



ABREVIATIONS

AM	: Allaitement maternel
ENPS	: Enquête nationale sur la population et la santé
IHAB	: initiative hôpitaux amis des bébés
LA	: Lait artificiel
LM	: Lait maternel
NN	: Nouveau né
Nrs	: Nourrisson
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
UNICEF	: United Nations international children's emergency fund devenu United Nations children's fund (fonds international de secours à l'enfance des Nations Unies, devenu fonds des Nations Unies pour l'enfance)



PLAN

INTRODUCTION	6
OBJECTIFS	10
POPULATION ET METHODES	12
RESULTATS ET ANALYSE	15
I- PROFIL SOCIO-ECONOMIQUE ET BIODEMOGRAPHIQUE DES MERES INTERVIEWEES.....	16
1-Age des mères	16
2-Parité.....	16
3-Travail de la mère	16
4-Niveau socio économique	17
5-Niveau d'instruction	18
II- CARACTERISTIQUES DE LA GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT.....	19
1-Suivi de la grossesse	19
2-Terme de la grossesse.....	20
3-Modes d'accouchement	20
4-Séparation du nouveau né de sa maman	20
III- CONNAISSANCES ET PRATIQUES DES MERES EN MATIERE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL	21
1-Existence d'un enfant allaite précédemment.....	21
2-Durée de l'allaitement maternel exclusif	21
3-Durée totale de l'allaitement maternel	22
4-Sensibilisation concernant l'allaitement maternel.....	22
5- Allaitement maternel	24
6- Premier lait.....	27
7- Caractéristiques des tétées	27
8-Liquides administrés aux bébés.....	29
9-Utilisation de tétine	30

10-Introduction des aliments de complément	30
11-Avantages de l'allaitement maternel.....	32
12-Inconvénients de l'allaitement maternel :	34
IV- ETUDES DES FACTEURS INFLUENCANTS LA PRATIQUE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL EN UTILISANT LE TEST DE KHI-DEUX/	35
DISCUSSION.....	38
I- AVANTAGES DE L'ALLAITEMENT MATERNEL.....	39
1-Pour l'enfant	39
2-Pour la mère.....	44
3-Pour la société.....	46
II- EVOLUTION DE LA PRATIQUE DE L'AM	47
III- FACTEURS INFLUENÇANT LES PRATIQUES DE L'AM.....	50
1-Facteurs socio-économiques et biodémographiques.....	50
2-Caractéristiques de la grossesse et accouchement.....	52
IV- CONNAISSANCES ET PRATIQUES DES MERES EN MATIERE D'ALLAITEMENT MATERNEL ET DIETETIQUES INFANTILES.....	55
1-Allaitement maternel	55
2-Diversification alimentaire	60
3-Sevrage des bébés	64
V- PROMOTION DE L'ALLAITEMENT MATERNEL.....	67
1-Les trois règles d'or pour réussir l'allaitement maternel.....	67
2-Actions internationales	73
3-Initiative hôpitaux amis des bébés.....	78
CONCLUSION.....	85
RESUMES	87
ANNEXES	91
BIBLIOGRAPHIE.....	100



INTRODUCTION

La supériorité du lait maternel sur le lait de vache et les substituts industriels est admise de tous et résumée dans le Slogan Anglo-Saxon devenu classique : « Breast is best ». C'est ainsi beaucoup d'acteurs de santé limitent leur soutien à l'allaitement maternel à cette seule proclamation. Pourtant l'AM est la suite naturelle de la grossesse : c'est, non seulement, l'alimentation idéale du nouveau-né, mais aussi, un intense plaisir partagé par la mère et l'enfant. Ainsi le Coran le recommande pendant deux ans et il sacralise le lien lacté à tel point de considérer comme frères et sœurs des enfants ayant tété le lait de la même femme interdisant le mariage entre eux, et stipule un certain nombre de lois pour protéger les droits de la femme allaitante.

L'AM est pratiqué chez les mammifères depuis déjà une bonne centaine de millions d'années. Cela n'est pas le cas des préparations pour nourrissons (les produits de substitution que l'on appelle familièrement < laits en poudre >) que nous connaissons que depuis environ 130 ans, et dont la fabrication et la commercialisation ont progressé. Ce qui a transformé la situation, et l'AM fut négligé et dévalorisé par une grande partie du public et des médecins. Avant les années 80, l'AM ne préoccupait guère les professionnels de santé au Maroc, sa pratique était universelle. Vers la fin des années 80, commençait déjà un déclin de l'AM en faveur de l'allaitement artificiel. Ainsi, de 1992 à 1997, le taux d'AM exclusif est passé de 62 % à 46 %. La durée moyenne de l'AM a, elle aussi, baissé durant la même période passant de 15.5 mois à 14 mois. 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 et de l'UNICEF pour les quels la promotion de l'AM est devenu 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'AM: le rôle particulier des services liés à la maternité". Cette déclaration comporte les dix conditions pour le succès de l'AM, le code de

commercialisation des substituts du LM, la déclaration d'Innocenti sur la protection, la promotion et le soutien de l'AM et "l'Initiative Hôpitaux Amis des Bébés".

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 nourrisson 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 évaluation réalisée en 2003 et l'abandon de la pratique de l'AM est en nette augmentation.

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

Parmi ses facteurs on trouve :

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

A travers ces quelques données nous palpons bien que le déclin de la pratique de l'AM est un réel problème de santé publique qui interpelle tout professionnel de santé en particulier ceux impliqués dans les prestations destinées au couple mère-enfant.



OBJECTIFS

Cette étude a pour objectifs:

- L'évaluation des connaissances des mères en matière des bénéfices et la supériorité de l'AM.
- L'étude de leurs connaissances et prévisions concernant le sevrage, la diversification alimentaire et les pratiques de l'allaitement.
- L'évaluation de leurs pratiques.



POPULATION ET METHODES

I- Type de l'étude

Il s'agit d'une enquête descriptive et analytique auprès des mères afin de préciser les facteurs entravant le bon déroulement de l'AM et pour évaluer leurs connaissances et pratiques en matière d'AM.

II- Population cible

La population cible était représentée par 200 couples « mères-enfant » ayant séjourné à la maternité IBN TOFAIL du CHU Mohammed VI à Marrakech pendant la période s'étalant du premier Octobre au 30 Novembre 2006.

III- Collecte des données

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

IV- Variables étudiées

Les thèmes sujet du questionnaire concernent:

- Le profil socioéconomique et biodémographique des mères : l'âge, le niveau d'instruction, la profession, le niveau socio-économique, et la parité.
- Les caractéristiques de la grossesse et de l'accouchement : le suivi de la grossesse et le mode d'accouchement.
- Les connaissances et pratiques des mères concernant l'AM et diététique infantile : le délai entre l'accouchement et la première tétée, le nombre et la durée des tétées, les autres liquides administrés, la durée d'AM, l'âge de diversification et du sevrage des enfants précédents, et les connaissances des mères concernant les laits commerciaux et les avantages du lait maternel.
- la sensibilisation des mères en matière d'AM durant la grossesse et après l'accouchement.

V- Saisie et analyse des données

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

- Univariée faisant appel au calcul des moyenne et des écarts type pour les variables quantitatives et des pourcentages pour les variables qualitatives.
- Bivariée faisant appel au test statistique Khi carré et au test exact de Fisher pour comparaison des proportions.



RESULTATS ET ANALYSE

I. PROFIL SOCIO-ECONOMIQUE ET BIODEMOGRAPHIQUE DES MERES INTERVIEWEES

1. Age des mères

L'âge des mères varie entre 16 et 44 ans avec une moyenne de [26.98 ans±6,6].

2. Parité

46.5 % des mères sont des primipares, 2 parités pour 22.8%, 3 pour 14% et 4 parités pour 10.5% des mères.

3. Travail de la mère

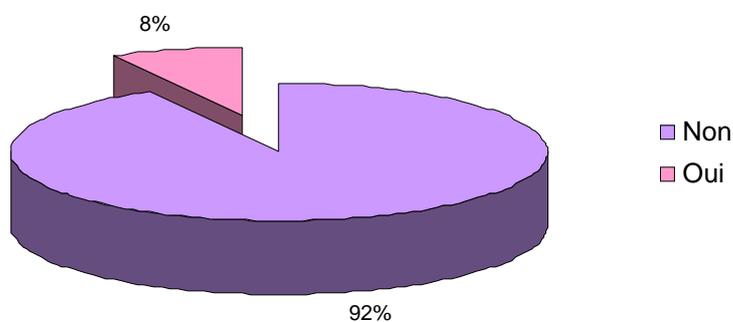


Figure 1 : Travail de la mère

Les femmes aux foyers sont majoritaires (92%).

Tableau I: Type du travail exercé par les femmes.

	Nombre	Pourcentage (%)
Couturière	4	2
Coiffeuse	2	1
Secrétaire	2	1
Femme de ménage	1	0,5
Ingénieur	1	0,5
Institutrice	1	0,5
Ouvrière	1	0,5
Femmes au foyer	184	92
NP	4	2
Total	200	100

4 femmes n'ont pas répondu à la question.

4. Niveau socio-économique

110 femmes sont de bas niveau socio-économique et 90 sont de niveau socio-économique moyen.

5. Niveau d'instruction

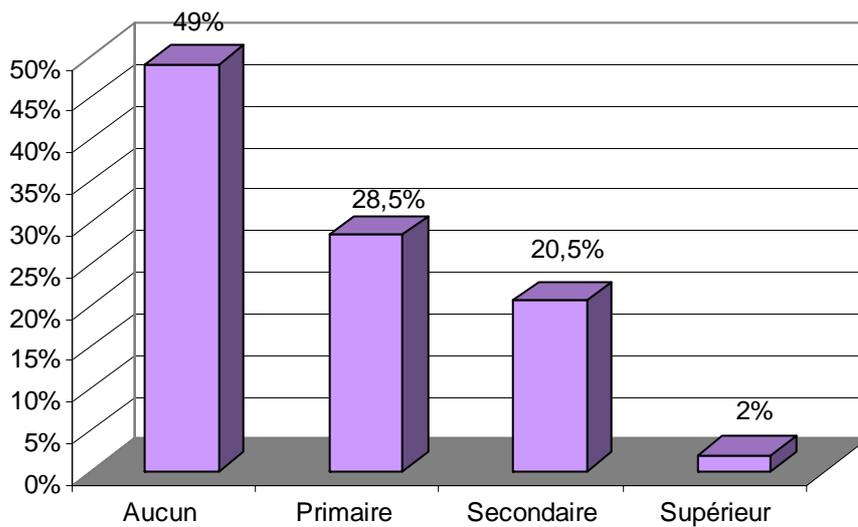


Figure 2 : Niveau d'instruction

Les femmes analphabètes sont majoritaires (49%), les mères ayant le niveau primaire 28.5%, celles ayant le niveau secondaire 20,5 % et 2 % pour le niveau supérieur.

II. CARACTERISTIQUES DE LA GROSSESSE

1. Suivi de la grossesse

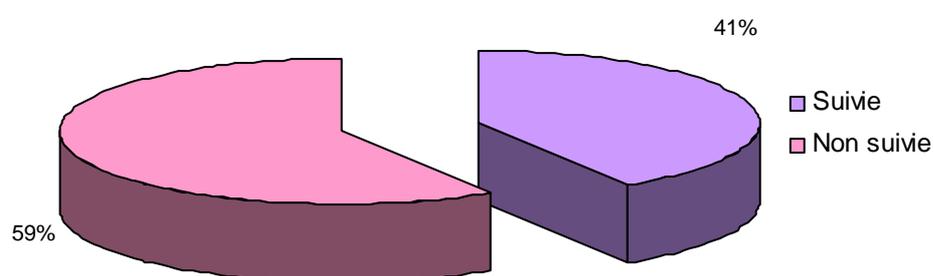


Figure 3 : Suivi de la grossesse

41% des grossesses étaient suivies.

Tableau II : Lieu de suivi de la grossesse.

	Nombre	Pourcentage (%)
Privé	73	61.9
Centre de santé	44	37.3
Hôpital	1	0.8
Total	118	100

73 femmes ont suivi la grossesse dans des cabinets privés, 44 dans des centres de santé et une femme dans l'hôpital.

2. Terme de la grossesse

94,5% des bébés sont nés à terme, 4,5% sont des prématurés et on a 2 dépassements de terme.

3. Modes d'accouchement

67% des femmes ont accouché par voie basse et 33% par césarienne.

4. Séparation du nouveau né de sa maman

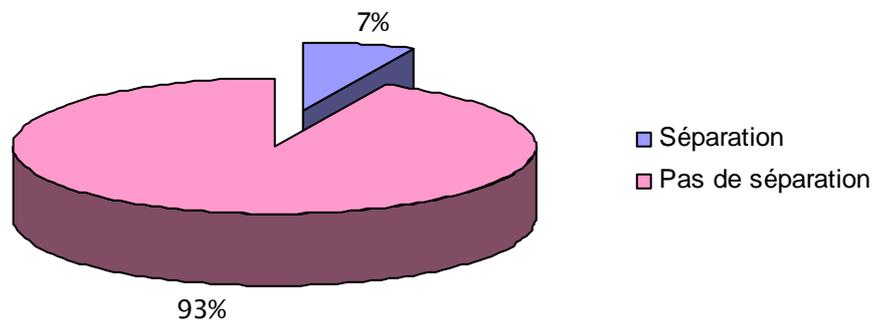


Figure 4 : Séparation du nouveau né de sa maman

7% bébés ont été séparés de leurs mères en raison d'une hospitalisation particulière de la mère ou du bébé.

III. Connaissances et pratiques des mères en matière d'AM :

1. Existence d'un enfant allaité précédemment :

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

	Nombre	Pourcentage (%)
Oui	100	91.7
Non	9	8.3
Total	109	100

100 femmes soit 91,7% ont des enfants allaités, 91 sont des primipares et 9 femmes n'ont jamais allaité.

2. Durée de l'AM exclusif

27.5 % des bébés ont été allaités pour une durée de 4 mois, 38 % pendant 4 à 6 mois et 48% des mères ont allaité pendant plus de 6 mois.

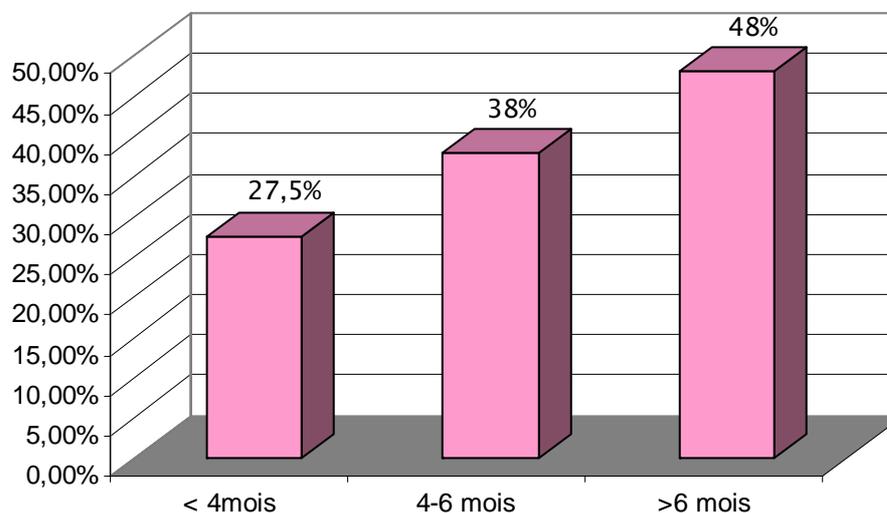


Figure 5 : Répartition des mères selon la durée de l'AM exclusif

3. Durée totale de l'AM

La durée totale de l'AM varie entre 1 à 36 mois avec une moyenne de 15.79 mois.

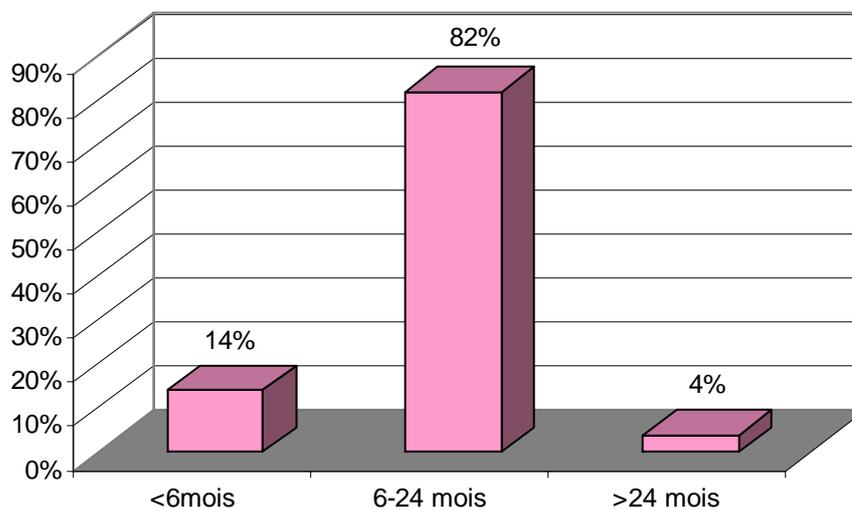


Figure 6 : Répartition des mères selon la durée totale de l'AM.

4. Sensibilisation concernant l'AM

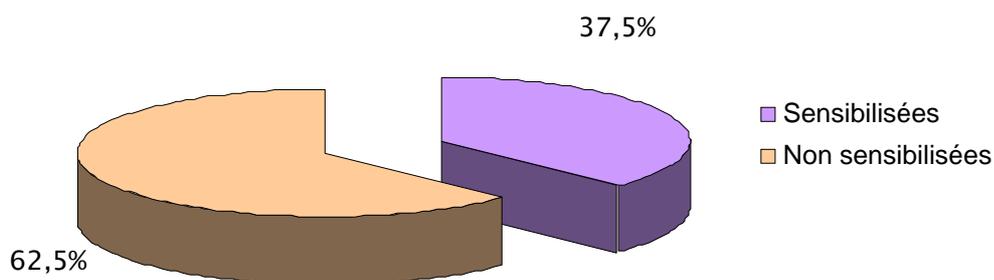


Figure 7 : Sensibilisation des mères concernant l'AM.

