

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR
ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE ABOU BEKR BELKAID-TLEMCEM
FACULTE DE MEDECINE
Dr. B. BENZERDJEB - TLEMCEM



جمهورية الجزائر الديمقراطية الشعبية
RÉPUBLIQUE ALGÉRIENNE DÉMOCRATIQUE
ET POPULAIRE

جامعة أبي بكر بلقايد - تلمسان
كلية الطب
د. ب. بن زرجب - تلمسان

MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDE POUR L'OBTENTION
DU DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE

L'ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF A 6 MOIS

Présenté par : TCHENAR SIHEM

BOUMEDINE HANANE

Encadré par : PR SMAHI M.C

Année universitaire : 2016/2017

REMERCIEMENTS

En premier lieu je remercie dieu le tout puissant.

Je veux aussi présenter mes remerciements à mon encadreur «Pr Smahi MC » merci pour

votre aide,

Votre disponibilité et votre compréhension,

Aussi je remercie mes chers parents ;

À ma mère,

Merci de m'avoir offert ton lait pendant de très nombreux mois, qui en plus des bienfaits

qu'il m'a apporté, a renforcé nos liens. Tu m'as toujours encouragé et cru en moi ainsi

mes sœurs qui m'ont soutenu

tout au long de mon cursus.

Enfin je remercie mon mari pour son soutien et mes beaux parents.

À toutes les mamans ayant participé à l'étude, merci pour votre accueil, votre patience et

vos encouragements.

TCHENAR.S

REMERCIEMENTS

Je remercie tout d'abord le dieu.

La construction de ce mémoire n'aurait été possible sans l'intervention de certaines personnes qu'elles trouvent ici l'expression de mes plus sincères remerciements.

Je tiens en tout premier lieu à exprimer ma reconnaissance envers monsieur Professeur Smahi M.C pour avoir accepté l'encadrement de ce travail et pour sa patience et son encouragement.

Ma profonde gratitude s'adresse à toutes les mamans qui ont participé à l'étude j'adresse enfin une pensée spéciale à mes parents et mon Mari pour leur soutien dans mes choix et leur attention.

Boumedine. H

SOMMAIRE :

1. INTRODUCTION
2. DEFINITION
 - 2.1. L'ALLAITEMENT MATERNEL DANS LE MONDE
 - 2.2. L'ALLAITEMENT MATERNEL EN ALGERIE
 - 2.3. COMPOSITION ET VARIABILITE DU LAIT MATERNEL
3. LES BENEFICES D'ALLAITEMENT MATERNEL
 - 4.1. POUR LE NOURRISSON
 - CROISSANCE DE L'ENFANT AU SEIN
 - DEVELOPPEMENT PSYCHO-AFFECTIF
 - PREVENTION DES INFECTION
 - PREVENTION DES ALLERGIES
 - PREVENTION DE L'OBESITE
 - 4.2. POUR LA MERE
 - BENEFICE POUR LA SANTE
 - BENEFICES ECONOMIQUE
4. LES RISQUE D'UNE ALIMENTATION MIXTE
5. LES RISQUES D'UNE ALIMENTATION ARTIFICIELLE
6. EVOLUTIVITE DU LAIT MATERNEL
 - 6.1. EVOLUTION AU COURS DE LA SEMAINE
 - 6.2. EVOLUTION AU COURS DE LA TETEE
 - 6.3. EVOLUTION AU COURS DE LA JOURNEE
7. CONSEIL POUR BIEN ALLAITER
 - 7.1. AVANT LA MISE AU SEIN
 - 7.2. AU CONTACT DU SEIN
 - 7.3. LORS DE LA SUCCION
8. LES POSITIONS D'ALLAITEMENT MATERNEL
 - LA POSITION ASSISE
 - LA POSITION MADONE LA POSITION EN BALLON DE RUGBY
 - LA POSITION ALLONGEE
9. LES DIFFICULTEES LORS D'ALLAITEMENT MATERNEL
 - RETARD DE LA MONTEE LAITEUSE
 - LES BOUTS DU SEIN PEU SAILLANT
 - LES MALFORMATIONS DU MAMELON
 - L'AFFECTION DU SEIN
 - DIARRHEE POST PRANDIALE
 - ICTERE
 - INSUFFISANCE LACTEE
10. LES CONTRES INDICATIONS D'ALLAITEMENT MATERNEL

