alimentation et aspects pratiques de l'allaitement maternel du nouveau-né hospitalisé. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine 2001.
- [64] **Losch M, Dungy CI, Russell D, Dusdieker LB.** Impact of attitudes on maternal decisions regarding infant feeding. *JPediatr* 1995 ; 126(4) :507-14
- [65] **Lacuisse, Verdier EM,** Les déterminants du choix et de la poursuite du mode d'allaitement maternel .Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine 2006.
- [66] **Shepherd CK, Power KG, Carter H.** Examining the correspondence of breast- feeding and bottle-feeding couples' infantfeeding attitudes. / *Adv Nurs* 2000; 31(3):651-60.
- [67] **Guerrero ML, Morrow RC, Calva JJ, Ortega-Gallegos H, Weller SC, Ruiz- Pallacios GM, Morrow AL.** Rapid ethnographic assessment of breast-feeding practices in periurban Mexico City. *Bull World Health Organ* 1999 ;77(4) :323-30
- [68] **Vendittelli F, Labarche-Manciet C, Grandjean M H.** Allaitement et motivations maternelles. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1994 ;23 :323-9.
- [69] **Branger B, Lestien R, Crine F, Picherot G, Gérard C.** Les motivations psycho- sociales dans le choix du mode d'alimentation du nouveau-né. *Ann Pédiatr* 1988 ;35(7):519-23.

- [70] **Freed GL, Fraley JK, Schanler RJ.** Accuracy of expectant mothers' perceptions of fathers' attitudes regarding breast-feeding. *J Fam Pract* 1993 ;37(2) : 148-52.
- [71] **Freed GL, Fraley JK, Schanler RJ.** Attitude of expectant fathers regarding breast-feeding. *Pediatrics* 1992 ;90(2) :224-7.
- [72] **Marchand-Lucas L.** Le généraliste face aux déterminants de la conduite d'allaitement. Thèse d'exercice : médecine Paris 6, 1998.
- [73] **Roques N.** Au sein du monde. L'Harmattan, 2001.
- [74] **Institut de la statistique du Québec.** Etude longitudinale de développement des enfants au Québec (ELDEQ 1998-2002). Rapport. 2000, Mai. Vol 1. N 5
- [75] **Hector D., King L.** Interventions to encourage and support breastfeeding. *NSW Public Health Bull.* 2005; 16(3-4) : 56-61.
- [76] **Fairbank L., O'Meara S., Renfrew M.J. et al.** A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding *Health Technol Assess* 2000; 4(25): 1-171.
- [77] **Scott J.A., Binns C.W.** Factors associated with initiation and duration of breastfeeding: a review of the literature *Australian Journal of Nutrition and Dietetics*, 1998; 55(2): 51-61
- [78] **Giugliani ER, Caiaffa WT, Vogelhut J, Witter FR, Perman JA** Effect of breastfeeding support from different sources on mother's decision to breastfeed *J Hum Lact* 1994 Sep ;10(3) : 157-61

- [79] **Branger B., Cebron M., Picherot G., de Cornulier M.** Facteurs influençant la durée de l'allaitement chez 150 femmes. *Arch Pédiatr* 1998; 5 : 489-96.
- [80] **Pisacane A., Continision G.I., Aldinucci M., D'Amora S., Continisio P.** A controlled trial of the father's role in breastfeeding promotion *Pediatrics*. 2005 Oct; 116(4) : e494-e498.
- [81] **Ingram J., Johnson D.** A feasibility study of an intervention to enhance family support for breastfeeding in a deprived area in Bristol, UK. *Midwifery* 2004 Dec; 20(4):367-79
- [82] **Rihet M.** Regards des adolescents sur l'allaitement maternel. Étude auprès de 350 lycéens de Loire-Atlantique. Thèse d'exercice : Médecine Rennes. Mars 2004.
- [83] **Goulet C, Lampron A., Marcil I., Ross L.** Attitude and subjective norms of male and female adolescents toward breastfeeding *J Hum Lact*. 2003 Nov; 19(4): 402-10
- [84] **Slusser W.M., Lange L., Dickson V., Hawkes C, Cohen R.** Breast milk expression in the workplace: a look at frequency and time *J Hum Lact*. 2004 May; 20(2): 164-9
- [85] **De Flamesnil F., Kohler J., Barot D., Berger F.** Etude sur l'alimentation des nourrissons et l'allaitement maternel dans la Somme. *Journal de Pédiatrie et de puériculture*. N°1. 1997.
- [86] **Fairbank L., O'Meara S., Renfrew M.J. et al.** A systematic review to evaluate the effectiveness of interventions to promote the initiation of breastfeeding *Health Technol Assess* 2000; 4(25): 1-171