175 femmes soit 62,5% ne sont pas sensibilisées de l'importance de l'AM.

4-1. Lieu de la sensibilisation

Tableau IV : Lieu de la sensibilisation des femmes concernant l'AM.

	Nombre	Pourcentage(%)
Centre de santé	45	60
Hôpital Ibn Tofail	15	20
Privé	13	17.3
Autres	2	2.7
Total	75	100

La sensibilisation a été effectuée au niveau des centres de santé pour 60% des femmes, au niveau de l'hôpital Ibn Tofail pour 20%, en privé pour 17,3% et aux niveaux des autres hôpitaux pour 2,7% des mères.

4-2. Type de la sensibilisation :

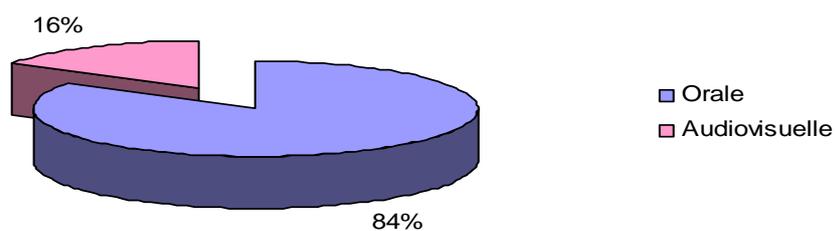


Figure 8 : Type de sensibilisation

La sensibilisation était orale chez 84% des mères et audiovisuelle chez 16%.

4-3. Participation du mari à la sensibilisation

Tableau V : Participation du mari à la sensibilisation.

	Nombre	Pourcentage(%)
Non	66	88
Oui	9	12
Total	75	100

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

5. Allaitement maternel

5-1. Décision d'AM

Tableau VI: Décision d'AM.

	Nombre	Pourcentage (%)
Non	5	2.5
Oui	195	97.5
Total	200	100

Parmi les mères interviewées 97.5% ont décidé de donner le sein à leurs bébés.

5-2. Moment de la décision

Tableau VII : Moment de la décision d'allaiter.

	Nombre	Pourcentage (%)
Depuis toujours	121	62.1
Au cours de la grossesse	63	32.3
Après l'accouchement	9	4.6
Après la sensibilisation	2	1
Total	195	100

62,1% des femmes ont pris la décision de donner le sein depuis toujours. 32,3% au cours de la grossesse, 4,5% après l'accouchement et 1% après la sensibilisation.

5-3. Raisons de l'AM

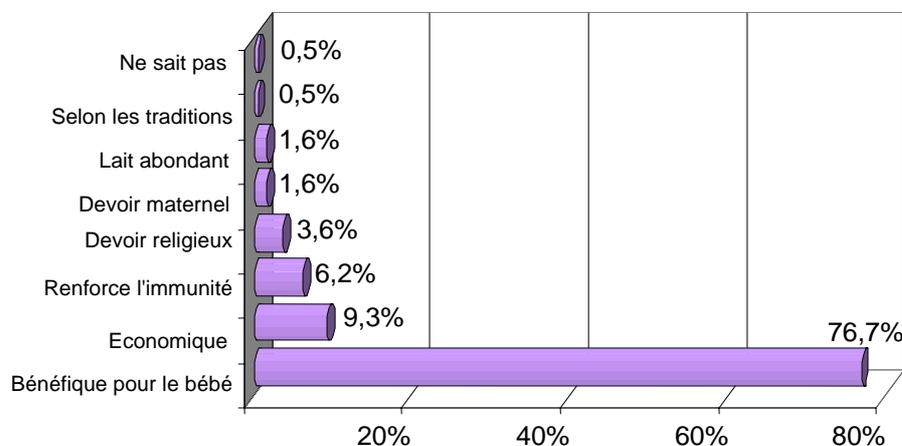


Figure 9 : Raisons de l'AM

76,7% mères ont décidé de donner le sein parce qu'elles pensent que le LM est bénéfique pour le bébé, 9,3% pensent qu'il est économique, 6,2% disent qu'il renforce l'immunité. 3,6%

femmes donnent le sein car c'est un devoir religieux, et 1,6% des mères pensent que c'est un devoir maternel.

5-4. Raisons de refus de l'AM :

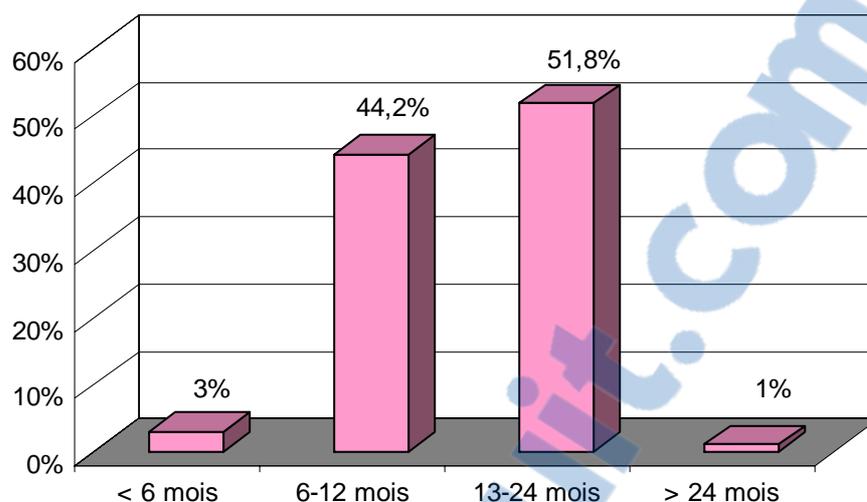
Tableau VIII : Raisons de refus de l'AM.

	Nombre	Pourcentage (%)
Esthétique	1	20
Cardiopathie	1	20
Travail	1	20
Fatigue	1	20
Sans raison	1	20
Total	5	100

Une mère refuse d'allaiter son bébé pour des raisons esthétiques, une parce qu'elle présente une cardiopathie, une parce qu'elle travaille en dehors du foyer, une pense que c'est fatiguant et une mère a refusé d'allaiter sans donner de raison.

5-5. Age de sevrage :

L'âge auquel les mères ont l'intention de sevrer leurs bébés varie entre 1 mois et 36 mois avec une moyenne de 17.2 mois.



Graphique 10 : Répartition des mères selon l'âge de sevrage du bébé.

6. Premier lait

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

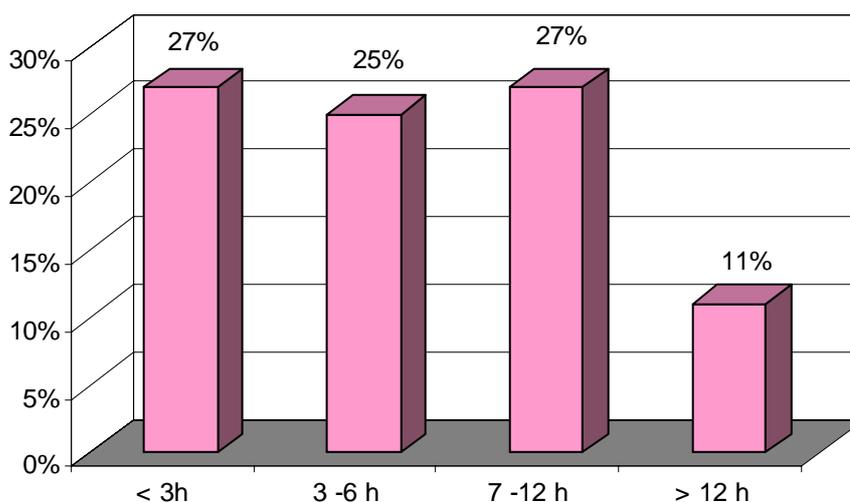
	Nombre	Pourcentage (%)
Bien	168	84
Ne sait pas	27	13.5
Mauvais	5	2.5
Total	200	100

84% des femmes pensent que le premier lait est bien pour la santé des bébés, 13,5% n'ont aucune idée et 2,5% pensent que c'est mauvais.

7. Caractéristiques des tétées

7-1. Délai entre l'accouchement et la première tétée

Le délai moyen entre l'accouchement et la première tétée est de 7.6 heures avec au minimum 1 heure et au maximum 72 heures.



Graphique 11 : Répartition des mères selon le délai entre l'accouchement et la première tétée.

7-2. Fréquence des tétés

La fréquence des tétés varie entre 1 et 16 tétés par jour avec une moyenne de 6.3.

7.3. Durée des tétés

La durée moyenne des tétés est 19.6 minutes avec au minimum 1 min et au maximum 120 min.

7-4. Position des bébés lors des tétés

Tableau X : Position des bébés lors des tétés

	Nombre	Pourcentage (%)
Correcte	152	77.2
Incorrecte	45	22.8
Total	197	100

La position lors des tétés est correcte chez 152 bébés et incorrecte chez 45.

8-Liquides administrés aux bébés

8-1. Nature des liquides administrés

Tableau XI : Liquides administrés aux bébés

	Nombre	Pourcentage (%)
Tisane	70	72.92
Eau sucrée	8	8.33
LA	7	7.29
Eau	2	2.08
Autres	9	9.37
Total	96	100

70 % des mères donnent des tisanes à leurs bébés en complément du LM, l'eau sucrée est donnée par 8%.

8-2. Raisons d'ajout d'autres liquides

Tableau XII : Raisons d'ajout d'autres liquides.

	Nombre	Pourcentage (%)
Bénéfique	18	29
LM insuffisant	15	24.2
Pas de montée laiteuse	2	3.2
Autres	27	43.5
Total	62	100

29% des mères ajoutent d'autres liquides parce qu'elles pensent que le LM est bénéfique pour les bébés et 24,2% pensent que le LM est insuffisant.

8-3. Utilisation du biberon

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

	Nombre	Pourcentage (%)
Non	142	71
Oui	58	29
Total	200	100

La majorité des mères ne donnent pas de biberon à leurs bébés.

9-Utilisation de tétine

Tableau XIV : Répartition des mères selon l'utilisation de tétine.

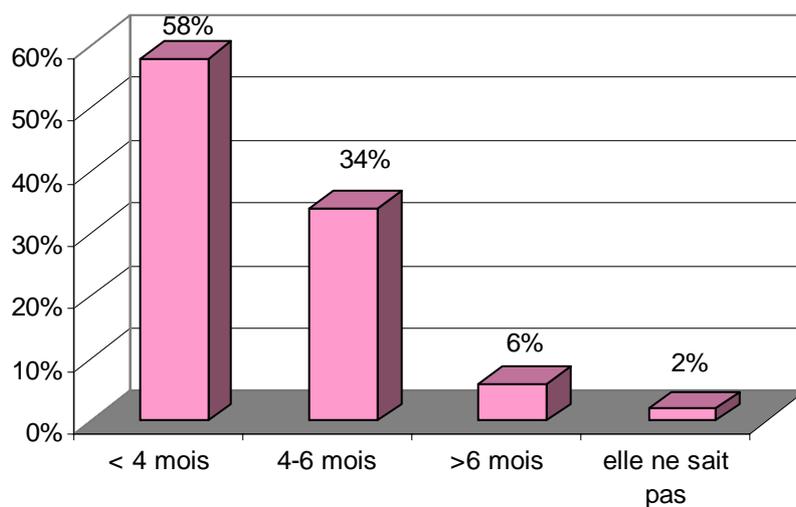
	Nombre	Pourcentage (%)
Non	169	84.5
Oui	31	15.5
Total	200	100

La plupart des femmes n'utilisent pas de tétine.

10-Introduction des aliments de complément

10-1. Age de l'introduction des aliments de complément

La majorité des femmes interviewées pensent introduire les aliments de complément dès le début et durant les 4 premiers mois.



Graphique 12 : Répartition des mères selon l'âge de l'introduction des aliments de complément.

10-2 .Nature des aliments de complément

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

	Nombre	Pourcentage (%)
LA	80	74.7
Soupe	23	21.5
Céréales	3	2.8
Autres	1	1
Total	107	100

On constate que 74.7 % des mères donnent comme complément le LA et 21.5 % donnent la soupe.

11 – Avantages de l'AM

11-1. Pour le bébé

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

	Nombre	Pourcentage (%)
Renforce le développement PM	76	32.6
Renforce l'immunité	72	30.9
Bénéfique	36	15.45
Ne sait pas	24	10.3
Renforce la relation mère enfant	21	9.01
Propre	2	0.85
Nutrition complète	2	0.85
Total	233	100

Les réponses concernant les avantages de l'AM pour le bébé étaient renforcer le développement psychomoteur pour 32.6% des femmes, renforcer l'immunité pour 30.9%, bénéfique pour 15,45% et 10.3 % des mères ne connaissent pas les avantages de l'AM.

11-2 Pour la mère

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

	Nombre	Pourcentage (%)
Ne sait pas	168	83.1
Prévient les pathologies mammaires	15	7.4
Renforce la relation mère enfant	8	4
Bénéfique	5	2.5
Facile	5	2.5
Pas d'avantages	1	0.5
Total	202	100

83.1% des mères ne connaissent pas les avantages de l'AM pour la mère, 7.4% pensent qu'il prévient les pathologies mammaires, 4% trouvent qu'il renforce la relation mère enfant, 2.5% femmes pensent que l'avantage de l'AM est qu'il ne nécessite pas une préparation particulière et 0,5% disent que le lait maternel n'a aucun avantage pour la mère.

11-3. Autres avantages

Tableau XVIII : Autres avantages du LM.

	Nombre	Pourcentage (%)
Ne sait pas	166	46
Disponible	25	12
Economique	25	12
Total	216	100

46% des femmes ne connaissent pas les autres avantages du lait maternel et 12% pensent que le LM est économique et disponible.

12- Inconvénients de l'AM

12-1. Pour le bébé

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

	Nombre	Pourcentage (%)
Ne sait pas	188	94
Pas d'inconvénients	7	3.5
Transmission des infections	5	2.5
Total	200	100

94% des mères ne connaissent pas les inconvénients de l'AM pour la santé des bébés, 3.5% pensent qu'il n'a pas d'inconvénients et 2.5% trouvent que le LM peut contaminer les bébés si les mères sont infectées par un germe.

12-2. Pour la mère

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

	Nombre	Pourcentage (%)
Ne sait pas	165	79.3
Dénutrition	33	15.9
Pas d'inconvénients	9	4.3
Engorgement mammaire	1	0.5
Total	208	100

On constate que 79.3% des mères ne connaissent pas les inconvénients de l'allaitement maternel pour la santé des mères, 45.9% pensent qu'il peut être responsable d'une dénutrition, 4.3% ne trouvent pas d'inconvénients et une femme pense qu'il peut provoquer l'engorgement mammaire.

IV–Etude des facteurs influençant la pratique de l'AM en utilisant le test de khi-deux

- Comparaison selon le suivi de la grossesse

	Oui	Non	P
Délai entre première tétée ≤6h	54.3%	71.3%	0.017

- Comparaison selon la séparation du nouveau né de sa mère

	Oui	Non	P
Délai entre première tétée ≤6h	8.3%	65%	0

- Comparaison selon la parité

	Oui	Non	P
Fréquence des tétées (6 à 8 fois par jour)	50%	7.7%	0.021
Durée des tétées (10 à 20 min)	50%	45.5%	0.025

➤ Comparaison selon l'âge

	≤25	>25	P
Position correcte lors des tétées	66.3%	87.3%	0
Utilisation de tétine	22.1%	9.5%	0.014

➤ Comparaison selon le niveau socio-économique

	Bas	Moyen	P
Position correcte lors des tétées	71.3%	84.3%	0.031
Utilisation de compléments	46.4%	65.6%	0.007

➤ Comparaison selon le travail de la mère

	Oui	Non	P
Utilisation de compléments	31.3%	57.1%	0.046

➤ Comparaison selon la sensibilisation:

	oui	Non	P
Utilisation de tétine	6.7%	20.8%	0.008
Age de sevrage (>12 ans)	64.9%	45%	0.008

L'utilisation du test khi-deux a montré que :

- Le délai entre l'accouchement et la première tétée est influencé par le suivi de la grossesse et par la séparation du nouveau né de sa mère.
- La fréquence et la durée des tétés sont influencées par la parité.
- La position du bébé lors des tétés est influencée par l'âge et par le niveau socio économique.
- L'utilisation du complément est influencée par le niveau socio économique et par le travail de la mère.
- L'utilisation de la tétine est influencée par l'âge des mères et par la sensibilisation des mères concernant l'AM.
- L'âge de sevrage est influencé par la sensibilisation des mères concernant l'AM.



DISCUSSION

I- Avantages de l'AM

Il est communément admis que l'AM est bénéfique pour l'enfant, pour sa mère et pour la relation mère enfant. Ces bénéfices sont liés, d'une part, à l'allaitement au sein et, d'autre part, aux propriétés très particulières du LM. En effet, la composition très spécifique du LM lui confère des propriétés anti-infectieuses indiscutables, associées à une excellente biodisponibilité des nutriments qu'il contient. Au total, il fournit au nourrisson une protection de sa capacité à assimiler des nutriments très bio disponibles, ce qui permet d'assurer une croissance de bonne qualité, essentielle à ce stade de la vie [1].

1- Avantages pour l'enfant

1-1 .Composition du LM [1-6].

1.1.1. Evolution du lait durant la lactation

Il s'agit d'abord du colostrum durant les 3 à 5 premiers jours de lactation. Sa composition est différente de celle du lait "à maturité". Il présente une faible valeur calorique du fait de l'absence de lipides dans sa composition, et comporte une quantité importante de gynolactose. Il contient 2 fois plus de protéines, surtout des immunoglobulines IgA. Il est riche en cellules immunitaires. Le lait dit "lait de transition" est produit au cours des 15 jours suivants. Sa composition évolue vers celle du lait définitif avec une augmentation progressive de la teneur en lipides et en lactose et une diminution de la teneur en protéines et en gynolactose. Le lait définitif est produit environ trois semaines à un mois après le démarrage de l'allaitement et couvre les besoins nutritifs du nourrisson pendant les mois suivants. Le volume moyen de lait produit quotidiennement par une femme est d'environ 800 ml.