- 10.1. CHEZ LA MERE
- 10.2. CHEZ L'ENFANT

- 11. LA PROMOTION D'ALLAITEMENT MATERNEL
 - 11.1. LES CONDITION DE L'OMS/UNICEF
 - 11.2. LES OBJECTIF D'UNE POLITIQUE DE PROMOTION DE L'ALLAITEMENT MATERNEL
 - 11.3. LES ACTIONS FORTES POUR UNE POLITIQUE DE PROMOTION D'ALLAITEMENT MATERNEL
 - 11.4. L'INFORMATION AUPRES DES FEMMES ; DES PERES ET DES FAMILLES
 - PENDANT LA GROSSESSE
 - AU RETOUR AU DOMICILE
 - 11.5. ORIGINE DE L'INFORMATION DISPONIBLE
 - 11.6. LA FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE
 - 11.7. LES ACTIONS SPECIFIQUE DANS LA FILIERE DES SOINS
 - A LA MATERNITE
 - A LA SORTIE DE LA MATERNITE
- 12. PARTIE PRATIQUE
 - 1- MATERIEL ET METHODES
 - 2- RESULTATS
 - 3- DISCUSSION
- 13. CONCLUSION

RESUME

L'allaitement maternel est le moyen le plus naturel et le plus adapté pour nourrir un enfant. La supériorité du lait maternel par rapport au lait de vache et les substituts industriels est admise de tous et résumée dans le slogan anglo-saxon "breast is best". En Algérie, les études disponibles montrent que la pratique de l'allaitement au sein au cours des vingt dernières années a connu des changements importants. Notre étude a eu comme objectif principal d'évaluer le taux d'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de la vie (comme recommandé par l'OMS) chez des nourrissons nés en mois de novembre 2016 à l'EHS Tlemcen. Cela nous a amené à interroger les femmes qui ont accouché à l'hôpital sur la durée de son allaitement et sur la cause d'un éventuel arrêt avant 6 mois. Le fruit de notre étude a montré, d'une part, que 25% des enfants de notre série ont été allaités exclusivement pendant les 6 mois, ainsi la cause la plus fréquente de sevrage précoce ou de non allaitement était les crevasses et l'absence ou l'insuffisance de la lactation, rapportée par les mères. Aussi le mode d'accouchement et la parité étaient des facteurs influençant l'allaitement exclusif.

partie théorique

1. INTRODUCTION :

L'enfant ne demande que trois choses : la chaleur des bras de sa mère, le lait de ses seins et la sécurité de sa présence. L'allaitement réunit les trois. »

Dr Gantly Dick Read.

L'allaitement maternel est reconnu généralement comme le mode d'alimentation idéal pour le nourrisson ; ses bienfaits s'expriment à court et à long terme.

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

L'OMS conclut que généraliser l'allaitement maternel pourrait éviter, chaque année, la mort de 823 000 enfants de moins de cinq ans dans le monde, en même temps que prévenir plusieurs pathologies infantiles. Cette pratique réduirait aussi de 20 000 le nombre annuel de décès par cancer du sein. [1]

Malgré ces preuves, seulement 38% des nourrissons dans le monde aujourd'hui sont allaités exclusivement au sein, même lors des six premiers mois de la vie. [1]

En Algérie l'allaitement maternel est en nette régression. Cela peut paraître paradoxal en égard à la culture de la société. Pourtant, les chiffres sont là pour refléter une situation qui alerte les praticiens de la santé. Uniquement 7% des mamans donnent le sein à leur bébé jusqu'à l'âge de six mois. [2]

Vu l'intérêt que suscite ce sujet dans le monde ; on a fait une étude sur 110 nourrissons nés en mois de novembre à l'EHS Tlemcen qui a pour objectif principal de déterminer le taux d'allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois de vie et de caractériser certains facteurs associés à la pratique de l'allaitement maternel notamment la durée de l'allaitement exclusif et total et les motifs de non allaitement pour savoir pourquoi existe-il une telle différence entre le projet d'allaitement et sa réalisation .

2. DEFINITION

Si nous nous basons sur l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et de l'Interagency Group for Action of Breastfeeding (IGAB), l'allaitement maternel est défini comme l'alimentation du nouveau-né ou du nourrisson par le lait de sa mère.

Il est dit exclusif lorsque le nouveau-né ou le nourrisson reçoit uniquement du lait maternel, avec exclusion de tout autre ingesta liquide ou solide (eau comprise).