- [87] **Labarere J, Gelbert-Baudino N, Ayrat AS, Duc C et al.** Efficacy of breastfeeding support provided by trained clinicians during an early, routine, preventive visit: a prospective, randomized, open trial of 226 mothers-infant pairs.
- [88] **Taveras E.M., Capra A.M., Braveman P.A. et al.** Clinician support and psychosocial risk factors associated with breastfeeding discontinuation. *Pediatrics* 2003; 112 (1): 108-115.
- [89] **Gabilly F.** Prise en charge des mères allaitantes. Enquête sur les besoins de formation du médecin généraliste, conduite pratique à partir d'une revue de la littérature. Thèse d'exercice : médecine Lyon 1, 2001.
- [90] **Dubois L., Girard M.** Social determinants of initiation, duration and exclusivity of breastfeeding at the population level: the result of the Longitudinal Study of Child Development in Quebec (ELDEC 1998-2002). *Can J Public Health* 2003; 94(4): 300-5.
- [91] **Scott J.A., Binns C.W.** Factors associated with initiation and duration of breastfeeding: a review of the literature *Australian Journal of Nutrition and Dietetics*, 1998; 55(2): 51-61
- [92] **Crost M., Kaminski M** L'allaitement maternel à la maternité en France en 1995. Enquête nationale périnatale. *Arch Pédiatr* 1998; 5 : 1316-26
- [93] **Labarère J., Dalia-Lana C, Schelstraete C. et al.** Initiation et durée de l'allaitement maternel dans les établissements d'Aix et Chambéry. *Arch Pédiatr* 2001; 8: 807-15

- [94] **Grummerstrawn LM** The effect of changes in population characteristics on breast-feeding trends in 15 developing-countries. *Int J of Epidemiol* 1996 ;25(1) :94-102
- [95] **Ego A., Dubos J.P., Djavadzadeh-Amini M. et al.** Les arrêts prématurés de l'allaitement maternel *Arch Fr Pédiatr* 2003 ; 10: 11-18 .
- [96] **Blyth R.J., Creedy D.K., Dennis CL. et al.** Breastfeeding duration in an Australian antenatal population: the influence of modifiable factor. *J Hum Lact* 2004; 20(1): 30-38.
- [97] **Ford K, Labbok M.** Who is breast-feeding ? Implications of associated social and biomédical variables for research on the consequences of method of infant feeding. *Am J Clin Nutr* 1990 ;52(3) :451-6.
- [98] **Fanello S, Moreau-Gout I, Cotinat JP, Descamps P.** Critères de choix concernant l'alimentation du nouveau-né : une enquête auprès de 308 femmes. *Arch Pédiatr* 2003 ;10:19-24.
- [99] **Lelong N., Saurel-Cubizolles M.J., Bouvier-Colle M.H., Kaminski M.** Durée de l'allaitement maternel en France. *Arch Pédiatr* 2000 ; 7: 571-2.
- [100] **Ahluwalia IB, Morrow B, Hsia J.** Why do women stop breastfeeding? Findings from the Pregnancy Risk Assessment and Monitoring System. *Pediatrics*.2005 Dec; 116 (6): 1408-12.
- [101] **Losch M, Dungy CL, Russel D, Dusdieker LB.** Impact of attitudes on maternal decisions regarding infant feeding. *J Pediatr* 1995 ;126:507-14.