1.1.2. Le lait humain, une composition unique.

La composition du lait humain est complexe et montre des constituants et des particularités propres à l'espèce humaine.

- Le gynolactose

Ce terme regroupe à l'heure actuelle environ 120 oligosides présents dans le lait humain et totalement absents dans le lait de vache.

Ces oligosides n'ont pas un rôle énergétique chez l'enfant: ils ne sont pratiquement pas absorbés au niveau intestinal et parviennent intacts au niveau du côlon où ils sont fermentés par la flore bactérienne. Ils favorisent l'implantation de la flore bifide et participent à l'effet de barrière contre certains germes entéropathogènes.

- Peptides et protéines

Le lait définitif contient des caséines α , β , κ et les protéines du lactosérum. Elles ont un rôle nutritif.

Les immunoglobulines sont particulièrement abondantes dans le colostrum elles sont essentiellement des IgA sécrétoires et des IgM. Leur rôle est de tapisser la muqueuse intestinale et de s'opposer à la pénétration de protéines étrangères, de bactéries et de virus. Leur présence intervient donc de façon essentielle dans la protection des nourrissons alimentés au LM.

Les deux principaux facteurs de croissance mis en évidence dans le lait humain sont l'EGF (Epidermal Growth Factor) et l'IGF1. Ils ont une fonction essentielle de stimulation et de renouvellement des entérocytes. La lactoferrine permet une biodisponibilité optimale du fer contenu dans le lait de femme, et joue un rôle bactériostatique en limitant l'accès au fer intraluminal de nombreux germes pathogènes.

- Lipides

Le lait humain est très riche en lipides essentiellement des triglycérides. Leur composition en acides gras est différente de celle du lait de vache:

- les acides gras à courte chaîne sont faiblement représentés: 0.6% des acides gras du lait de femme contre 6% dans le lait de vache.
- la proportion en acides gras insaturés à longue chaîne est élevée (oléique, linoléique, linoléique, arachidonique): 4 g/l dans le lait de femme contre 2 g/l dans le lait de vache. Les métabolites de l'acide linoléique (série n-6) et de l'acide α -linoléique (série n-3) sont importants pour la constitution des membranes et surtout leur fluidité, notamment au niveau du cerveau et en particulier des cellules de la rétine.

- Les cellules

Des leucocytes sont présents dans le LM. L'essentiel des leucocytes du LM définitif sont des macrophages qui ont une activité phagocytaire.

- Le tableau suivant donne la composition comparée du lait définitif humain, du lait de vache et des laits industriels destinés à l'alimentation des nourrissons.

Tableau XXI : Composition moyenne comparative du lait de femme, du lait de vache demi écrémé et des aliments lactés diététiques (ALD) 1^{er} et 2^{ème} âge (pr 100 ml) [2].

	Lait de femme mature	Lait de vache demi écrémé	ALD Maternisé* (en moyenne)	ALD 1 ^{er} âge (en moyenne)	ALD 2 ^{ème} âge (en moyenne)
Protides (g)	1,1	3,3	1,65	1,95	2,68
Caséine/P.solubles(%)	40/60	80/20	45/55	80/20	20/20
Lipides (g)	4,5	1,7	3,6	3,3	3,2
AC. linoléique (mg)	346	51	360	360	352
Glucides (g)	6,8	5	7,19	7,7	8
Lactose (g)	5,6	5	7,19	5,6	6,2
Dextrine-Meltose (g)	0	0	0	2,1	1,8
Saccharose (g)	0	0	0	*	*
Oligosaccharides (g)	1,2	0	0	0	0
Energie (kcal)	72	48	68	68	71
(kj)	300	200	284	284	296
Minéraux (mg):					
Calcium (mg)	35	125	50	67	95
Phosphore (mg)	14	90	32	49	70
Sodium (mol)	0,74	2,2	0,82	1,14	1,6
Potassium (mmol)	1,3	3,8	1,9	2,19	3
Magnésium ù(mg)	3,5	13	5,6	6,3	1
Fer (mg)	0,03	0,04	0,6	0,5	1,3
Cuivre (µg)	40	0,08	33,8	35	Variable de 7 à 40
Zinc (mg)	0,75	0,35	0,33	0,34	0,35
Vitamines:					
A (UI)	203	46	205	188	200
D (UI)	2,2	0,5	0	0	0
E (mg)	0,24	0,30	0,8	1	1
C (mg)	5,2	1,1	5,9	5,7	2
B1 (mg)	0,014	0,043	0,035	0,05	0,04
B2 (mg)	0,037	0,15	0,077	0,08	0,14
B6 (mg)	0,018	0,051	0,03	0,03	0,04
B12 (mg)	0,03	0,66	0,09	0,09	0,05
Ac.folique (µg)	0,14	0,13	6,4	5,9	4,5
Osmolarité (mosm/l)	250	260	320	280	290

1-1-3. Variation de la composition du lait au cours de la tétée

La composition du lait n'est pas constante: elle est liée à l'alimentation de la femme, varie selon les différentes phases de la lactation, en fonction de l'heure de la tétée et au cours de celle-ci. Ainsi, au début d'une tétée, la proportion d'eau est élevée et apaise la soif de l'enfant, les teneurs en lactose et gynolactose élevées au départ diminuent progressivement tandis que la teneur en lipides augmente (d'un facteur 2 à 3 vers la deuxième à troisième minute de la tétée) apportant la satiété au bébé.

1.2. AM et infections

Le LM contient de nombreux composants qui contribuent à ses propriétés protectrices: notamment le lactobacille bifidus qui colonise l'intestin, des cellules immunocompétentes (polynucléaires, macrophages, lymphocytes) qui sont transférées en particulier par le colostrum au cours des premiers jours de vie, de la mère vers le nouveau-né, et des immunoglobulines qui inhibent la croissance des bactéries au niveau intestinal, pulmonaire et urinaire. Plusieurs études ont démontré que les enfants allaités ont cinq fois moins de gastroentérites et trois fois moins d'infections respiratoires que ceux qui ne le sont pas. La diminution du risque infectieux persiste après le sevrage. Ainsi, les enfants allaités exclusivement au sein pendant les six premiers mois ont moins d'otites récidivantes au cours de la première année. [1, 3, 6, 7, 8, 9].

1.3 . AM et pathologies allergiques

L'allaitement exclusif pendant quatre à six mois, et ce d'autant qu'il existe des antécédents familiaux allergiques, a un effet préventif vis-à-vis des maladies allergiques chez le jeune enfant. L'allaitement constitue la meilleure prévention vis-à-vis de l'allergie aux protéines du lait de vache. Concernant l'eczéma atopique, la protection peut se poursuivre pendant plusieurs années [1, 3, 10, 11].

1- 4. AM et croissance

Les enfants qui sont exclusivement nourris au sein conformément aux recommandations de l'OMS s'écartent sensiblement au cours de leur première année de vie des courbes de référence de croissance staturo-pondérale établies à partir d'une majorité d'enfants nourris avec des préparations lactées industrielles. Au cours du premier trimestre, la croissance en taille (+ 0,5 cm à 3 mois) et surtout en poids (+ 106 g à 3 mois) est en fait supérieure chez les enfants exclusivement nourris au sein .Ce phénomène pourrait traduire un effet biologique propre à ce mode d'alimentation[1 , 9,12].

1-5. AM et développement psychomoteur

Pour les psychanalystes, l'AM constitue un élément majeur de la relation mère enfant, «une situation qui l'implique, elle, profondément, dans son corps et dans sa vie psychique... L'allaitement prolonge le temps de la grossesse et de la naissance et s'inscrit indissociablement dans la vie sexuelle de la femme et dans son histoire ». Dans l'interaction mère enfant, à cette période initiale de la vie où la mère et l'enfant sont étroitement unis en une véritable dyade, le contact étroit favorisé par l'allaitement au sein peut jouer un rôle essentiel dans la spirale transactionnelle qui lie la mère à son enfant, c'est-à-dire dans le renforcement du bien-être psychologique de la mère par celui de son enfant, et réciproquement [6,12,13].

1-6. Autres avantages

Des études ont montré que l'allaitement au sein a un rôle protecteur contre le diabète insulino-dépendant, sur l'apparition ultérieure de l'obésité, la mort subite du nourrisson , la maladie cœliaque, maladie de Crohn, recto-colites hémorragique, sclérose en plaque, l'hypertension artérielle [1,12] et les problèmes orthodontiques et les caries dentaires [14]. Le LM permet aussi d'améliorer l'acuité visuelle, le quotient intellectuel et les performances scolaires [15].

2- Avantages de l'AM pour la mère

Les effets bénéfiques de l'AM ne sont pas négligeables pour la mère.

➤ Il favorise l'involution utérine

Au cours du post-partum, l'utérus se contracte sous l'effet de l'ocytocine sécrétée en réponse à la succion du mamelon. Les tétées précoces préviennent donc les hémorragies du postpartum et les endométrites. L'involution utérine est favorisée [2].

➤ Il assure un équilibre hormonal

D'autres hormones post hypophysaires qui participent au retour à un équilibre de l'organisme maternel sont sécrétées en même temps que l'ocytocine (hormone de croissance qui favorise la cicatrisation, cholecystokinine qui stimule l'appareil digestif, TSH qui rééquilibre la thyroïde...) [2].

➤ Il prévient l'anémie maternelle

L'AM diminue la perte en fer en retardant le retour de couches [2].

➤ Effet contraceptif

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

➤ L'AM permet à la femme de retrouver plus rapidement sa silhouette antérieure à la grossesse

L'AM protège contre la prise de poids en permettant l'utilisation des dépôts lipidiques accumulés pendant la grossesse. C'est d'autant plus vrai pour un allaitement au long cours qui puise sur les graisses constituées pendant la grossesse et celles plus anciennes, plus difficilement délogeables.

➤ L'AM diminue la fréquence de certains cancers hormono-dépendants:

L'allaitement réduit le risque de cancer invasif du sein, particulièrement s'il est prolongé et même chez les patientes porteuses de la mutation BRCA1 et quel que soit l'âge de la femme. Il diminue également le risque du cancer de l'ovaire [16,17].

➤ Un bénéfice psychoaffectif

Par l'AM, la mère prolonge le contact unique et privilégié établi avec son enfant durant la grossesse [2,13].

3- Avantages pour la société

L'allaitement est bénéfique pour la société de multiples manières, en particulier dans le domaine économique. Les familles, les employeurs, les institutions de santé et les gouvernements font des économies en soutenant l'AM (Investir dans l'allaitement c'est investir dans la santé future de la nation) [18].

- Les familles font des économies en n'achetant pas de préparations pour nourrissons et/ou autres aliments infantiles. Elles font des économies également en dépensant moins en frais médicaux, parce que leur bébé est moins souvent malade.
- Les employeurs bénéficient d'une plus importante stabilité, d'un absentéisme réduit et d'une plus grande loyauté de leurs employés et améliorent la productivité.
- Les institutions de santé économisent de l'argent sur deux comptes : des dépenses faibles pour la maintenance des hôpitaux "Amis des bébés" et dans la réduction des coûts liés au traitement des bébés malades (si plus de mères allaitent).
- Les gouvernements diminuent les importations en achetant moins de préparations pour nourrissons et d'aliments infantiles (pour les nombreux pays non producteurs). Ils peuvent également faire des économies sur les services de santé avec une population en meilleure santé.

Allaiter est un droit pour toutes les femmes et tous les enfants, et ce droit devrait être protégé. Les évaluations économiques servent seulement à mieux apprécier la valeur globale de l'allaitement et du LM.

II – Evolution de la pratique de l'AM

1–Dans les pays européens

De nombreux pays européens affichent des taux d'allaitement à la naissance supérieurs à 90% : Le Danemark, la Suède, la Norvège, la Suisse, la Roumanie et la Turquie. L'Allemagne et l'Italie affichent un taux de 85%, le Royaume-Uni 63%, le Luxembourg 74% ,l'Irlande 34% et la France 50.1%. Les durées d'allaitement sont très variables : les durées médianes pour les pays dont les taux d'allaitement à la naissance dépassent 90%, vont de 3 mois pour la Suisse (durée similaire pour le Royaume-Uni où seulement 63% des nourrissons sont allaités à la naissance) à 6 mois pour le Danemark et 12 mois pour la Turquie.

Les allaitements exclusifs sont assez peu nombreux, y compris dans certains pays où les bébés sont majoritairement allaités : en Turquie, seuls 14% des bébés de 4 mois sont allaités exclusivement, alors que 14% des bébés sont encore allaités à 20 mois. Rappelons que les recommandations de l'OMS et de l'UNICEF sont les suivantes :

- allaitement exclusif de la naissance à environ 6 mois
- poursuite de l'allaitement des enfants jusqu'à leur deuxième année ou plus, tout en leur donnant des aliments de compléments appropriés[2].

2–En Amérique du Nord

L'influence de mouvements en faveur d'un retour à des naissances plus « naturelles » dans les années 1960-1970 est à l'origine d'une recrudescence de l'AM. Aux Etats-Unis, en 1998, le taux d'allaitement à la naissance est de 64%, de 29% entre 5 et 6 moi et de 16% à 1 an. Des cibles en matière de santé ont été définies dans les projets successifs baptisés Healthy People 2000 et Healthy People 2010. Le premier avait fixé comme objectif à atteindre un taux d'allaitement à la naissance de 75% et de 50% à 6 mois en l'an 2000 (objectifs non atteints y compris chez les mères

d'origine européenne). Le deuxième plan ajoute à ces deux bornes une troisième, avec un taux d'allaitement à un an de 25%.

Au Canada, en 1996, 34% des bébés de 4 mois sont allaités exclusivement, 13% sont allaités entre 6 et 9 mois, et 4 % sont toujours allaités à 1 an [2].

3-Dans les pays en voie de développement

Le déclin de l'AM dans les pays du tiers monde est un véritable drame, cause de malnutrition infantile, de mortalité et morbidité par infection [15].

Dans la situation des enfants dans le monde de 1998 [40] rapport édité par l'UNICEF, les enfants allaités exclusivement au sein entre 0 et 3 mois sont représentés dans le tableau XXI:

Tableau XXI : Taux de l'AM exclusif entre 0 et 3 mois dans les pays en voie de développement[15].

Nigeria	:	2%
Angola ET Haiti	:	3%
Comoros	:	5%
Cameroon, Paraguay	:	7%
Senegal	:	9%
Nicaragua	:	11%
Burkinafaso	:	12%
Zombie	:	13%
Zimbaboué	:	16%
Kenya	:	17%
Ghana	:	19%
Rwanda	:	20%

4- La situation au Maroc [15]

Avant les années 80, l'AM ne préoccupait guère les professionnels de santé au Maroc, sa pratique était universelle. Vers la fin des années 80, commençait déjà un déclin de l'AM en faveur de l'allaitement artificiel. Ainsi, de 1992 à 1997, le taux d'AM exclusif est passé de 62 % à 46 %. La

durée moyenne de l'AM a, elle aussi, baissé durant la même période passant de 15.5 mois à 14 mois. 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'OMS et de l'UNICEF pour lesquels la promotion de l'AM est devenue un des objectifs principaux.

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

Tableau XXIII : Pratiques de l'AM au Maroc

	Taux de mise au sein précoce	Taux d'AM exclusif	Taux d'introduction du biberon à l'âge de 2 mois	Durée moyenne d'AM
ENPS 1992	48,5%	62%	23%	15,5 mois
Papchild 97	40%	46%	47%	14 mois
ENPS 2003-2004	52%	32%	38%	13,9 mois

Source: www.sante.gov.ma/leministre/Communique/2005/Article/journeemondiale/artmereenf.htm

m

III-Facteurs influençant la pratique de l'AM

1-facteurs socio économiques et biodémographiques

1-1. Origine des mères

Dans la littérature, la fréquence et la durée de l'AM sont étroitement liées au milieu de résidence des mères. Ainsi, il s'avère que les campagnardes allaitent beaucoup plus que les citadines [15].

En ce qui concerne les études nationales, une étude prospective de 211 cas à la maternité Souissi de Rabat a retrouvé une association significative à la fois entre l'origine rurale et la mise au sein précoce ($p = 0,04$) et la durée envisagée d'AM supérieure à six mois ($p = 0,03$) [20].

1-2 Age des mères

Selon une étude faite par G. Chéron les mères âgées de moins de 16 ans allaitaient en moyenne pendant un mois, celles âgées de 16 à 34 ans pendant deux mois, celles âgées de 35 à 39 ans : trois mois en concluant donc que la durée de l'allaitement augmente avec l'âge des mères [21].

Au niveau national, une enquête chez 220 mères dans la région d'Agadir a montré que la prévalence de l'AM est d'autant plus élevée que la mère est plus âgée (73% chez les mères de moins de 20 ans et 88% chez les mères de plus de 30 ans) [22].

1-3 Parité

L'étude faite à la maternité Souissi de Rabat a montré que La multiparité était associée à la mise au sein précoce et à une durée envisagée prolongée d'AM ($p < 0,0001$) [19]. Selon l'étude d'Agadir le rang dans la fratrie influe sur la pratique de l'AM (1er rang 76% et 5e rang 94,6%) [22]. Ce qui concorde avec l'étude faite a la maternité de l'hôpital Antoine-Béclère qui a montré que parmi les femmes ayant initié un AM, les multipares avaient presque 3 fois plus de chances d'allaiter au sein leur enfant à 1 mois que les primipares [23].

1-4 Travail de la mère

Selon G. Chéron, les mères exerçant une profession à faible revenu allaitaient en moyenne pendant deux mois et 15 jours et les mères ayant un revenu moyen : un mois et 15 jours [21]. L'étude d'Agadir a trouvé que Les femmes au foyer (84,7%) allaitent plus que les femmes exerçant un emploi (40%) [22]. Malgré l'intention de nombreuses femmes de continuer d'allaiter après le retour au travail, l'emploi de la mère constitue un facteur significativement associé à un sevrage précoce. Toutes les femmes n'ont pas la possibilité de poursuivre l'allaitement après la reprise du travail. L'environnement de travail joue un rôle important.