Il est dit partiel lorsqu'il est associé à toute autre alimentation comme des céréales, des substituts de lait, de l'eau sucrée ou non...

Dans cette définition, nous considérons également la réception passive (c'est-à-dire par l'intermédiaire d'une tasse, d'une cuillère, d'un biberon) du lait maternel exprimé, comme un allaitement maternel. [3]

Pour l'allaitement exclusif, la durée préconisée par l'OMS est de six mois. Au delà, il convient de compléter cet allaitement par une autre alimentation jusqu'à l'âge de deux ans, voire plus. [4]

Pour permettre aux mères de démarrer et de maintenir l'allaitement exclusif au sein pendant six mois, l'OMS et l'UNICEF recommandent:

- le commencement de l'allaitement dès la première heure qui suit la naissance;
- l'allaitement exclusif au sein – c'est-à-dire que le nourrisson n'absorbe que du lait maternel et aucune autre nourriture ou boisson, pas même de l'eau;
- l'allaitement à la demande – c'est-à-dire aussi souvent que l'enfant le réclame, jour et nuit;
- pas de biberons, de tétines ou de sucettes.

2.1. L'allaitement maternel dans le monde :

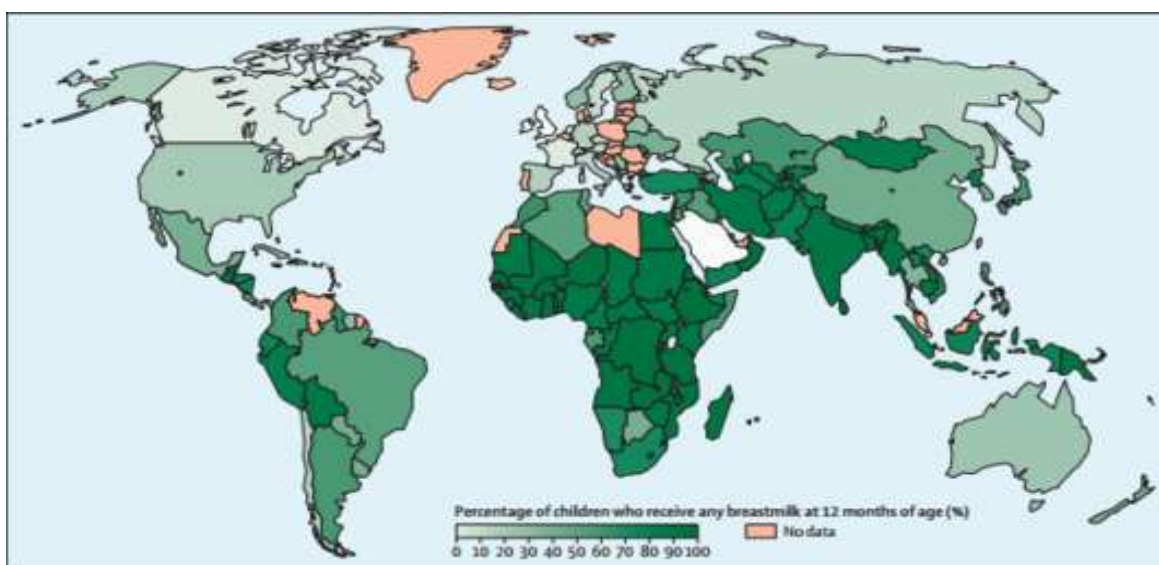


Figure 1 : Pourcentage d'enfants nourris au moins partiellement au sein à douze mois.

A l'échelle de la planète, donner ou non la tétée à son nourrisson, jusqu'à un âge plus ou moins avancé, apparaît bien déterminé, au-delà des facteurs culturels, par le niveau de ressources.

Globalement, relève l'étude, un peu plus d'un enfant sur cinq seulement est allaité au sein – au moins partiellement – jusqu'à douze mois dans les pays à revenus élevés, alors qu'ils le sont quasiment tous

dans les pays à faibles ou moyens revenus. Pour autant, dans ces derniers, seul un enfant sur trois est nourri exclusivement au sein jusqu'à six mois. Au-delà de vingt mois, quatre enfants sur dix ne reçoivent plus de lait maternel dans les pays à bas revenus, et plus de huit sur dix dans ceux à hauts revenus. Ce tableau général recouvre bien sûr de fortes disparités. Au sein des pays riches, le taux d'allaitement maternel des enfants d'un an est le plus faible au Royaume-Uni (0,5 %), en Irlande (2 %) et au Danemark (3 %), très en-deçà des scores du Japon (60 %), de la Norvège (35 %), de la Finlande (34 %), des Etats-Unis (27 %), de l'Espagne (23 %) ou de l'Allemagne (23 %). En France, ce pourcentage n'est que de 9 % et une précédente étude, parue en septembre 2015, le situait même autour de 5 %. [1]