- [102] **Reniers JR, Peeters RF, Meheus AZ.** Breast-feeding in the industrialised world. Review of the literature. *Rev Epidemiol Santé Publique* 1983 ; 31(4) :375-407
- [103] **Tarabeux F.** L'allaitement maternel en milieu rural. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine 1984.
- [104] **Braconi N.A.** Revue de la littérature sur les bénéfices de l'allaitement maternel .Etude prospective sur la durée de l'allaitement maternel et ses facteurs favorisant à la maternité de Pontarlier. Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine 2007.
- [105] **Freed G.L., Clark S.J., Sorenson J. et al.** National assessment of physicians'breastfeeding knowledge,attitudes, training and experience. *JAMA* 1995;273:472-76.
- [106] **Traveras E.M., Li R., Grummer-Strawn L. et al.** Opinions and practices of clinicians associated with continuation of exclusive breastfeeding.*Pediatrics* 2004; 113: 283-90.
- [107] **Gabilly F.** Prise en charge des mères allaitantes. Enquête sur les besoins de formation du médecin généraliste, conduite pratique à partir d'une revue de la littérature. Thèse d'exercice: médecine Lyon 1, 2001.
- [108] **Gremmo-Féger G** Allaitement maternel, l'insuffisance de lait est un mythe culturellement construit. *Spirale-Erès* 2003 ; 27 : 45-59.
- [109] **Loras-Duclaux I.** Conseils pratiques aux mères qui souhaitent allaiter. *Arch Pédiatr* 2000 ; 7 541-8.

- [110] **R. Cohen, M.B. Mrtek** The impact of two corporate lactation programs on the incidence and duration of breastfeeding by employed mothers. *Am J Health Promot.* 1994 Jul-aug; 8(6): 436-41.
- [111] **World Health Organization.** 54<sup>e</sup> assemblée mondiale de la santé. La nutrition chez le nourrisson et le jeune enfant. Geneva :WHO,2001.
- [112] **Beaufrere B, Bresson JL , Briend A et al .** Promotion de l'allaitement maternel : c'est aussi le rôle des pédiatres . *Arch* 2000 ;1149-53
- [113] **Jackson KM, Nazar AM.** Breastfeeding, the immune response, and long-term health. *J am Osteopath Assoc* 2006; 106:203-7.
- [114] **Ministère de la santé au Maroc**

# Serment

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



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ  
أَقْسَمُ بِاللَّهِ الْعَظِيمِ

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

- < بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية.  
 < وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه.  
 < وأن أمارس مهنتي بوازع من ضميري وشرفي جاعلا صحة مريضى هدفي  
 < .  
 < وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي.  
 < وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب.  
 < .  
 < وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون اي اعتبار ديني او وطني او عرقي او  
 < سياسي أو اجتماعي.  
 < وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها.  
 < وأن لا استعمل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من  
 < تهديد.  
 < بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بشرفي.  
 < والله على ما أقول شهيد.

جامعة محمد الخامس  
كلية الطب والصيدلة بالرباط

أطروحة رقم : 203

سنة : 2012

محددات اختيار طريقة الرضاعة دراسة مسبقة بصد د 120 حالة وضعت في مستشفى  
الولاية السويسي بالرباط

أطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم : .....

من طرف

السيد : صلاح الدين العيان

المزاد في 23 نونبر بتاوانات

المجلس العلمي الأعلى

الكلمات الأساسية : مهنيتي الصحة

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة

رئيس و مشرف

السيدة : عائشة خرباش

طبيب النساء والتوليد

السيد : ادريس فرحاتي

طبيب النساء والتوليد

السيد : ابراهيم غراب

طبيب النساء والتوليد

السيدة : امينة لخضر

طبيب النساء والتوليد

اعضاء