Les freins à l'allaitement identifiés sur le lieu de travail incluent :

- Le manque de soutien de l'employeur et des collègues.
- L'accès limité à l'utilisation d'un tire-lait.
- Le manque de lieu disponible pour tirer son lait.
- L'absence d'un réfrigérateur pour conserver le lait.
- Le manque de flexibilité horaire pour pouvoir tirer son lait durant les heures de travail.

Le temps de travail a également un impact important sur la durée de l'allaitement : des données américaines montrent que 42,4 % des femmes travaillant à temps partiel allaitent toujours leur bébé à quatre mois contre 34,3 % des femmes travaillant à temps plein et 39,9 % des femmes ne travaillant pas [24].

1-5. Niveau socio économique

Un déclin de l'AM lié à l'accroissement du niveau de vie est noté dans les pays en développement, et il est relatif en fonction du pays. Ceci est confirmé par l'étude de Meziane qui a objectivé que 76,6 % des femmes pauvres donnaient le sein contre 38,4 % des femmes aisées [25]. À l'inverse, dans les pays industrialisés, il existe une corrélation positive entre le niveau élevé et le taux de démarrage précoce de l'AM ainsi que de durée [26].

1-6. Niveau d'instruction

Le niveau d'études élevé serait, un facteur régulièrement associée à une durée prolongée d'AM [27] , contrairement aux enquêtes nationales qui ont montré que la fréquence et la durée de l'AM seraient inversement proportionnelles au niveau d'instruction des mères. Parmi ses enquêtes on retrouve celle d'Agadir qui a montré que le niveau d'instruction de la mère joue un rôle très significatif ($p < 0,05$) sur le mode d'AM, la prévalence est plus élevée (84,2%) chez les analphabètes que chez les instruites (70,9%).

En conclusion, dans les pays en voie de développement, tel le Maroc, l'âge avancé de la mère, l'origine rurale, le bas niveau d'instruction, la non-profession et le bas niveau socio-économique constituent des facteurs favorisant la pratique de l'AM dans notre contexte culturel. Ceci peut s'expliquer par le fait que la femme jeune, voulant augmenter son niveau de vie, cherche à poursuivre sa scolarité pour se donner plus de chance, et à regagner la ville pour trouver un travail ; si elle parvient à ses fins, plusieurs modifications de son mode de vie signeront cette ascension sociale [15].

2- Caractéristiques de la grossesse et accouchement

2-1. Suivi de la grossesse et consultations prénatales

Le fait d'avoir suivi des cours de préparation à la naissance ou de soins au bébé est associé à un AM prolongé au-delà de quatre mois [28]. De même, la participation à des séances d'information prénatale sur l'allaitement est à l'origine d'un allaitement plus long et exclusif [29]. En ce qui concerne l'étude de A. Hassani et al. [20], la grossesse était suivie dans 86 % des cas. Le suivi de la grossesse s'est déroulé dans une structure publique dans 75 % des cas, et seulement 31 % des grossesses ont bénéficié d'un nombre suffisant de visites prénatales (> 4). Les conseils prénataux sur l'AM ont concerné 22,3 % des femmes et ont compris les aspects suivants : les

avantages du LM (22,3 %), la proscription des autres liquides (5 %), la mise au sein dans la première heure (3,8 %), la conduite de l'allaitement (2,3 %), l'hygiène des seins (1,8 %). Ces femmes ont donné le sein significativement plus tôt que les autres (81 vs 40 %, [p < 0,0001]), de même la durée envisagée d'AM était plus longue (85 vs 66 % [p = 0,01]). Notre enquête a montré que : 41% des grossesses étaient suivies, 62,2% des femmes ne sont pas sensibilisées de l'importance de l'AM, la sensibilisation a été effectuée au niveau des centres de santé pour 60% des femmes, au niveau de l'hôpital Ibn Tofail pour 20%, en privé pour 17,3% et aux niveaux des autres hôpitaux pour 2,7% des mères, la sensibilisation était orale chez 84% des mères et audiovisuelle chez 16%, et Seulement 9 maris ont participé à la formation concernant la sensibilisation.

2-2 Terme de la grossesse

La production de lait est physiologiquement possible dès le milieu de la grossesse. En cas de naissance prématurée, la composition du lait est différente de celle du lait « à terme », surtout pendant les 4 à 6 premières semaines, probablement en raison d'un prolongement de la phase colostrale [30]. Des études ont montré l'insuffisance nutritionnelle du lait « pré-terme » chez des prématurés de très faible poids de naissance, en raison d'une trop faible teneur en protéines et minéraux (dont les concentrations baissent avec la lactation alors que les besoins restent élevés). Cette insuffisance peut être compensée par un enrichissement du LM. Cette réserve étant faite, le LM reste le lait le plus adapté pour les prématurés, pour différentes raisons :

- Le LM est plus facile à digérer et améliore le transit intestinal, facilitant ainsi la tolérance de l'alimentation entérale [30].
- Non pasteurisé, il contient une lipase qui facilite l'absorption des graisses.
- Il a été montré que le LM diminuait le risque et la gravité de l'entérocolite ulcéro-nécrosante, qui est la première cause d'urgence digestive chirurgicale chez l'enfant prématuré.
- D'un point de vue immunologique, le LM limite la survenue de maladies infectieuses en raison des nombreux facteurs de défense qu'il contient.

- L'alimentation au LM permet un meilleur développement cognitif ultérieur : une étude portant sur 300 prématurés nourris par gavage [31], a retrouvé des scores de Q.I. à l'âge de 7 ans 1/2 à 8 ans significativement supérieurs chez ceux ayant reçu du LM. Une méta-analyse de 1999 [32] donne des résultats concordants : les enfants allaités ont un meilleur développement cognitif et cet effet est plus marqué pour ceux nés prématurément.

Les taux d'initiation de l'allaitement sont plus faibles chez les enfants prématurés, mais les enfants prématurés allaités ne le sont pas moins longtemps que les autres [28].

Dans notre étude, 94,5% des bébés sont nés à terme et 4,5% sont des prématurés.

2-3. Mode d'accouchement

Des recherches indiquent que l'expérience obstétricale des femmes peut influencer le comportement d'allaitement. Concernant le mode d'accouchement, il a été démontré que l'accouchement par voie vaginale pouvait avoir une influence positive sur le comportement d'allaitement [28], tandis qu'un accouchement par césarienne a été identifié comme un facteur significatif de sevrage avant quatre mois [33]. Concernant le type d'anesthésie, une étude prospective [34] sur 3 groupes de 28 femmes ayant accouché par césarienne sous anesthésie péridurale pour l'un, sous anesthésie générale pour un autre, et par voie basse pour le dernier, indique que les allaitements sont plus fréquents et plus longs après anesthésie péridurale qu'après anesthésie générale (sans doute en raison de la possibilité d'établissement plus précoce du lien mère-enfant). L'anesthésie locorégionale semble donc préférable pour les mères devant subir une césarienne et qui souhaitent allaiter [35].

D'après le rapport de l'Anaes [9], l'analgésie péridurale pendant le travail peut retarder le réflexe de succion mais ne compromet pas le devenir de l'allaitement. Il semble que la réussite ou l'échec de l'allaitement est plus à mettre sur le compte de la qualité du soutien global dont bénéficient ou non les mères, notamment au moment de la mise en œuvre de l'allaitement [36].

Selon G. Chéron, l'allaitement était pratiqué par 99,1% des femmes ayant eu un accouchement normal, et par 90 % des femmes ayant eu un accouchement difficile ou une césarienne [21].

Dans notre étude 67% des femmes ont accouché par voie basse et 33% par césarienne

2-4 Séparation mère-enfant

De nombreuses études anthropologiques et épidémiologiques trouvent qu'il existe une relation inverse entre l'AM et la naissance en maternité.

Une des toutes premières causes est la séparation de la mère et de son enfant qui se fait pour diverses raisons : assurer les soins du NN (le laver, le réchauffer...) ou bien pour permettre à la mère de se reposer.

Selon l'étude française [37], 5% des NN dans la maternité sont séparés de leurs mères en raison d'un transfert en néonatalogie.

Quant à l'étude faite à la maternité Ibn Tofail en 2003 [15], 72% des NN séparés de leurs mères le sont pour une cause maternelle (64,8% : mères césarisées et 7,2% : mères en réanimation). 28% des NN séparés de leurs mères le sont pour des raisons fœtales (37,2% prématurité, 48,8% souffrance néo-natale, 20% infection néo-natale).

Quant à notre étude 7% des bébés ont été séparés de leurs mères en raison d'une hospitalisation particulière de la mère à la réanimation ou du bébé au service de néonatalogie.

IV. CONNAISSANCES ET PRATIQUES DES MERES EN MATIERE D'AM ET DIETETIQUE INFANTILE

1- AM

Dans toute l'histoire de l'humanité, presque toutes les mères ont toujours nourri leurs enfants de la façon la plus normale, la plus naturelle et la plus simple qui soit: au sein. La plupart des sociétés traditionnelles d'Afrique, d'Asie et d'Amérique latine ont une bonne connaissance de l'allaitement, même si les pratiques peuvent varier d'une culture à l'autre.

1-1. Durée de l'AM exclusif

L'allaitement est exclusif lorsque le nouveau-né ou le nourrisson reçoit uniquement du LM à l'exception de tout autre ingestat, solide ou liquide, y compris l'eau [9]. L'OMS recommande un AM exclusif jusqu'à six mois et un allaitement partiel jusqu'à deux ans ou au-delà.

Dans les pays industrialisés la situation est variable avec pour certains une pratique habituelle de l'AM prolongé et une durée médiane d'au moins 6 mois [27]. Dans l'étude de V. Walburga et al. , on remarque que la durée moyenne de l'allaitement envisagée à la naissance est de 23 semaines ce qui correspond à peu près aux recommandations de l'OMS. À trois mois du post-partum, 34 % de l'ensemble des mères de l'échantillon allaitement, et 50 % des bébés allaités à la naissance étaient toujours allaités. Lorsqu'on examine les résultats à six mois du postpartum, on constate qu'il y a 17 % de l'ensemble des mères de l'échantillon qui poursuivent l'allaitement, et que 24 % des bébés allaités à la naissance continuent à l'être à cette date. Ceci laisse supposer que le nombre de bébés allaités diminue par deux dans les trois premiers mois, puis se divise par deux à nouveau entre trois et six mois [38].

Au Gabon, seulement 2,6 % des mères le pratiquent jusqu'à cinq mois [39]. La prévalence de l'allaitement exclusif à la naissance dans certains pays africains: 98 % en Ouganda, 99 % en Zambie et 85 % en Côte d'ivoire [40].

Quant aux études nationales, l'étude faite à l'hôpital Souissi à rabat a montré que 30 % des parturientes comptaient allaiter pendant six mois, 40 % jusqu'à l'âge de sept à douze mois, et seulement 29 % jusqu'à treize à vingt-quatre mois [20].

Concernant l'étude de A. BARKAT et al [19], on constate que plus d'un tiers des femmes ignore la durée optimale de l'AM et l'on assiste à un réel déclin de sa pratique. L'allaitement au sein exclusif pendant les premiers quatre mois est passé de 62% en 1992, à 37% en 1995. A 6 mois ce taux n'est plus que de 20%. Néanmoins des différences sont constatées en fonction du milieu. La fréquence de l'AM exclusif pendant les 4 premiers mois serait plus importante en milieu rural.

Quant à notre étude on trouve que dans les grossesses précédentes 27.5 % des mères ont pratiqué l'AM pendant une durée de 4 mois, 38 % pendant 4 à 6 mois, et pendant plus de six mois pour 48 % des mères.

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

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

1-2. Avantages de l'AM

Le niveau de connaissance en matière d'AM des mères est positivement associé à une durée d'allaitement plus longue [10]. Toutefois, cet effet dépend de la parité des mères. En effet, un degré de connaissance élevé chez les mères primipares est associé à une durée d'allaitement prolongée, mais cette association n'est pas retrouvée chez les mères multipares [24]. Selon l'étude de V. Siret et al. à la maternité de l'hôpital Antoine-Béclère (Clamart) [23], 76% des mères ont choisi l'AM pour ces bénéfices pour l'enfant, 35 % pour ces avantages dans la relation mère/enfant, 2% l'ont choisit pour d'autre motifs et une femme ne sait pas ses avantages.

Dans l'étude faite à l'hôpital Souissi de Rabat Quatre-vingt-quatre pour cent des parturientes pensaient que le LM constituait l'aliment de choix pour le nouveau-né [20]. Au Gabon et selon l'étude de G. Chéron la bonne santé du bébé était la réponse chez 63,4 %, une pratique naturelle : 26,3%, la relation mère enfant : 12,8 %, les raisons économiques : 7,4 % [21].

Dans notre étude, les réponses concernant les avantages de l'AM pour le bébé étaient : assure un bon développement pour 32,6% des mères, renforce l'immunité pour 30,9%, bénéfique pour 15,45%, 10,3% mères ne connaissent pas les avantages de l'AM et renforce la relation mère enfant pour 9,01% des mères. Concernant les avantages de l'AM pour la mère : 83,1% des mères ne les connaissent pas, 7,4% pensent qu'il prévient les pathologies mammaires, 4% trouvent qu'il renforce la relation mère enfant, 2,5% pensent que l'avantage de l'AM est qu'il est disponible et ne nécessite pas une préparation particulière, et une pense que le fait d'allaiter son bébé n'a aucun avantage pour elle.

1-3. Premier lait

Durant les 3 premiers jours de l'allaitement, le lait de femme, alors appelé colostrum, a une composition différente de celle du lait mature. Moins riche en lipides et en lactose, il a une densité énergétique moindre (450-480 contre 650-700 kcal/L) ; il est en revanche plus riche en cellules immunocompétentes (10 fois plus), en oligosaccharides (22 à 24 g/L contre 12 à 13 g/L), et en protéines (22 contre 11 g/L). L'augmentation porte sur les protéines solubles fonctionnelles comme les immunoglobulines, en particulier les IgAs, les lactoferrines, différents facteurs de croissance (G-CSF, EGF, IGF1), les différentes cytokines, alors que les caséines sont pratiquement absentes. Tous ces éléments contribuent à protéger le nouveau-né, qui est particulièrement vulnérable aux infections [12]. Or, ce liquide a longtemps été considéré dans plusieurs cultures comme inutile, voire dangereux : les femmes indochinoises considèrent le colostrum comme du vieux lait qu'elles rejettent et remplacent par du thé de ginseng ou de l'eau bouillie sucrée [15].

Selon l'étude de l'hôpital Souissi de Rabat Soixante-quatorze pour cent des mères interrogées savaient que le colostrum existait, 70 % d'entre elles ont déclaré qu'il était bénéfique pour la santé du bébé sans connaître les raisons, et seulement 8 % connaissaient ses avantages nutritionnels [20].

On trouve dans l'étude du Professeur Lamdouar Bouazzaoui [19] une grande variation en fonction des régions. Au sud et dans les régions sahariennes, on reconnaît les bienfaits du colostrum et on insiste sur son importance pour la santé présente et future des enfants. Dans la

région orientale du pays, la majorité des femmes ne lui accordent aucun intérêt, il est même parfois extrait par pression et jeté. En plus, certains facteurs dont l'âge avancé, le haut niveau d'étude et la multiparité semblent influencer favorablement les connaissances relatives aux avantages du colostrum.

Dans notre étude 84% des femmes pensent que le premier lait est bien pour la santé des bébés, 13,5% n'ont aucune idée et 2,5 % le trouvent mauvais.

1-4 .Caractéristiques des tétées

- Selon C. Laurent [41] :

- de 0 à 5 mois, l'AM est proposé sans préciser le nombre de tétées.

- de 5 à 12 mois, l'AM est proposé sous forme de trois tétées (de 5 à 7 mois), puis deux tétées (de 7 à 8 mois), puis une tétée le matin (de 9 à 12 mois).

Ne pas prescrire de nombre de tétées permet de respecter la physiologie de la lactation.

En effet, la lactation fonctionne selon le principe de l'offre et de la demande :

« Plus le sein est stimulé et plus il synthétise de lait », les mères ont besoin en moyenne de huit à 12 tétées par jour pour démarrer et entretenir la lactation, certaines ont besoin de plus, d'autres de moins. Leur capacité à « donner du lait » à chaque tétée (aussi appelée « capacité de stockage du sein ») est variable [42]. Ne pas limiter le nombre et la durée des tétées permet d'établir une lactation adaptée aux capacités de la mère qui sont inconnues au démarrage [9]. Les médecins pourront s'appuyer sur ces recommandations pour éviter de donner un nombre de tétées maximum [43]. Pourtant, dans la culture française, existe encore la notion de donner « de bonnes habitudes » à l'enfant dès sa naissance, de ne pas répondre trop facilement à sa demande car il risque de devenir « capricieux ». Cela traduit une totale méconnaissance des besoins et des rythmes des petits Nrs (contact corporel nécessaire, cycles de sommeil irréguliers selon les jours). Selon Taveras EM et al. [44], la présence d'un problème de succion du bébé est un prédicteur significatif de ne pas allaiter le bébé exclusivement à 12 semaines. Une technique de succion

correcte est un préalable indispensable à la réussite de l'allaitement et à sa durée. Celle-ci peut être corrigée précocement, ce qui permet d'atteindre le même niveau d'allaitement [45].

Quant aux études nationales, dans l'étude de la maternité de l'hôpital Souissi de Rabat on a constaté que le délai entre l'accouchement et la première tétée était inférieur à trois heures dans 13 %, entre quatre et six heures dans 35 %, et supérieur à six heures dans 52 %. Ces tétées étaient données à la demande dans seulement 21 % des cas [20].

Quant à notre étude le délai moyen entre l'accouchement et la première tétée est de 7.6 heure avec au minimum 1 heure et au maximum 72 heures. La fréquence des tétées varie entre 1 et 16 tétées par jour avec une moyenne de 6.3. La durée moyenne des tétées est 19.6 minutes avec au minimum 1 min et au maximum 120 min. La position lors des tétées est correcte chez 77,2% des bébés et incorrecte chez 22,3%.