2.2. L'allaitement maternel en Algérie :

En Algérie, selon une enquête initiée par le ministère de la Santé, le taux d'allaitement maternel est de 49,5% chez les femmes ayant commencé à allaiter leurs nouveau-nés moins d'une heure après la naissance et de 80,4% chez celles ayant commencé moins de 42 heures après la naissance et le taux d'allaitement continu jusqu'à un an, il est de 46,7%. Un taux insuffisant, selon le département de Boudiaf qui table au moins sur 75%.alors que la femme dispose en Algérie de 14 semaines de congé de maternité rémunérées à 100%. Elle dispose aussi de deux heures d'absence pour allaitement pendant les six premiers mois de l'accouchement et d'une heure d'allaitement pendant les six derniers mois. [5]

2.3. Composition et variabilité du lait de femme

Breast is best : l'accord est unanime quant à la supériorité du lait maternel. Plus les connaissances se développent et plus le lait de femme apparaît comme le mieux adapté aux besoins du nourrisson.

La composition du lait mature est atteinte très rapidement, 4 à 5 jours après le début de l'allaitement.

1-Protéines et substances azotées (Tableau 1)

La teneur en protéines du lait de femme, comprise entre 8 et 12 g/L, est nettement inférieure à celle des autres mammifères. Néanmoins, elle est parfaitement adaptée aux besoins du nourrisson en raison d'une excellente absorption et d'une parfaite adéquation du profil de ses acides aminés. Les protéines du lait de femme sont aussi très spécifiques ; même les caséines, qui ne représentent que 40 % des protéines (contre 80 % dans le lait de vache) sont différentes. Les caséines du lait de femme forment des micelles beaucoup plus petites que celles du lait de vache. Il s'agit surtout de la caséine β dont l'hydrolyse conduit à des peptides (caséomorphines) à propriétés opioïdes et de la caséine κ hautement glycosylée, dont la fraction C terminale a des effets bifidogènes. Enfin, un pourcentage élevé de protéines (60 %) ne précipite pas avec les caséines ; elles sont dites « protéines solubles ». Ce pourcentage élevé de protéines solubles et les micelles de caséine de petite taille expliquent la coagulation plus fine du lait de femme dans l'estomac du nourrisson, contribuant à une vidange gastrique plus rapide. Parmi ces protéines solubles, certaines ont un rôle fonctionnel essentiel comme les immunoglobulines, en particulier les IgA de type sécrétoire (IgAs) (0,5 à 1 g/L), les lactoferrines, le lysozyme, la bétadéfensine1, des enzymes (en particulier une lipase), des facteurs de croissance comme l'insulin-like growth factor (IGF1), le transforming growth factor (TGF), les facteurs de croissance leucocytaire (G-CSF) et l'épidermal growth factor (EGF), qui a une action trophique sur les muqueuses gastrique et intestinale.

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

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

À côté des protéines, la somme des peptides, des acides aminés libres (dont la taurine), de l'urée, de l'acide urique, des sucres et alcools aminés, des polyamines, des nucléotides, et de la carnitine, représente 20 à 25 % de l'azote total du lait, alors qu'elle ne constitue que 3 à 5 % de cet azote dans le lait de vache.

2- Lipides et digestibilité des graisses (Tableau 1)

Si la teneur en lipides (35 g/L en moyenne) est proche de celle du lait de vache, la digestibilité et le coefficient d'absorption des graisses du lait de femme sont très supérieurs (80 % contre 60 % dans les premiers jours, atteignant rapidement 95 % contre 80 % à 3 mois pour le lait de vache). La meilleure digestibilité des graisses tient à la présence, dans le lait de femme, d'une lipase dépendante des acides biliaires du nouveau-né qui compense, au niveau duodénal, l'insuffisance des lipases pancréatiques ; s'y ajoute la structure différente des triglycérides: 70 % de l'acide palmitique (25 % des acides gras totaux) étant en position 2 sur le glycérol, il est bien absorbé sous forme de monoglycéride, ce qui n'est pas le cas avec le lait de vache.