2- Diversification alimentaire

2-1. Age de la diversification

La diversification alimentaire est définie par l'introduction d'aliments non lactés chez un Nrs au sein ou alimenté par un LA. Même s'il n'y a pas ou très peu de limitation d'ordre physiologique à l'introduction précoce de tel ou tel aliment, il est recommandé que la diversification débute entre quatre et six mois selon les modalités suivantes [46,47]:

- Alimentation lactée exclusive pendant les quatre à six premiers mois en privilégiant l'AM.
- A défaut utilisation d'une préparation pour nourrissons.
- Début de la diversification avec introduction des fruits et des légumes entre quatre et six mois.
- Introduction de la viande, du poisson et de l'œuf après six mois.
- Introduction du gluten après six mois.

- Introduction d'une préparation de suite après quatre à six mois ou poursuite de l'AM en association avec la diversification alimentaire.

Pour les enfants à risque d'atopie, il est licite de retarder la diversification alimentaire après six mois d'AM ou d'utilisation d'une préparation hydrolysée et de différer l'introduction des principaux allergènes (œuf, poisson, arachide) après 12 mois [48,49].

Dans l'étude de S. Bigot-Chantepie et al. [50], 52% des parents avaient débuté la diversification de leur enfant avant l'âge de quatre mois pour les enfants sans risque allergique ou avant six mois pour les enfants à risque allergique, confirmant le fossé existant entre les recommandations et la pratique et les données déjà rapportées en Europe [51,52]. Dans une étude réalisée en 2000 dans 12 pays européens (Autriche, Allemagne, Espagne, France, Grèce, Grande-Bretagne, Hongrie, Croatie, Italie, Irlande, Portugal et Suède), 67 % des enfants recevaient une alimentation solide à l'âge de quatre mois [51] et dans deux études écossaises réalisées respectivement en 1998 et en 2004, 93 et 94 % des parents avaient débuté la diversification avant quatre mois [52,53].

Dans la même étude de S. Bigot-Chantepie et al. [50], l'AM était un facteur indépendant de diversification après l'âge de quatre mois. Le taux et la durée d'AM influencent fortement le moment de la diversification alimentaire. Ainsi, dans une étude suédoise de 2001 réalisée chez des enfants nourris au sein, seulement 34 % avaient débuté l'alimentation solide à quatre mois [54]. De même, dans une étude américaine comportant 90 % d'enfants allaités à un mois, 35 % seulement des parents avaient débuté l'alimentation solide à quatre mois [55]. Dans une étude comportant 3000 enfants norvégiens dont seulement 1 % n'avait jamais reçu de LM et 85 % étaient allaités au moins partiellement à quatre mois, 21 % seulement avaient débuté l'alimentation solide avant quatre mois [56]. Enfin, dans une étude italienne réalisée en 2004 comportant 2450 enfants dont 90 % étaient allaités à la naissance et 45 % à six mois, 34 % des enfants étaient diversifiés avant quatre mois [57]. On peut émettre l'hypothèse que lorsque l'AM est poursuivi à quatre mois,

c'est à l'évidence que ce mode d'alimentation satisfait les nourrissons et leurs mères. Il n'y a donc pas de raison d'introduire d'autres aliments.

Dans cette étude [50], comme dans d'autres études de la littérature [53, 54, 56, 58, 59], les mères de niveau d'étude plus bas diversifiaient plus tôt et faisaient également plus d'erreurs nutritionnelles (introduction du gluten avant six mois, consommation d'eau sucrée) : elles recevaient peut-être moins d'informations adaptées (moins de lectures, moins de suivi médical), ou étaient moins sensibilisées à l'alimentation de leur enfant et aux inconvénients d'une diversification trop précoce. Nous avons mis en évidence d'autres facteurs de risque de diversification précoce : les mères d'au moins trois enfants, et les mères âgées de plus de 35 ans diversifiaient plus tôt.

Ces mères avaient l'expérience personnelle des enfants précédents et probablement tendance à banaliser l'alimentation, ou à proposer plus tôt à leur nourrisson le régime alimentaire des plus âgés. Il est également possible que les mères multipares ayant reçu pour leurs enfants précédents en bonne santé quelques années auparavant, des conseils de diversification plus précoce aient appliqué les mêmes conseils à leur dernier-né sans tenir compte des avis médicaux actualisés.

Les mères dont l'enfant était suivi par le médecin généraliste et surtout en Protection Maternelle et Infantile (PMI) diversifiaient plus souvent tôt. Ce résultat doit être interprété avec prudence, car un bas niveau socioéconomique était fortement associé au suivi en PMI et par le médecin généraliste dans cette étude, comme le montre l'analyse par correspondance multiple. L'analyse par correspondance multiple permet en effet de mettre en évidence différents facteurs liés entre eux. En particulier, elle permet de montrer que les enfants bénéficiant d'un AM poursuivi à quatre mois et ceux suivis par un pédiatre appartiennent fréquemment aux mêmes groupes alors que ceux d'origine migrante et ceux suivis en PMI appartiennent à des groupes différents. Cette analyse permet de suggérer les facteurs liés comme d'une part un niveau d'étude supérieur, un suivi par un pédiatre et un AM à quatre mois, ou d'autre part un suivi par un médecin généraliste, un allaitement artificiel et un niveau d'étude primaire [50].

Dans l'étude réalisée à la maternité de l'hôpital Souissi de Rabat [20], concernant la diversification alimentaire, 63% des femmes l'envisageaient entre quatre et six mois, 29 % pendant les trois premiers mois et seulement 8 % au delà de six mois.

Dans notre étude 58% des mères interviewées pensent introduire les aliments de complément dès le début et durant les 4 premiers mois.

Si on considère que la diversification trop précoce est un facteur de risque de manifestations atopiques, les conséquences en termes de santé publique sont importantes. Une diversification trop précoce pourrait être de ce fait responsable de consultations, d'hospitalisations, et de traitements médicamenteux supplémentaires, et en conséquence d'un coût financier non négligeable [50].

2-2.Nature des aliments de complément

En pratique : le lait, si possible maternel, reste la base exclusive de l'alimentation du nourrisson au moins jusqu'à 6 mois, date éventuellement modulable à partir de 4 mois révolus [60].

- Un apport lacté d'au moins 500 ml. par jour est indispensable pendant toute la période de diversification alimentaire, c'est-à dire jusqu'à l'âge de 3 ans. La première phase de la diversification a pour objectif, durant 2 à 3 mois, la découverte des aliments à 4 différents groupes : produits laitiers, produits céréaliers, fruits et légumes, viandes et substituts, avec l'apprentissage de la cuillère.

- Durant la seconde phase, jusqu'à 3 ans, l'enfant découvre les différents saveurs et textures, jusqu'à une alimentation proche de celle de l'adulte, adaptée en quantité à ses besoins physiologiques.

- Le rythme de 4 repas, une fois l'alimentation diversifiée, est suffisant : rien ne justifie des collations supplémentaires, ni le recours à des boissons sucrées ou autres friandises, responsables de caries et de surpoids.

Dans l'étude de S. Rigal et al. [61], l'introduction de gluten à 6 mois ne concerne que 6 % des enfants diversifiés, celle des protéines animales 9,5%. Une étude sénégalaise a montré que le sevrage complet survient vers 10 mois \pm 4. La diversification commence entre 5 et 8 mois, à base de bouillie de mil et de décoction de pain de singe [62] et le sevrage à 17 \pm 3 mois.

Quant aux études nationales, dans l'étude d'Agadir la diversification du régime elle commence entre le troisième et le quatrième mois avec de la soupe, de légumes, la purée de pommes de terre, les œufs, le yaourt ou le fromage [22]. Selon A. Barakat [19], plus de 25% des femmes continuent à administrer des liquides type tisane ou autre avant la première tétée. Quant à l'étude de A. Jaouid [15], les farines constituent l'aliment le plus consommé, puis les préparations à base de mélanges.

Dans notre étude, on constate que 74.7 % des mères donnent comme complément le LA et 21.5 % donnent la soupe.

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

3- Sevrage des nourrissons

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

D'après le dictionnaire de la langue française, sevrer correspond à « cesser progressivement d'allaiter, d'alimenter en lait, pour donner une nourriture plus solide ». Dans son sens littéraire, ce terme a une connotation négative puisqu'il s'agit de « priver (quelqu'un de quelque chose d'agréable) ». L'Anaes retient comme définition du sevrage « l'arrêt complet de l'AM » et souligne que celui-ci ne doit pas être confondu avec le début de la diversification alimentaire [9]. D'une façon plus large, on peut considérer le sevrage comme une période commençant par le début de la diversification alimentaire et se terminant par l'arrêt complet de l'AM.

3-1. Age du sevrage

Pour de nombreux parents et professionnels de santé, la durée de l'AM est grossièrement calquée sur celle du congé de maternité, soit entre 2 et 3 mois. En France par exemple, parmi les bébés allaités à la naissance, la moitié sont sevrés –c'est-à-dire ne reçoivent plus de LM– à 2 mois et plus des 2/3 le sont à 3 mois. On constate que cette durée n'est pas en accord avec les recommandations d'instances nationales et internationales. Si l'on suit ces recommandations, le début de la diversification (c'est-à-dire l'introduction d'aliments variés) se situe vers 6 mois, sans que cela présage du moment du sevrage au sens strict, c'est-à-dire de l'arrêt de l'AM. L'OMS recommande même la « poursuite de l'AM jusqu'à l'âge de 2 ans ou au-delà » [63].

L'étude de Ego [27] a rapporté que 28% des mères françaises ont sevré leurs enfants pendant le premier mois. Walburg [64], a montré dans son étude que les femmes allemandes envisagent d'allaiter en moyenne pendant 30 semaines.

Selon l'étude réalisée à l'hôpital Souissi de Rabat [20], 30 % des parturientes comptaient allaiter pendant six mois, 40 % jusqu'à l'âge de sept à douze mois, et seulement 29 % jusqu'à treize à vingt-quatre mois. L'étude d'Agadir a montré que le sevrage complet survient vers 10 mois \pm 4 [22].

Quant à notre étude, l'âge de sevrage varie entre 1 mois et 36 mois avec une moyenne de 17,2 mois.

Il faut noter que le sevrage, selon le moment auquel il a lieu, recouvre des réalités très différentes. C'est pourquoi certains auteurs comme M. Thirion [65] distinguent à juste titre le sevrage précoce, avant 3 mois (qui consiste en un changement de lait), du sevrage tardif, après 6 mois ou 1 an. Soulignons également que le sevrage n'implique donc pas obligatoirement l'emploi de préparations pour nourrissons, bien que cette idée soit répandue.

Il existe donc de nombreux cas de figure, et l'idéal serait que « chaque couple mère-enfant (puisse) élaborer son propre chemin dans l'allaitement (...), en tenant compte des besoins et du

plaisir de chacun [66] ». Encore faudrait-il que la société rende possible un tel choix, et en particulier que la législation du travail soit réellement favorable à l'allaitement.

3-2 Raisons du sevrage précoce

Dans l'étude de V. Walburg [67], lorsque l'on se penche sur les raisons ayant entraîné un arrêt prématuré de l'allaitement, on remarque que la première raison évoquée dans les deux groupes est les difficultés rencontrées au cours de l'allaitement (57,1 % pour les femmes avec une réunion prénatale et 83,3 % pour les femmes du groupe contrôle), la deuxième raison était le travail chez 14.3 % des mères.

Dans une autre étude de V. Walburg [40], on note qu'à trois mois, la moitié (50 %) des allaitements est stoppée avant cette date. De plus, ces interruptions sont dans la majorité des cas à mettre sur le compte de difficultés avec la mise en route de l'allaitement (45 % pour manque de lait, 10 % en raison d'une perte de poids du bébé). En effet, le manque de lait et l'insuffisance de prise de poids du bébé sont souvent la conséquence d'un mauvais positionnement du bébé au sein [15].

Par ailleurs, une étude néerlandaise [68], a également montré qu'une des premières causes de cessation de l'allaitement durant les premières semaines est due à des difficultés et que celles-ci sont souvent liées à une mauvaise technique de mise en route.

De plus, plusieurs études [69-71] ont montré qu'un accompagnement dans les premières semaines pouvait considérablement réduire le nombre d'arrêts liés aux difficultés.

Par ailleurs, une autre étude menée par Walburg V [72], ayant comparé des mères allemandes et des mères françaises, a montré que les mères allemandes sont significativement moins nombreuses à cesser leur allaitement suite à des difficultés. Or, les femmes allemandes bénéficient d'un accompagnement de leur allaitement dans les premières semaines via des visites de sages-femmes à domicile.

Une étude [69,73] a montré qu'une intervention de soutien, d'accompagnement et d'information inspirée des thérapies comportementales et cognitives en postnatal diminuait de manière significative les arrêts suite à des difficultés.

Au Maroc, L'ENPS [74] a trouvé que les causes du sevrage précoce diffèrent selon les milieux urbains et ruraux :

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

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

- L'éducation en matière de sevrage peut modifier les pratiques et par conséquent améliorer l'état nutritionnel des Nrs et des jeunes enfants [75].

V- Promotion de l'allaitement maternel

1- Les trois « règles d'or » pour réussir l'allaitement au sein

Comment vivre les débuts de l'allaitement dans les meilleures conditions et en évitant les difficultés les plus fréquentes? Il semblerait qu'il y ait sur la pratique de l'AM au cours des premières semaines, un fort consensus professionnel, dans la logique de la physiologie de la lactation. Ces conseils, que nous avons choisi de nommer les 3 « règles d'or », pourraient favoriser un bon démarrage de la lactation [76]. Ensuite, au bout d'un temps variable selon les auteurs (de 6

à 16 semaines), la lactation semble être moins directement dépendante du taux de la prolactine. Il n'y a alors plus de physiologie hormonale de la lactation, mais le lait continue d'être produit, les seins sont en autonomie de fonctionnement [77,78].

1-1. Première règle : l'allaitement à la demande [76-81].

L'allaitement obéit à la loi de l'offre et de la demande et le plus vraisemblablement à la demande de l'enfant régulant l'offre [79].

L'allaitement à la demande est la base d'un allaitement réussi. C'est le seul moyen de respecter totalement la physiologie de la lactation, d'éviter les difficultés (prévenir les engorgements) et de répondre réellement aux besoins de l'enfant par une sécrétion lactée suffisante [76, 77,81].

Répondre à cette demande de façon adéquate aidera l'enfant à trouver son propre rythme de sommeil et de faim et à s'adapter doucement à son nouveau mode actif d'alimentation[77,81]. Pendant toute la vie intra-utérine, il était nourri passivement par l'intermédiaire du cordon ombilical et du placenta et cette alimentation, à partir du sang de sa mère, était constante. Après l'accouchement, il va falloir qu'il se nourrisse activement: il lui faudra alors plusieurs semaines pour faire la différence entre être réveillé et avoir faim, s'endormir et être rassasié. Il confond les deux signaux, son entourage aussi. La mère devra, elle aussi, apprendre à reconnaître et à satisfaire les besoins de son enfant, à comprendre les appels de faim (pleurs, réflexe de foussement) et ceux d'une autre origine.

Il n'est pas nécessaire de réveiller un nouveau-né à terme, de poids normal et en bonne santé [77,81]. C'est lui qui fixera le nombre et les horaires de ses tétées en fonction de ses périodes de vigilances. Le nombre des tétées quotidiennes est très variable d'un enfant à l'autre, et pour le même enfant, d'un jour à l'autre.

Certaines études ont montré que les tétées sont souvent peu fréquentes le premier jour puis que le nombre augmente rapidement entre la troisième et le septième jour (6 ou 7 tétées par 24 heures en moyenne) et décroît ensuite [77,82].

Certaines mères tentent de réduire le nombre des tétées croyant qu'il est indispensable et possible d'imposer à leur bébé de plus longs intervalles entre les tétées parce qu'elles appréhendent de voir se prolonger le schéma des premières semaines sur plusieurs mois. Il faut rassurer les mères sur le fait qu'à la fois la fréquence et la durée des tétées ont tendance à diminuer avec le temps [80].

Il n'existe donc aucune règle quant à la durée ou le nombre de tétées; certains bébés pourront réclamer toutes les deux heures, d'autres toutes les quatre à six heures, les mères ne devront pas s'inquiéter si leur enfant paraît ne pas être « typique » [77,80].

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

Pendant de nombreuses années, on a couramment cru qu'il fallait limiter le temps de succion dans les premiers jours pour éviter les problèmes de mamelons douloureux. De récentes études montrent que l'irritation des mamelons ne dépend pas de la durée des tétées [80], mais est due à une mauvaise position du bébé au sein dans 85% des cas ou à des problèmes de succion dans 15% des cas [76].

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

— La plus grande quantité de lait sera prise durant les premières minutes de la tétée (lait peu calorique, désaltérant), mais la composition du lait se modifiant au cours de la tétée, le lait riche en matières grasses sera pris en fin de tétée produisant en partie la sensation de satiété. Interrompre trop tôt la tétée aurait pour conséquence de diminuer la ration calorique de l'enfant, même si, sur un plan quantitatif, cela semble convenable [80,83].

Dans cette situation, le bébé ne peut pas prendre suffisamment de poids malgré les tétées fréquentes et une quantité de lait apparemment suffisante. L'idéal serait donc de laisser le bébé téter le premier sein aussi longtemps qu'il le souhaite et d'attendre qu'il le lâche de lui-même, la mère pourra ensuite lui proposer le second sein qu'il prendra ou ne prendra pas, en fonction de

ses besoins. En commençant avec l'autre sein à la tétée suivante, il n'y aura pas de déséquilibre dans la production du lait et pas de phénomènes d'engorgement[77,79].

_ La durée du flux d'éjection est de maximum 30 minutes et correspond à trois ou quatre pics de sécrétion d'ocytocine. Pour entretenir la lactation, il faut que le bébé tète jusqu'à la fin du flux plusieurs fois par jour et certains bébés ont besoin de 20 à 30 minutes pour parvenir à la fin de ce flux[80].

Ensuite, vers la fin du premier mois, une fois la lactation bien démarrée, la mère peut décider librement du temps qu'elle peut et veut passer avec l'enfant au moment des tétées pour essayer de les réguler [77].

Comme nous l'avons vu, la position est un point essentiel sur lequel nous aimerions insister [77,78, 80].

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pour bien faire ouvrir la bouche du bébé, on peut stimuler le coin des lèvres, caresser les lèvres ou tapoter la main mais ne pas tenir la nuque, ou la tête (car entraîne un mouvement d'hyper extension de la tête) [78,80].

On conseillera à la mère d'éviter, si possible, de placer ses doigts en ciseaux pour présenter le sein au bébé. Ceci ramène le tissu glandulaire en arrière et empêche le bébé d'avoir les sinus lactifères dans la bouche [78,80].

Les narines étant situées sous un promontoire (le nez) qui dégage naturellement sous elles un sillon d'air, la mère n'a pas besoin de dégager le nez du bébé, au risque de créer des zones de tiraillement (risque de crevasse) ou de compression (risque d'engorgement localisé) [77].

Dernier point de détail trop souvent oublié : ce qui motive le bébé dans sa recherche et lui fait réussir son mouvement de langue après avoir ouvert grand la bouche ainsi que la coordination de sa déglutition, c'est avant tout l'odeur de l'aréole, celle que diffusent les tubercules de Montgomery [77].

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

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

Les biberons de complément donnés à la légère sont le point de départ d'un engrenage tout à fait contraire à la réussite du démarrage de l'allaitement. Il est important d'éviter dans la

mesure du possible ces biberons de complément pendant l'allaitement, même et surtout pendant les premiers jours, quand les mères ont l'impression de ne pas avoir de lait car ils peuvent entraîner:

-Une confusion sein/tétine chez le bébé.

-Une baisse de la lactation chez la mère.

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

- **Confusion sein/tétine** [76, 77, 81,83]:

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

Téter c'est [81] :

-Positionner la langue en gouttière sous l'aréole.

-Effectuer avec la langue un mouvement péristaltique.

-Déglutir (déglutition infantile) quand la langue est sortie.

-C'est donc coordonner très finement la succion, la déglutition et la respiration;

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

Boire au biberon, c'est[81] :

- Pincer la tétine verticalement entre les gencives.

- Aspirer.

- Déglutir (déglutition adulte) en collant la langue au palais.

Ces deux techniques semblent difficilement compatibles. Donner un complément au biberon risquerait de troubler le comportement de la majorité des nouveau-nés et de leur faire courir le risque de perdre leur réflexe de tétée et par là de ne plus provoquer le signal nécessaire aux flux d'éjection de lait.

C'est ce qui est consensuellement appelé la confusion sein/tétine et qui peut entraîner un bébé insatisfait qui finit par préférer le biberon [76] ;

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

Si, pendant les premiers jours ou après une tétée, l'enfant semble pleurer de faim ou si sa courbe de poids descend anormalement, il vaudrait mieux lui apporter un peu de lait à la cuillère ou à la tasse ou au compte gouttes ou par n'importe quel moyen autre que la tétine d'un biberon, afin de préserver au mieux sa qualité de succion. La "ration" est à augmenter de 30% pour compenser les pertes de lait inhérentes à ces techniques (lait qui coule hors de la bouche de l'enfant).

- **Baisse de la lactation** [77, 78, 81]:

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

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

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

2- Actions internationales [84, 85, 86]

➤ La période 1960-1980 : la prise de conscience :

Elle correspond à une prise de conscience des enjeux concernant l'AM et va aboutir en 1979 à une réunion internationale sur l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. Cette réunion rassemble des représentants des fabricants de laits infantiles, des associations de consommateurs et le réseau international des groupes d'action pour l'alimentation (international baby food action net work : IBFAN)

Les causes primordiales du déclin de l'AM vont être identifiées par ce groupe d'experts :

_Le manque d'information et de soutien aux mères.

_Les routines hospitalières rigides et le manque de formation de professionnels de la santé.

_La commercialisation agressive des substituts du lait des biberons et des tétines.

_Le manque de structures protectrices pour les femmes qui travaillent en dehors de leur foyer.

➤ La période 1980–1990 va être celle des plans et des actions :

En 1981 le code international de commercialisation des substituts du LM (annexe 2) été élaboré par l'assemblée mondiale de la santé(AMS). 118 états membres de l'OMS ont voté ce code dans le but de protéger l'AM contre les pratiques commerciales agressives de l'industrie alimentaires (les Etats-Unis n'y adhéreront qu'en 1995) [87]. Ce texte est une proposition minimale il n'y a pas de sanctions en cas d'effractions mais il est une avancée pour la protection des consommateurs. il réglemente la promotion des substituts du LM pour les professionnels de santé comme pour le marché public. Il s'adresse aux gouvernements et aux fabricants qui doivent l'appliquer quelle que soit la législation en vigueur dans leur pays, les agents de santé sont informés.

➤ Le 20 novembre 1989, la convention relative aux droits de l'enfant :

Par l'article 24, l'enfant a le droit de jouir du meilleur état de santé possible. Les états assurent l'accès aux soins médicaux à tous les enfants en mettant l'accent sur la prévention l'éducation sanitaire et la mortalité infantile. Ainsi il doit être fait en sorte que tous les groupes de société reçoivent une information sur la santé, la nutrition de l'enfant et les avantages de l'allaitement au sein, et bénéficient d'une aide leur permettent de mettre à profit cette information.

Les organisations de soutien à l'allaitement vont s'appuyer sur cette convention pour demander à chaque gouvernement une diffusion plus large de l'information sur les avantages de l'AM et la création de mesures législatives, juridiques et administratives en sa faveur.

Un comité des droits de l'enfant va être crée alors pour surveiller l'application de cette convention et émettre des rapports tous les cinq ans.

➤ En 1989, l'OMS et l'UNICEF font une déclaration spécifiant les conditions pour le succès de l'AM et le rôle des services liés à la maternité. Ce texte deviendra la référence de pratique pour l'IHAB.

➤ La période 1990–2000 est celle des actions internationales :

Elle a débuté le 1 aout 1990 par la déclaration « Innocenti à Rome » (annexe 3) Cette déclaration signée par 32 gouvernements, l'OMS, l'UNICEF et des organisations non gouvernementales définit les objectifs et les moyens en faveur de l'AM [88] .

Elle présente quatre ponts importants :

1–Désigner un coordinateur national et un comité national.

2–Faire en sorte que chaque maternité suive les dix recommandations pour le succès de l'AM.

3–Faire appliquer le code international de commercialisation des substituts de LM.

4–Protéger le droit pour les femmes qui travaillent d'allaiter leur enfant.

Ces objectifs devaient être atteints en 1995.

Cette déclaration rappelait aussi les durées idéales d'allaitement exclusif (4 à 6 mois à l'époque) et total (2 ans) qui ne peuvent être atteintes qu'à travers le renforcement d'une civilisation de l'AM.

L'application de cette déclaration est surveillée par la WABA (alliance mondiale pour l'action en faveur de l'AM) qui en outre organise tous les ans la semaine mondiale de l'allaitement depuis 1992 [89].

➤ Le 30 septembre 1990 :

Un plan d'action et une déclaration mondiale [90] vont être établis lors du sommet mondial pour les enfants au siège de l'ONU. Ils visent à promouvoir, favoriser et soutenir l'AM et à permettre à toutes les femmes de nourrir exclusivement au sein pendant quatre a six mois leurs enfants et de continuer à les allaiter tout en leur donnant des aliments d'appoint durant une bonne partie de la seconde année.

- En juin 1991 lors d'une réunion de l'association internationale de pédiatrie l'OMS et l'UNICEF lancent l'IHAB [91]. les hôpitaux et maternités qui suivent les dix recommandations (annexe 4) élaborées par l'OMS et l'UNICEF et respectent le code de commercialisation des substituts du LM reçoivent le label international « ami des bébés ».
- En 1992 les textes précisant les modalités de l'évaluation extérieure des hôpitaux sont établis après consultation d'experts internationaux. Ils utilisent des critères élaborés à partir des dix conditions. Depuis lors tous les deux ans, l'assemblée mondiale de la santé invite tous les pays membres à mettre en œuvre l'IHAB.

Tableau XXV: Nombre d'hôpitaux «Amis des bébés » selon les régions en 2002.

Régions	Nombre d'hôpitaux « Amis des bébés »
Afrique occidentale et centrale	1354
Afrique orientale et australe	587
Les Amériques et les caraïbes	1353
Asie de l'est et pacifique	8747
Asie du sud	1645
Moyen-Orient et Afrique du nord	811
Europe centrale et orientale, communauté des états indépendants et des états baltes	233
Pays industrialisés	262
Total	14994

Source : www.unicef.org/nutrition/files/nutrition_statusbfhi.pdf

- Le 15 juin 2000, la conférence internationale du travail [92] porte à l'échelle mondiale la durée minimale de congé de maternité de 12 à 14 semaines et recommande un congé de 14 à 18 semaines.

En ce qui concerne l'allaitement, des pauses allaitement rémunérées ont été adoptées, elles peuvent se regrouper pour permettre à la mère de raccourcir sa journée de travail.

Le conseil administratif de l'OMS invite les états membres à promouvoir et soutenir l'AM et à appuyer l'initiative « hôpital ami des bébés ».

- En mai 2001 l'assemblée mondiale de la santé fixe la durée optimale de l'AM exclusif à 6 mois et conseille la poursuite d'un allaitement complété jusqu'à au moins deux ans.
- En 2003 la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant a rappelé l'importance de la mise en place de l'IHAB partout dans le monde.
- En 2004 le plan d'action de l'union européenne [93] rédigé par des experts en allaitement représentant tous les pays de l'union européenne, élabore un modèle de programme mettant en évidence les interventions nécessaires à un niveau national pour promouvoir ,favoriser et soutenir l'AM tant au niveau politique que financier et concernant l'information mais aussi l'évaluation et le contrôle.
- En 2006, les documents de 1992 viennent d'être révisés en prenant en compte l'expérience acquise au niveau mondial ainsi que les dernières données scientifiques. En particulier dans les pays concernés, un soutien et une information sur des pratiques d'alimentation appropriée doivent être apportés aux mères HIV+ afin de réduire la transmission verticale. Globalement, il est souhaitable d'étendre le concept « ami des bébés » et de l'intégrer a d'autre programmes de soins.

Ainsi nous l'avons vu, nombreuses sont les dispositions internationales visant à promouvoir et à soutenir l'AM. Cependant l'IBFAN a réalisé un rapport en 1996 et il s'avère que l'application du code international des substituts de LM est diversement appliquée suivant les états. Seuls 16 pays avaient alors adopté les mesures légales pour assurer le respect du code

essentiellement en Afrique, en Asie de l'EST, Sud pacifique et en Amérique du sud. Les pays de l'union européenne ont adopté une législation moins rigoureuse qui ne s'applique pas qu'aux préparations pour nourrissons. Ainsi, elle ne concerne ni les substituts de LM, ni les tétines, ni les biberons et elle autorise la publicité dans les publications scientifique et pédiatriques

3- Initiative hôpitaux amis des bébés

3-1. Définition

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

L'objectif de cette initiative est de remplacer les routines hospitalières par des pratiques respectant les besoins et les rythmes du nouveau né, assure une plus grande proximité mère – enfant et encourage, accompagne et protège l'AM. Elle assure à chaque enfant et à sa mère le meilleur capital et le meilleur attachement possible [94] .

C'est une démarche de qualité qui passe par l'attribution du label « hôpital ami des bébés », et est tout à fait en accord avec les objectifs du programme national nutrition santé (PNNS) et avec la démarche actuelle d'accréditation des hôpitaux [95].

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

3-2. Critères de label

Le label international « ami des bébés » [95] est attribué à un établissement qui :

- Met en œuvre les dix conditions.
- Élimine la promotion et la fourniture gratuite ou à prix réduit de substituts du LM, des biberons et des tétines (respect du code de l'OMS de commercialisation des substituts du LM et des résolutions des assemblées mondiales de la santé.

-Enregistre un taux d'AM exclusif de la naissance à la sortie de maternité égal ou supérieur à 75%.

3-3 Les dix conditions

Ces dix conditions pour le succès de l'AM émanent de la résolution conjointe de l'OMS et de l'UNICEF de 1989. Elles ont pour but de promouvoir favoriser et soutenir l'AM, elles reposent sur des bases scientifiques [84] et ont fait leurs preuve un peu partout dans le monde. Plusieurs des dix recommandations de l'OMS et de l'UNICEF sont bénéfiques aussi pour les bébés non allaités puisqu'elles favorisent une bonne relation mère enfant.

3-4 Certaines expériences qui ont été menées dans différents pays

- En Italie, en 2001 Cattaneo [96], rapporte une étude selon laquelle 8 maternités ont reçu une formation conforme aux 18 heures de l'OMS. Elles ont été réparties entre deux groupes (le premier groupe comprenant 4 maternités importantes du sud de l'Italie, dans le groupe 2, quatre maternités du nord et du centre. Les résultats montrent une augmentation des taux d'allaitement après la formation.

Cette évolution est parallèle à :

- l'augmentation de l'adéquation des établissements aux dix conditions.
- L'amélioration des scores de connaissances des professionnels de santé

Tableau XXVI : Taux d'allaitement avant et après une formation en maternité en Italie (intervention entre octobre 1996 et février 1998)

	Taux d'allaitement exclusif à la sortie de la maternité		Taux d'allaitement prédominant à 3 mois		Taux d'allaitement à 6 mois	
	Avant	Après	Avant	Après	avant	Après
Groupe 1	41	77	37	50	43	62
Groupe 2	23	73	40	59	41	64

- En Croatie, en 2004 Pavicic -bosniac [97] a réalisé une étude sur l'évolution des taux d'allaitement avant et après le mise en place de l'IHAB et de groupe de soutien post nataux dans une des 21 régions Croates, elle a porté sur 7414 enfants et a montré des taux d'allaitement suivant :

Tableau XXVII: Taux d'allaitement à la naissance et à trois mois en 1990, 1994, 1998 et 2000.

	Taux d'allaitement à la naissance	Taux d'allaitement à 3 mois
En 1990	55%	20%
En 1994	78%	45%
En 1998	Labellisation	Labellisation
En 2000	85.6%	64.4%

L'auteur indique cependant que ces taux diminuent fortement après 3 mois.

- En suède [98,99], l'IHAB mise en place en 1993 a été très importante (58 hôpitaux labellisés en aout 1996, 100pour cent des lieux de naissances labélisés aujourd'hui) des études statistiques récentes ont rassemblé des taux d'alimentation au biberon. Actuellement, la progression est toujours positive. Elle montre des taux d'allaitement très importants à la naissance de l'ordre de 98 %, mais ces taux même s'ils paraissent très élevés, ils ne résistent pas au long terme et ne satisfont pas les demandes de l'OMS.

- En Norvège, les taux d'AM et les durées d'allaitement sont également toujours en augmentation ce pays obtient la durée d'allaitement la plus satisfaisante à 6 mois ou 80 % des enfants sont encore allaité.

➤ En Belgique [100], il n'y avait aucun hôpital ami des bébés en 2005. Le comité fédéral de l'AM a obtenu des moyens financiers pour la mise en œuvre de l'IHAB. Deux coordinatrices ont été choisies pour aider 5 maternités à se préparer à l'évaluation. Un appel à candidature a été lancé, le ministère a retenu 6 candidatures de maternités pilotes ; ces maternités ont passé l'évaluation avec succès en octobre 2006. Dix autres ont été sélectionnées pour passer le label en 2007. Alors que la politique soutenant l'obtention du label n'a été initié qu'en 2005, il y aura vraisemblablement 16 maternités labellisées en 2008 soit trois ans après le début de l'engagement de l'état. Le PNNS belge prévoit la labellisation de 25% des maternités d'ici 2010.

➤ En France cinq établissements ont obtenu le label « ami des bébés », deux parmi ces établissement l'ont obtenu en 2006.

➤ En Suisse, l'étude de Merten et al. [101] réalisé en 2005 dans 45 IHAB et 31 établissement en cours d'évaluation, a montré que la proportion d'allaitement exclusif et sa durée sont parallèles au degré de conformités aux directives du label. Pour les auteurs, l'augmentation de l'allaitement en suisse entre 1993 et 2003 est en partie la conséquence de la labellisation croissante des hôpitaux.

➤ Au cuba, le taux d'allaitement exclusif à 4 mois est passé de 25 % en 1990 à 72% en 1996.

➤ en Chine (20 millions naissance par an) [102] :

-Dans les régions rurales le taux d'AM exclusif à 4 mois est passé de 29% en 1992 à 68% en 1994.

-Dans les régions urbaines de 10% à 48%.

➤ Au brésil le taux d'AM exclusif à 4 mois était de 4% en 1956 et était de 42% en 1996.

➤ A Boston le groupe de travail dirigé par Philippe a permis la labellisation du centre hospitalier [102,103], celui-ci accueille majoritairement des familles pauvres et immigrées, les taux d'allaitement à la maternité sont passé de 58% en 1995 à 87 % en 1998.

➤ C'est également la conclusion apporté par l'UNICEF au royaume uni [104] : les taux d'allaitement en maternité augmentent pour 21 maternités qui ont été reconnues « ami des

bébés » : deux ans avant de recevoir le label, le taux d'allaitement était de 60% en moyenne pour passer un an après à 70%.

Les études internationales montrent donc à l'instar des conditions de l'OMS et de l'UNICEF que l'initiative « hôpital ami des bébés » est la méthode la plus efficace en ce moment pour promouvoir l'AM [105,106 ,107].

Au Maroc, "IHAB" a été lancée en 1992 et a concerné 40 Hôpitaux et maternités. Bien que le code de commercialisation des aliments pour nourrisson 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 évaluation réalisée en 2003 et l'abandon de la pratique de l'AM est en nette augmentation [19].

3-4. Le plan d'action pour la promotion de l'AM [108].