Le lait de femme est riche en cholestérol (2,6 à 3,9 mM/L) alors que le lait de vache en contient peu (0,3 à 0,85 mM/L). La cholestérolémie est d'ailleurs plus élevée chez le nourrisson au sein. Il faut rappeler le rôle du cholestérol dans la structure des membranes, comme précurseur hormonal et dans le développement cérébral. Le lait de femme contient des acides gras polyinsaturés (AGPI), acides gras essentiels mais aussi leurs homologues supérieurs, en particulier acide arachidonique (AA : 0,46 g/100 g d'acides gras) dans la série linoléique (n-6) et acide docosahexaénoïque (DHA : 0,25 g/100 g d'acides gras) dans la série α -linoléique (n-3). Cette teneur dépend des apports alimentaires en acides gras n-6 et n-3 de la femme allaitante. L'AA et le DHA ont un rôle démontré dans les processus de maturation cérébrale et rétinienne. L'immatunité chez le prématuré des processus d'élongation et surtout de désaturation qui permettent leur synthèse à partir des deux acides gras essentiels ont conduit à un consensus sur la nécessité d'une supplémentation spécifique et équilibrée en AA et en DHA des préparations pour prématurés.

3-Glucides et oligosaccharides du lait de femme (Tableau 1)

Globalement, le lait de femme mature contient 75 g/L de glucides, dont 63 g de lactose et 12 g d'oligosaccharides, alors que le lait de vache ne comporte que du lactose. Formés de 5 sucres élémentaires (glucose, galactose, N-acétylglucosamine, fucose, acide sialique), de structure ramifiée, les oligosaccharides constituent une originalité majeure du lait de femme : ils sont plus de 130 et constituent de véritables prébiotiques. Non digestibles au niveau du grêle, à l'exception de l'acide sialique qui peut en être clivé puis absorbé, ils jouent un rôle essentiel dans la mise en place de l'écosystème bactérien colique dominé, chez l'enfant au sein, par les bifidobactéries, en particulier *Bifidobacterium bifidum*. Le rôle de ces oligosaccharides (quasiment absents du lait de vache) dans la protection vis-à-vis des infections digestives, mais aussi extradiigestives, est aujourd'hui bien argumenté.

4. Autres composants du lait de femme (Tableau 1)

La teneur relativement faible en azote et en sels minéraux (2,50 g/L) permet de limiter la charge osmolaire rénale à des valeurs assez faibles (93 mOsm/L), alors qu'elle est beaucoup plus élevée pour le lait de vache (308 mOsm/L). Cette faible charge osmolaire rénale constitue une sécurité en cas de pertes hydriques excessives, par transpiration ou diarrhée, en permettant de mieux assurer le maintien à l'équilibre de la balance hydrominérale.

Un autre point important concerne la meilleure biodisponibilité de différents oligoéléments comme le fer et le zinc, en raison des ligands présents dans le lait de femme, qui facilitent leur absorption.

Tableau 1: Teneurs indicatives en énergie, protides, lipides, glucides et minéraux du lait maternel, du lait de vache et des préparations pour nourrissons, destinées aux nourrissons de la naissance à 4-6 mois (au 1er janvier 2004) (Directive, 1991). [7]

Produits	Lait de vache (100ml)	Préparation pour nourrissons (12.5-15g)	Lait maternel (100ml)
Calories (Kcal)	65	66-73	67
Protides	3.7	1.5-1.9	1
-caséine (%)	80	60-80 44-50	40
Lipides (g)	3.5	2.6-3.8	3.5
-Acide linoléique	90	350-740	350
-Acide a-linoléique	Traces	30-100	37
Glucides (g)	4.5	6.7-9.5	7.5
-Lactose (%)	100	47-100	85
-Dextrine-maltose (g)	0	1.1-2.6	0
-Autres sucres	Aucun	Amidon, glucose, fructose, saccharose	Oligosaccharides
Sels minéraux (mg)	900	250-500	210
-Sodium (mg)	48	16-28	16
-Calcium (mg)	125	43-93	33
-Calcium/Phosphore	1,25	1.2-1.9	2
-Fer (mg)	0,03	0.7-1	0.05

3. Bénéfices de l'allaitement maternel pour la santé :

3.1. Pour le nourrisson :

3.1.1. Croissance de l'enfant au sein

Les enfants qui sont exclusivement nourris au sein conformément aux recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) s'écartent sensiblement au cours de leur première année de

vie 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.