La promotion de l'allaitement est l'un des moyens les plus efficaces pour améliorer la santé des enfants. Elle a également des effets bénéfiques pour les mères, les familles, l'environnement, et la société dans son ensemble. Il existe de nombreuses initiatives au niveau national et international pour promouvoir l'allaitement. Les chances que ces initiatives obtiennent des résultats satisfaisants et durables seront bien plus importantes si l'action se base sur des programmes pertinents, incluant des activités dont l'efficacité a été prouvée, intégrées à un plan coordonné :

- Une politique globale devrait se baser sur la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant de l'OMS, et s'intégrer aux politiques générales de santé dans notre pays. Les associations professionnelles devraient être encouragées à publier des recommandations et des directives d'application basées sur les politiques nationales. Des plans à court et à long terme devraient être mis en place par les ministères concernés et les autorités

sanitaires , qui devraient aussi nommer des coordinateurs convenablement qualifiés, et des comités intersectoriels. Des ressources humaines et financières adéquates sont indispensables à la mise en œuvre des projets.

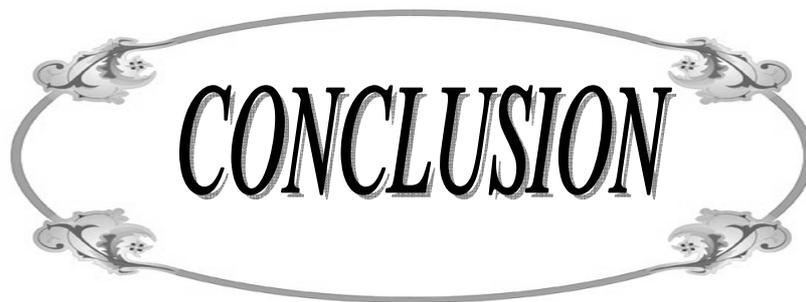
- Une information, une éducation et une communication adéquates sont d'une importance décisive pour recréer une culture de l'allaitement dans notre pays où l'alimentation au lait industriel est devenue la norme sociale. Les futurs et les jeunes parents ont droit à une information complète, correcte et optimale en ce qui concerne l'alimentation infantile, ce qui comprend des conseils pour l'introduction d'autres aliments au bon moment, de manière à ce qu'ils puissent prendre des décisions en toute connaissance de cause. Il est nécessaire d'offrir un conseil par des entretiens individuels effectués par des professionnels de santé convenablement formés, des conseillers non professionnels, et dans des groupes de soutien de mère à mère. Il est indispensable d'identifier les besoins spécifiques des femmes les moins susceptibles d'allaiter et d'y répondre activement. La distribution de documents publicitaires sur l'alimentation infantile par les fabricants et les distributeurs de produits visés par le Code International de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel devrait être proscrite.

- Il est nécessaire d'améliorer la formation initiale et continue de tous les professionnels de santé. Les programmes d'études durant tout le cursus universitaire sur les connaissances en physiologie de la lactation et en conduite de l'allaitement, de même que les manuels, devraient être révisés ou élaborés. Des cours de formation continue basés sur les données scientifiques récentes devraient être créés, visant tout particulièrement le personnel soignant travaillant dans les maternités et les services de soins pédiatriques. Les fabricants et les distributeurs de produits visés par le Code International de Commercialisation des Substituts du Lait Maternel ne devraient pas influencer les documents de formation ni les cours. Les professionnels de santé concernés devraient être encouragés à suivre les cours spécialisés pour le suivi de l'allaitement dont la pertinence et l'efficacité ont été démontrées.

• La protection de l'allaitement dépend dans une large mesure de l'application effective du Code, application qui comprend des processus de renforcement, la sanction judiciaire des infractions, et un système de surveillance indépendant des intérêts commerciaux. Elle dépend également d'une législation de protection de la maternité qui permette à toutes les mères qui travaillent d'allaiter exclusivement leurs enfants les six premiers mois, puis de poursuivre l'allaitement. Un soutien efficace exige une volonté d'établir des standards de pratique optimale dans tous les services de maternité et de soins infantiles. Au niveau individuel, cela signifie pour toutes les femmes l'accès à des services apportant leur soutien à l'allaitement, comprenant l'assistance par des professionnels de santé convenablement formés et des consultant(e)s en lactation, des conseillers non professionnels, et des groupes de soutien de mère à mère. Le droit des femmes à allaiter à quelque moment et à quelque endroit qu'elles en éprouvent le besoin doit être protégé.

• Les procédures de contrôle et d'évaluation font partie intégrante de la mise en œuvre du plan d'action. Il est urgent de mettre en œuvre un mode de recueil des données sur les taux de démarrage, d'exclusivité et de durée de l'allaitement, en utilisant des indicateurs, des définitions et des méthodes standardisés. Le contrôle et l'évaluation des pratiques dans les services sociaux et de santé, de l'application des lois, de la diffusion et de l'efficacité des activités d'information et d'éducation, et de la portée et de l'efficacité de la formation, devraient également être parties intégrantes des programmes d'action.

• La détermination du rapport coût/bénéfices, coût/ intervention, et de la faisabilité des différentes interventions nécessite aussi des recherches supplémentaires. La qualité des études sur l'allaitement a besoin d'être améliorée, en particulier en ce qui concerne les définitions des différentes catégories d'alimentation. Des règles éthiques donneraient à ces recherches l'assurance d'être libres de tout intérêt commercial. La prise de conscience et la gestion des conflits d'intérêt possibles des chercheurs sont d'une importance fondamentale.



CONCLUSION

Notre travail révèle une grande insuffisance des connaissances des mères en matière d'allaitement maternel qui sont, pour la plupart, analphabètes ou de faible niveau d'études. La promotion de l'AM doit s'inscrire dans une politique générale de santé publique à l'échelon de notre pays. La principale action est l'information des femmes sur les bénéfices et la supériorité de l'AM, ainsi qu'une préparation psychologique de la mère qui doit avoir lieu idéalement avant et pendant la grossesse, et concerne également le conjoint. Les arguments scientifiques en faveur de la supériorité du lait maternel ne sont guère discutés. Ils sont importants dans le cadre de la promotion de l'AM et doivent être expliqués à l'échelon individuel pour convaincre de l'intérêt de l'allaitement. Cette préparation doit se poursuivre après l'accouchement surtout pour les mères inexpérimentées de façon à les aider à surmonter les difficultés liées à l'allaitement maternel.



RESUMES

Résumé

L'allaitement au sein constitue l'aliment optimal du jeune nourrisson, le mieux ajusté à ses besoins comme à ses capacités. Il présente de nombreux avantages tant pour l'enfant que pour la mère, on peut donc le considérer comme l'un des maillons essentiels ayant permis la survie de l'humanité.

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

Nous avons réalisé une étude prospective, auprès de 200 couples « mère-nouveau-né » ayant séjourné à la maternité Ibn Tofail à Marrakech, afin de préciser les facteurs entravant le bon déroulement de l'allaitement et d'évaluer les connaissances et pratiques des mères en matière d'AM. Cette étude a été faite pendant la période s'étalant du 1^{er} octobre au 30 novembre 2006, à l'aide de questionnaires préétablis.

Les résultats ont montré que l'âge moyen des mères était de 26,98 ans, 49% de ces femmes étaient analphabètes et 92 % étaient mères au foyer. Près de la moitié des parturientes étaient primipares. 41% des grossesses étaient suivies. 134 femmes ont accouché par voie basse. Seules 37.5% des parturientes ont été sensibilisées et ont bénéficié des informations prénatales sur l'AM, et seulement 9 maris ont participé à la formation concernant la sensibilisation. 83.1% des mères ne connaissent pas les avantages de l'AM pour la mère. Concernant les pratiques en maternité, la première tétée a été donnée après les six premières heures dans 38 %. De plus, 31 % des femmes exprimaient la nécessité de l'allaitement artificiel pour une meilleure croissance du bébé, et 48 % ont donné d'autres liquides non lactés. La majorité des femmes interviewées pensent introduire les aliments de complément dès le début et durant les 4 premiers mois.

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

ملخص

تعد الرضاعة الطبيعية أفضل غذاء للطفل وأكثر ملائمة لاحتياجاته و قدراته. لها مزايا عديدة لكل من الطفل و الأم. يمكن اعتبارها واحدا من العوامل الأساسية التي مكنت من استمرار البشرية. تظهر المعطيات الوطنية انخفاضا في عدد الرضع المستفيدين من الرضاعة الطبيعية و كذلك في مدة الرضاعة الطبيعية.

لقد أجرينا دراسة مستقبلية على 200 زوج (أم- و ليد) في مصلحة الولادة بمستشفى ابن طفيل من أجل توضيح العوامل التي تعرقل حسن سيرالرضاعة الطبيعية و لتقييم معارف و ممارسات الأم في ما يخص الرضاعة الطبيعية. هذه الدراسة أجريت في فترة ما بين 1 أكتوبر إلى 30 نوفمبر 2006، وذلك باستخدام استبيانات.

وقد أظهرت النتائج أن متوسط عمر الأم كان 26,98% سنة، 49% من هؤلاء النساء أميات و 92% من ربات البيوت. كان هذا هو الحمل الأول لما يقارب نصف النساء. 41% من النساء تابعن حملهن. 134 من الولادات كانت طبيعية و 37,5% فقط من النساء تلقين معلومات حول الرضاعة الطبيعية قبل الولادة و 9 أزواج فقط تلقوا معلومات مع نسائهم. 83,1% من الأمهات لا يدركن فوائد الرضاعة الطبيعية لصحة الأم. فيما يخص الممارسات داخل مصلحة الولادة، كانت الرضاعة الأولى بعد ست ساعات من الولادة بالنسبة ل 38% و بالإضافة إلى ذلك 38% من النساء يؤمن بالحاجة إلى التغذية الإصطناعية لتحسين نمو الطفل و 48% منهن أعطين سوائل غير حليبية. أغلبية النساء يرغبن في إدخال الأغذية التكميلية منذ الولادة و أثناء 4 أشهر الأولى. في الختام، هناك قصور على مستوى المعارف و الممارسات على صعيد المؤسسات، لذا يجب علينا تشجيع الأمهات على الرضاعة الطبيعية.

Abstract

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

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

We conducted a prospective study with 200 couples mother–newborn "had visited the maternity Ibn Tofail in Marrakesh, to assess knowledge and practices of mothers regarding breastfeeding. This study was made for (), using a questionnaire pre–established.

The results showed that the average age of mothers was 26,98 years, 49% of these women were illiterate and 92% were housewives. Nearly half of pregnant women were primiparous. 41% of pregnancies were followed. 134 women gave birth by vaginal delivery. Only 37, 5% of women were aware of and benefited from antenatal information on breastfeeding, and only 9 husbands participated in training on awareness. 83,1% of mothers are not aware of the benefits of breastfeeding for mother. Regarding practices in maternity, the first feeding was given after the first six hours in 38%. In addition, 31% of women expressed the need for artificial feeding for better growth of the baby, and 48% were giving other liquid non–dairy. The majority of women interviewed believed introduce complementary foods at the beginning and during the first 4 months.

In conclusion, many deficiencies in knowledge and behaviour throughout the hospital stay to fill in the promotion of breastfeeding.



ANNEXES

ANNEXE 1

Les pratiques de l'allaitement maternel à la maternité Ibn Tofail à Marrakech

Questionnaire

- Parité :si multipare :
 - Existence d'un enfant allaité précédemment : oui non
 - Durée d'allaitement exclusif :
 - Durée d'AM :
- Grossesse : Non suivie suivie si oui où :
- Quel est votre niveau d'instruction ?
primaire secondaire supérieur analphabète
- Avez-vous un travail en dehors du foyer ? Non oui lequel.....
- Niveau socio-économique :
- Mode d'accouchement : Voie basse césarienne raisons :
- Terme :Poids du nouveau né à la naissance :g.
- Est-ce que vous avez reçu une sensibilisation concernant l'AM?
Oui Non si oui : où Quel type ?
- Votre mari a-t-il été associé à la formation ? Oui Non
- comptez-vous allaiter ? Oui Non
 - Si oui :-Votre décision a été prise quand ?
 - Quelles sont les raisons invoquées pour allaiter ?
 - Si non :-Quelles sont les raisons ?
- La première tétée quand ?
- Si >6h pourquoi ?
- Ajoutez vous en plus de l'AM : -de l'eau sucré Oui Non
 - Tisane Oui Non
 - Autre Oui Non

Et pourquoi ?.....

- Le nouveau né a-t-il été séparé de vous en raison d'une hospitalisation particulière ?

Oui Non

- Fréquence des tétés :.....

- Durée des tétés :.....

- Position du bébé lors des tétés : Correcte Incorrecte

- Utiliserez-vous des compléments ? Oui non

Si oui le ou lesquels ?.....

Et quand ?.....

- utilisez vous des : biberon tétine

- Jusqu'à quand comptez vous allaiter ?.....

Et pourquoi ?.....

- A votre avis, le premier lait (colostrum) est il un mauvais lait ?.....

- Connaissez vous des inconvénients de l'AM sur :

-Votre santé :.....

-Celle du bébé :.....

-Ou autre :.....

- Connaissez vous des avantages de l'AM sur :

-Votre santé :.....

-Celle du bébé :.....

Ou autre :.....

ANNEXE 2

RESUME DU CODE INTERNATINAL DE COMMERCIALISATION DES SUBSTITUTS DU LAIT MATERNEL :

Le but de ce code est de contribuer à procurer aux nourrissons une nutrition sûre et adéquate en protégeant et encourageant l'allaitement au sein et en assurant une utilisation correcte des substituts du LM, quand ceux-ci sont nécessaires, sur la base d'une information adéquate et au moyen d'une commercialisation et d'une distribution appropriées :

Le code s'applique aux laits artificiels et autres produits que l'on donne aux bébés en particulier ceux qui doivent être utilisés dans un biberon. Il s'applique aussi aux biberons et aux tétines.

Il comprend dix recommandations :

1. Interdiction de faire toute publicité des substituts du LM au grand public.
2. Interdiction de faire toute promotion de ces produits dans le système de soin de santé.
3. Interdiction de promouvoir des produits inappropriés pour nourrissons comme le lait condensé sucré.
4. Pas d'échantillons gratuits ou à pris réduits.
5. Interdiction d'offrir des cadeaux ou des échantillons personnels aux professionnels de santé.
6. Interdiction pour tout représentant de l'industrie ou tout professionnel de santé payé par les fabricants de donner des conseils aux mères.
7. les informations fournies par les fabricants et les distributeurs de ces produits aux professionnels de santé doivent être scientifiques et se limités aux faits.
8. tout emballage ou étiquette doit clairement mentionner les bienfaits de l'AM.

9. Le LA ne peut être idéalisé ni en mots comme « humanisé » ou « maternisé » ni en image.
10. En cas de nécessité absolue les produits utilisés doivent être de bonne qualité et la date limite d'utilisation doit être clairement mentionnée sur l'emballage.

ANNEXE 3

LA DECLARATION D'INNOCENTI CONCERNANT LE SOUTIEN, LA PROTECTION ET PROMOTION DE L'AM, RECONNAISSANT QUE :

L'AM est le seul processus qui puisse :

- Fournir une nourriture idéale pour les nourrissons et contribuer à leur croissance et à leur développement.
- Réduire l'incidence et la sévérité des maladies infectieuses et par conséquent, diminuer la morbidité et la mortalité infantiles.
- Contribuer à la santé des mères en réduisant le risque de cancer du sein et de l'ovaire, et en augmentant l'espacement entre les naissances.
- Fournir des avantages sociaux et économiques aussi bien à la famille qu'à la nation.
- Donner à la plupart des femmes un sentiment de satisfaction lorsque l'AM est mené à bien.

Des recherches récentes ont démontré que :

- Ces avantages s'intensifient au fur et à mesure que l'AM exclusif augmente pendant les six premiers mois de la vie, et par la suite avec l'augmentation de la durée de l'allaitement à compléter par d'autres aliments.
- Des interventions programmées peuvent amener des changements positifs dans la pratique de l'allaitement.

DE LA, NOUS DECLARONS QUE :

Afin de parvenir à une optimisation de la santé et de la nutrition des mères et des enfants, il faut donner à chaque femme le moyen de pratiquer l'allaitement exclusif au sein dès le jour de la naissance et jusqu'à l'âge de 4 à 6 mois.

Par de suite, les enfants devraient continuer à être nourris au LM tout en prenant des aliments complémentaires adéquats et appropriés jusqu'à l'âge de 2 ans ou plus. Cette alimentation idéale de l'enfant doit être obtenue en créant un environnement approprié de prise de conscience et de soutien, afin que la femme puisse allaiter de cette façon.

Dans de nombreux pays, parvenir à cet objectif nécessite le renforcement « d'une culture de l'AM » et des efforts importants pour sa défense contre l'incursion d'une « culture du biberon ». Ceci demande un engagement et un plaidoyer pour la mobilisation sociale utilisant au mieux le prestige et l'autorité des leaders reconnus par la société dans tous les domaines de la vie.

Il faudrait s'attacher à la confiance des femmes en elles-mêmes et en leur capacité d'allaiter. Parvenir à un tel objectif implique la suppression des contraintes et des mauvaises influences, souvent subtiles et indirectes, qui manipulent les perceptions et les comportements des femmes vis-à-vis de l'AM.

Ceci requiert une certaine délicatesse, une vigilance continue et une stratégie de communication compréhensive à la portée de tous les médias et destinées à tous les niveaux de la société. Les obstacles à l'AM rencontrés dans les services de santé, sur les lieux de travail et au sein même de la communauté doivent, en outre, être éliminés.

Des mesures devraient être prises afin de garantir aux femmes une alimentation convenable pour leur assurer, ainsi qu'à leur famille, une bonne santé.

De plus, le fait d'assurer à toute femme l'accès à l'information et aux services de la planification familiale, leur permet de maintenir l'AM pour éviter toute grossesse non espacée qui pourrait compromettre leur santé et leur état nutritionnel ainsi que celui de leurs enfants.

Tous les gouvernements devraient être encouragés à développer des politiques nationales en matière d'AM. Ils devraient établir un système permettant de suivre et d'évaluer la réalisation des objectifs fixés à l'échelon international. Ils devraient ainsi développer des indicateurs tels la prévalence des enfants allaités exclusivement au sein à la sortie des services de maternité, et la prévalence des enfants allaités exclusivement au sein jusqu'à l'âge de 4 mois.

Les autorités nationales sont en outre exhortées à intégrer leur politique d'AM dans leur politique générale de santé et de développement. Les gouvernements sont appelés à renforcer toutes les actions susceptibles de protéger, de promouvoir et de soutenir l'AM au sein des programmes complémentaires tels que les soins pré et postnatals, les services de la planification familiale, la prévention et le traitement des maladies maternelles et infantiles courantes. Tout le personnel de santé est sensé être formé afin de mettre en œuvre ces politiques d'allaitement au sein.

ANNEXE 4

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

« HOPITAUX AMIS DES BEBES »

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

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



BIBLIOGRAPHIE

1- Picaud JC

AM et lait maternel : quels bénéfices pour la santé de l'enfant
Nutrition clinique et métabolisme 2008 ; 22 : 71-74

2- Mayol AC

Thèse de médecine soutenue en 2003 faculté de médecine de rennes

3-Kaminski M et Crost M

Les intérêts de l'allaitement maternel en France en 1995
Journal de pédiatrie et de Puériculture 1999 ; 6

4- Rieu D.

Allaitement maternel et nutrition du nouveau-né et du nourrisson
Arch Pédiatr 2002 ; 9 Suppl. 2 : 121-2

5-Anonyme

La nutrition dans les pays en développement...
Archive de documents de la FAO département de l'agriculture

6- Bonet M., Foix L'Hélias L., Blondel B.

Allaitement maternel exclusif et allaitement partiel en maternité : la situation en France en 2003
Arch Pédiatr 2007; 14:789.

7- Beaudry M, Dufour R, Marcoux S

Allaitement maternel et protection contre l'infection dans les pays industrialisés
Arch Pédiatr 1996; 3 (Suppl 1): 126s- 127s

8- Fall M

Allaitement maternel et protection contre l'infection dans les pays en développement
Arch Pédiatr 1996; 3 (Suppl 1):128s--129s

9- Maria B.

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

10- Ghadi A, Dutau G, Rancé F

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

11- Kramer M.S. et al.

Allaitement au sein et allergie de l'enfant

Revue francophone des laboratoires, 2008 ; 398 :19.

12- Turck D.

Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère

Arch de pédiatr 2005 ; 12 : S145-S165

13- Bechetoille C

La place de l'allaitement dans la création du lien mère-enfant

Journal de pédiatrie et de Puériculture 1996 ; 1 :44

14- Droz D.

Allaitement maternel et risque carieux

Arch de pédiatr 2003 ; 10 Suppl. 1 :9s-1 Xs

15- Jaouid A.

Pratiques de l'allaitement maternel à la maternité Ibn Tofail de Marrakech

Thèse de médecine Casablanca 2003, n°117

16- Freund C., Mirabel L., Annane K et al.

Allaitement maternel et cancer du sein

Gynécologie Obstétrique & Fertilité 2005 ; 33 : 739-744

17- Castetbon K., Duport N., Hercberg S.

Bases épidémiologiques pour la surveillance de l'allaitement maternel en France

Rev Epidemiol Sante Publique, 2004 ; 52 : 475-483

18- Didierjean-Jouveau C.

Allaiter Aujourd'hui, France 1996 ; 27.

19- BARKAT, LYAGHFOURI A., MDAGHRI ALAOUI A. et al.

Une réflexion sur l'allaitement maternel au Maroc

Santémaghreb.com juillet 2004

20- Hassani A., Barkat, A., Souilmi F.-Z. et al.

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

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

21- Chéron G.

Pratiques de l'allaitement exclusif à Libreville

Arch de pédiatr 2004 ; 12: 212-218

22- Bellati-Saadi F., Sall M.G. , Martin S.L. et al.

Situation actuelle de l'allaitement maternel dans la région d'Agadir au Maroc à propos d'une enquête chez 220 mères

Médecine d'Afrique Noire : 1996 ; 43 : 4

23- Siret V., Castel C., Boileau P.

Facteurs associés à l'allaitement maternel du nourrisson jusqu'à 6 mois à la maternité de l'hôpital Antoine-Béclère, Clamart

Arch de Pédiatr 2008;15:1167-1173

24- Noirhomme-Renard F., Noirhomme Q.

Les facteurs associés à un allaitement maternel prolongé au-delà de trois mois : une revue de la littérature

Journal de pédiatrie et de puériculture 2009 ; 22 :112-120.

25- Meziane E-M.

Enquête sur l'allaitement maternel. À propos de 1200 cas de 0 à 18 mois à Oujda.

Thèse de médecine, Rabat 1981.

26- Labarere J, Dalla-Lana C, Schelstraete C.

Initiation et durée de l'allaitement maternel dans les établissements d'Aix et Chambéry

Arch Pédiatr 2001;8:807-15.

27- Ego A, Dubos J-P, Djavadzadeh-Amini M, et al.

Les arrêts prématurés d'allaitement maternel.

Arch Pédiatr 2003; 10: 11-8.

28- Peters E, Wehkamp KH, Felberbaum RE et al.

Breastfeeding duration is determined by only a few factors.

Eur J Public Health 2006; 16: 162-7.

29- Noel-Weiss J, Rupp A, Cragg B et al.

Controlled trial to determine effects of prenatal breastfeeding workshop on maternal breastfeeding self-efficacy and breastfeeding duration.

J Obstet Gynecol Neonatal Nurs 2006; 35: 616-24.

30- Gremmo-Feger G

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

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

31- Lucas A, Morley R, Cole TJ et al.

Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm

Lancet 1992; 339 (8788): 261-4

32- Anderson JW, Johnstone BM, Remley DT

Breast-feeding and cognitive development: a meta-analysis.

Am J Clin Nutr 1999; 70 (4): 525-35

33- Kohlhuber M, Rebhan B, Schwegler U et al.

Breastfeeding rates and duration in Germany: A Bavarian cohort study.

Br J Nutr 2008; 99:1127-32.

34- Lie B, Juul J

Effect of epidural vs general anesthesia on breastfeeding

Acta Obstet Gynecol Scand. 1988; 67 (3): 207-9

35- Gremmo-Feger G

Accueil du nouveau-né en salle de naissance [en ligne]

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

36- Halpern SH, Levine T, Wilson DB et al.

Effect of labor analgesia on breastfeeding success.

Birth 1999; 26: 83-8.

37- Branger I, Cebron M., Picherot G. et al.

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

Arch Pédiatr 1998 ; 5 : 489-96

38- Walburga V., Conqueta M., Callahana S. et al.

Taux et durée d'allaitement de 126 femmes primipares

Journal de pédiatrie et de puériculture 2007 ; 20 : 114-117

39- Ntsame Ondo N.

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

40- Atindehou E, Brown E, Traore F.

Aliments lactés diététiques et spécialités lactées pour nourrissons commercialisées en Côte d'Ivoire : évaluation de la consommation et contrôle de qualité.

Med Afr Noire 1997; 44: 381-6.

41- C. Laurent

Alimentation au sein du nourrisson

Arch de pédiatr 2004 ; 11 :1249-1257

42- Hartmann PE.

Régulation de la synthèse du lait chez les femmes.

Dossiers de l'Allaitement, hors série 2000 : 12-8.

43- Gremmo-Feger G.

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

44- Taveras EM, Li R, Grummer-Strawn L, Richardson M et al.

Opinions and practices of clinicians associated with continuation of exclusive breastfeeding.

Paediatrics 2004; 113: 283-90

45- Righard L, Alade MO.

Sucking technique and its effect on success of breastfeeding.

Birth 1992;19:185-9.

46- Turck D.

Après le lait : quoi, quand, comment, pourquoi ?

Arch Pédiatr 1998; 5(Suppl2): 205s-209s

47-Wilson AC, Forsyth JS, Greene SA, et al.

Relation of infant diet to childhood health: seven year follow up of cohort of children in Dundee infant feeding study.

BMJ 1998; 316: 21-5.

48-Bocquet A., Bresson JL, Briend A, et al.

Alimentation du nourrisson et de l'enfant en bas âge. Réalisation pratique.

Arch Pédiatr 2003;10: 76-81.

49- Host A, Koletzko B, Dreborg S, et al.

Dietary products used in infants for treatment and prevention of food allergy.

Arch Dis Child 1999; 81: 80-4.

50- Bigot -Chantepie S., Michaud L., Devos P.et al.

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

Arch de pédiatr 2005; 12: 1570-1576

51– Freeman V, Van't Hof M, Haschke F.

Patterns of milk and food intake in infants from birth to age 36 months: the Euro-Growth Study. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2000; 31: 576–85

52– Wright CM, Parkinson KN, Drewett RF.

Why are babies weaned early? Data from a prospective population based cohort study. *Arch Dis Child* 2004; 89: 813–6.

53– Savage SH, Reilly JJ, Edwards CA, et al.

Weaning practice in the Glasgow longitudinal infant growth study. *Arch Dis Child* 1998; 79: 153–6.

54– Hörnell A, Hofvander Y, Kylberg E.

Introduction of solids and formula to breastfed infants: a longitudinal prospective study in Uppsala, Sweden. *Acta Paediatr* 2001; 90: 477–82.

55– Hamner LD, Bryson S, Agras WS.

Development of feeding practices during the first 5 years of life. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999; 153: 189–94.

56– Lande B, Andersen LF, Baerug A, et al.

Infant feeding practices and associated factors in the first six months of life: the Norwegian infant nutrition survey. *Acta Paediatr* 2003; 92: 152–61.

57– Giovannini M, Riva E, Banderali G, et al.

Feeding practices of infants through the first year of life in Italy. *Acta Paediatr* 2004; 93: 492–7.

58– Skinner JD, Carruth BR, Houck K, et al.

Transitions in infant feeding during the first year of life. *J Am Coll Nutr* 1997; 16: 209–15.

59– Van Odijk J, Hulthén L, Ahlstedt S, et al.

Introduction of food during the infant's first year: a study with emphasis on introduction of gluten and egg, fish and peanut in allergy-risk families. *Acta Paediatr* 2004; 93: 464–70.

60- Jean Stagnara, Jean Pierre Vallée, Luc Périno et al.

La diversification alimentaire chez le nourrisson attendre 6 mois la revue du praticien
Médecine générale 2006 ; 20 :742-743.

61- Rigal S., Thiebault M.S., Seris L.

Diversification alimentaire des nourrissons de 0 à 6 mois
Archives de Pédiatrie 2008 ; 15 : 923-1019

62- Wade B.

“État actuel de l’allaitement maternel dans les villes au Sénégal”.
“Promotion de l’allaitement maternel au Maroc”. Situations et Perspectives
- ministère de la Santé Publique DEPS - Division de la santé
Maternelle et Infantile - Service de lutte contre la malnutrition. Juin 1991.

63- Bourguignon H., Lelong S., Mauvoisin E.

Thèse de médecine soutenue le 15 Avril 2005
Faculté de médecine de CAEN

64- Walburga V., Goehlich M., Conqueta M. et al

Étude comparative de mères françaises et allemandes primipares en matière d’allaitement
maternel : motivation, choix et prise de décision
Journal de pédiatrie et de puériculture 2007 ; 20 :195-199

65- Thirion M.

L’allaitement, de la naissance au sevrage.
éd. 1999 Paris : Albin Michel, 1999

66- Histoire d’allaiter. 3ème éd.

Lyon: Information Pour l’Allaitement-I.P.A., 2003

67- Walburg V., Pierre A., Callahan S. et al.

Effet d’une intervention prénatale de soutien et d’information sur la durée et le vécu de
l’allaitement maternel.
Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive 2006 ; 16, 3 : 103-107

68- Lanting IL, Van Wouwe PV, Reijneveld SA.

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

69- Callahan S, Danel M, Teisseyre N.

La thérapie comportementale et cognitive appliquée à l'allaitement. Première partie : intérêt et élaboration d'une intervention post-partum.

J Thérap Comport Cognit 2003; 13: 128-32.

70- Pugh LC, Milligan RA, Frick KD et al.

Breastfeeding duration, costs and benefits of a support program for low-income breastfeeding women.

Birth 2002; 29: 95-100.

71- Schafer E, Vogel MK, Viegas S et al.

Volunteer peer counselors increase breastfeeding duration among rural lowincome women.

Birth 1998; 25: 101-66.

72- Walburg V, Goehlich M, Conquêt M et al.

A comparison of French and German breastfeeding mothers and their practices.

J Hum Lact 2006 (in press).

73- Callahan S, Danel M, Teisseyre N et al.

La thérapie comportementale et cognitive appliquée à l'allaitement. Deuxième partie : résultats préliminaires d'une intervention auprès de femmes qui souhaitent allaiter.

J Thérap Comport Cognit 2003;13:133-7.

74- Rjmati L, Chzkli H, Zerrari A.

Allaitement maternel.

Les cahiers du médecin. Mars 1999; 8(II): 50-51.

75- Aschword A, Richard G, Feacher.

Intervention contre les maladies diarrhéiques du jeune enfant: éducation en matière de sevrage.

Bulletin de l'OMS. 1985 ; 63 (6) : 1115-1127.

76- Pelle I.

Allaitement : les premières semaines

Soins Gyn Obs Puér Péd 1990 ; 113 : 16-9.

77- Thirion M.

L'allaitement: De la naissance au sevrage

Paris: Albin Michel, 1999 : 276.

78- Thirion M.

Documents de la formation " Co Naître "

CHU Grenoble ; 3, 4 et 5 avril 2000

79- Mohrbacher N., Stock J.

Traité de l'allaitement maternel. -éd. révisée.

Saint-Hubert (Québec): La Lèche League, 1999 : 660.

80- Royal College of Midwives

Pour un allaitement réussi. Physiologie de la lactation et soutien aux mères.

Paris Masson (Obstétrique Pratique) 1998; 99.

81- Castric H., Landais M.

Allaitement maternel : pour en parler autrement. Guide pratique à l'usage des personnels de santé.

Ministère: Direction de la prévention et de l'action sociale, 1997 ; 48.

82- Carvalho M. Robertson S., Friedman A. et al.

Effect of frequent breastfeeding on early milk production and infant weight gain.

Pediatrics 1982; 72: 307-311.

83- Wong C.

Allaitement maternel : la meilleure façon de téter.

Le généraliste FMC, 1998 ; 1847 : 6-12.

84- Viviane Antony N.

Hôpital ami des bébés impact sur l'allaitement militantisme ou respect des femmes (enquête prospective auprès de 100 femmes à la maternité de cognac)

Thèse de médecine soutenue le 01 octobre 2007 faculté de médecine de Poitiers

85 - Chassagnoux

Promotion de l'allaitement maternel dans le monde, en France, en Aquitaine

Thèse de médecine N ° 101 UER bordeaux 2003

86–Roques N.

Au sein du monde : actions et situations internationales

l'Harmattan 2001 :109–128

87– Code commercial des substituts du lait maternel

34ième assemble mondiale de la santé OMS Genève 1981 résolution WHA 3928 articles 4.2et 4.3

www.who.int/nut/documents:code English

88– Déclaration d'Innocenti : florence 1 aout 1990

www.unicef.org/programme/breastfeeding/innocenti.htm

89– WABA (world alliance for breastfeeding action)

http://bbs.elogica.com/bv/waba

90– déclaration mondiale et plan d'action pour l'alimentation

FAO/OMS, Rome 1992

www.who.int/nut/documents /icn déclaration

91– Résolution WHA 542 du 18 mai 2001 :

Règles mondiales de l'OMS Unicef pour des « hôpitaux ami des bébés UNICEF nutrition. L'initiative hôpitaux ami des bébés

http://www.unicef.org /french/ nutrition/ index

92– Organisation internationale du travail

Convention de protection de la maternité C 183 .OIT

Genève,2000.*http://www.ilo.org/ilolex/chi-lex/convde.pl ? C183*

93– EU project on promotion of breastfeeding in Europe:

Protection promotion and support of breastfeeding in Europe: current situation and review of interventions Europeans commission director for public health Luxembourg 2003

Europa.eu.int/comm./health/ph_projects/2002/promotion/

94– Marchand MC

Initiative hôpital ami des bébés : une démarche de qualité actuelle et méconnue

Médecine et enfance 2006 :585–589

95- coFAM : coordination française pour l'allaitement maternel : on line

<http://action.allaitement.free.fr>

96- Cattaneo B

Effects o rates of breastfeeding of training for the baby-friendly hospital initiative

British medical journal 2001; 323:1358-1362

97- UNICEF

www.Unicef.org

98- Information pour l'allaitement maternel : IPA :

<http://info-allaitement.org>

99- Hofvender Y :

Breastfeeding and the baby friendly hospitals initiative (BFHI): organization, reponse and outcome in Sweden and other courtiers

Acta paediatrica 2005 ; 94 :1012-1016

100- Info-allaitement

<http://www.infor-allaitement-initiative> « hôpital ami des bébés »

101- Merten S., Dratva J, Ackermann-Lieberiech U:

Do baby friendly hospitals influence breastfeeding duration on a national level?

Pediatrics 2000; 116: 702_8

102- Philipp BL, Merewood A:

The baby-friendly way: the best breastfeeding start.

Pediatr clin N Am 2004; 51: 761-183

103- Merewood A ,Mehta SD, Chamberlain LB , et al.

Breastfeeding rates in US baby-friendly hospitals: results of a national survey.

Pediatrics 2005; 3: 628-634

104– Batington S, Griffiths LJ, Tate AR, et al

Millennium cohort study health group are breastfeeding rates higher among mothers delivering in baby friendly accredited maternity units in the UK

Int epidemiol 2006; 53:1178–86

105– Radford A, Southall A

Successful application of the baby friendly hospital conatins lessons that must be applied to the control of formula feeding in hospitals in industrialized countries.

Pediatrics 2001; 108 ; 677–81

106– Chalmers B

The baby friendly hospital initiative: where next?

Bjorg an international journal of obstetrics and gynaecology 2004; 111(3): 198–199

107– Wright AL , Schanler RJ:

The resurgence of breastfeeding at the end of the second millennium.

Journal of nutrition 2001 ; 137(2) : 484–487

108–Anonyme

Promotion de l'allaitement maternel en Europe

Dossier de l'allaitement maternel 2005: 63