Au-delà du premier trimestre, l'allaitement maternel exclusif a été rendu à tort responsable d'un ralentissement de la croissance, attribué notamment à un apport protéique insuffisant. Comparés à ceux qui sont allaités artificiellement, les enfants nourris au sein grossissent effectivement moins vite après l'âge de 4 à 6 mois. De même, vers l'âge de 6–8 mois se produit un ralentissement modeste, mais indiscutable, de la croissance en taille. Alors que les tailles sont équivalentes à 1 an, la différence de poids s'accroît nettement entre 9 et 12 mois, à un moment où la consommation de protéines est supérieure au besoin dans les deux groupes, ce qui écarte toute relation avec ce facteur. La croissance pondérale moins rapide des enfants nourris au sein, qui aboutit à une différence de près de 600 g à 1 an, pourrait être liée au fait qu'ils stabilisent d'eux-mêmes leur consommation énergétique à un niveau plus faible.

L'introduction d'aliments de complément n'affecte pas cette autorégulation, l'énergie fournie en supplément provoquant une réduction compensatrice de la consommation de lait. Les nourrissons dont l'allaitement maternel est prolongé déposent, par ailleurs, moins de graisses dans leurs tissus. La part de la masse maigre dans leur accroissement pondéral et le gain de masse maigre par gramme de protéines consommées sont ainsi plus élevés que chez les enfants alimentés artificiellement. Cependant, les différences précoces de vitesse de croissance et de composition corporelle s'estompent complètement dans les mois et les années qui suivent.

Le lait de femme n'a pas toujours la même composition. Il évolue au fur et à mesure du temps et au décours de la tétée.

Du 1er au 3ème jour, les femmes sécrètent le colostrum. Celui-ci est moins riche en lipides et en lactose. Il possède une densité énergétique moindre. Il est plus riche en cellules immunocompétentes, en oligosaccharides et en protéines.

En quelques jours, il devient mature. Plus la tétée avance, plus le lait s'enrichit en graisses et en micelles de caséine. La tétée doit être suffisamment longue pour que l'enfant en tire profit.

3.1.2. Rôle sur le développement psychoaffectif :

L'allaitement maternel aurait un bénéfice sur le plan cognitif : en psycho-affectif, en nutritionnel ou en environnemental.

Les méthodes d'évaluation des fonctions cognitives ne faisant pas consensus, il est difficile de le démontrer. Des études ont montré que le développement cognitif était légèrement supérieur chez les enfants allaités et que cela persistait à l'âge adulte. Plus l'allaitement dure dans le temps, plus cet écart est visible.

Cette tendance pourrait être expliquée par la composition du lait maternel, notamment sa richesse en acides gras polyinsaturés à chaînes longues comme l'Acide docosahexaénoïque (DHA) (ayant un rôle dans la maturation de la rétine et du cortex cérébral).

Un bénéfice modeste mais persistant de l'allaitement sur le développement psycho-affectif est démontré.

3.1.3. Prévention de pathologies cancéreuses

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

3.1.4. Prévention du diabète de type 1

Des facteurs génétiques ont été clairement identifiés dans la survenue de cette pathologie auto-immune mais des facteurs environnementaux seraient aussi impliqués (hygiène, vaccinations, pratiques alimentaires). L'étude Trial to Reduce type I Diabetes in the Genetically at Risk (TRIGR) a mis en évidence des taux sériques d'anticorps anti-insuline bovine et antilactoglobuline plus faibles chez les nourrissons recevant une formule hydrolysée par comparaison avec un lait à base de protéines du lait de vache. Le risque de développer un diabète de type 1 est diminué d'un facteur 1,2 à 1,4 en cas d'allaitement maternel exclusif supérieur à 3 mois. Les hypothèses évoquées sont une immunisation contre certaines protéines du lait de vache avec une réaction croisée auto-immune à distance avec les cellules bêta des îlots de Langerhans, une altération de la barrière et de l'immunité intestinales, un effet anti-infectieux de l'allaitement et/ou de la flore colique vis-à-vis de germes à tropisme pancréatique (coxsackies, rotavirus) et enfin le rôle protecteur de substrats spécifiques du lait de femme (acides éicosapentaénoïque et docosahexaénoïque [DHA]). Cet effet protecteur se base sur des arguments épidémiologiques et sur des modèles animaux ; s'il est effectif, c'est essentiellement pour les enfants à fort risque génétique de diabète de type 1 (groupe *human leukocyte antigen* [HLA] à haut risque). Il paraît donc raisonnable de recommander l'allaitement maternel pour les fratries comprenant déjà un enfant ayant un diabète de type 1.

3.1.5. Prévention des infections :

Depuis des millénaires, les enfants nourris au sein ont une mortalité plus faible que ceux qui n'étaient pas allaités par leur mère ou une nourrice ; c'est au début des années 1900 que le docteur Tissier a observé la présence de bifidus dans les selles de nouveau-nés au sein et a suggéré son rôle dans la diminution de l'incidence des diarrhées infectieuses. De nombreux facteurs de protection ont été identifiés dans le lait de mère (Tableau 2).

Ces facteurs anti-infectieux spécifiques et non spécifiques interfèrent directement avec des agents pathogènes communs (*Haemophilus influenzae*, streptocoque B, *Staphylococcus epidermidis*, *Giardia lamblia*, *Escherichia coli*, rotavirus, virus respiratoire syncytial, *herpes simplex virus 1*, etc.). Les enfants alimentés au lait artificiel ont un pH de leurs selles plus élevé, une colonisation par des germes pathogènes (*Escherichia coli*, *Clostridium difficile*, *Bacteroides fragilis*), un volume thymique réduit et sont exposés à des antigènes étrangers. Les oligosaccharides, cytokines et immunoglobulines régulent la colonisation intestinale, le développement du tissu lymphoïde et gouvernent la différenciation des lymphocytes T. Le lait de femme joue donc un rôle dans les défenses et la tolérance immunitaires [8].

- **Infections gastro-intestinales**

L'allaitement maternel a un effet protecteur vis-à-vis des infections gastro-intestinales (risque relatif [RR] : 0,67 ; intervalle de confiance [IC] à 95 % : 0,46 à 0,97). Il diminue l'incidence et la sévérité des diarrhées aiguës bactériennes et virales, particulièrement à rotavirus. Chen et al retrouvent un risque multiplié par 2,8 en cas d'allaitement artificiel et l'étude Promotion of breast-feeding intervention trial (PROBIT) un risque multiplié par 1,7.

- **Infections oto-rhino-laryngologiques (ORL)(rhinites, otites)**

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

- **Infections respiratoires basses (bronchites, bronchiolites)**

Un allaitement maternel exclusif de plus de 4 mois réduirait leur incidence d'un facteur 3,6.

Tableau 2 « Facteurs anti-infectieux » du lait de femme »

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

3.1.6. Prévention des allergies :

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

Pour l'allergie alimentaire, elle est effective en cas de terrain atopique et d'allaitement exclusif pendant les six premiers mois, mais les allergènes alimentaires passent dans le lait maternel et peuvent induire une sensibilisation précoce.

La dermatite atopique : un enfant alimenté au lait artificiel ou au lait de sa mère moins de 3 mois aurait 1,7 fois plus de risques de développer une dermatite atopique.

L'asthme : le risque de développer un asthme est multiplié par 1,7 en cas d'allaitement artificiel par rapport à un allaitement maternel supérieur à 3 mois en cas de terrain atopique, et d'un facteur 1,4 en l'absence de terrain atopique familial.

Les recommandations nationales et internationales sont de privilégier un allaitement maternel exclusif durant 6 mois puis d'introduire une diversification de 4 à 6 mois et de n'envisager une éviction alimentaire qu'après analyse précise des circonstances familiales et individuelles et avis spécialisé.

3.1.7. Prévention de l'obésité :

Toutes les études ne font pas consensus sur un effet positif de l'allaitement par rapport au poids.

Une des hypothèses suppose que les enfants allaités régulent mieux les quantités bues par rapport aux enfants nourris au biberon. En effet, les mères sont plus attentives aux quantités bues par biberon car quantifiables.

Une autre théorie a été développée : l'insulinémie serait plus élevée chez les enfants nourris avec des préparations pour nourrisson que chez ceux allaités, ce qui favoriserait le développement des adipocytes et l'adipogénèse.

Enfin, les enfants allaités sembleraient mieux apprécier les nouveaux aliments lors de la diversification alimentaire, permettant peut être de manger plus de légumes verts et de fruits par la suite.

Nous pourrions donc penser que l'allaitement a un effet préventif vis à vis d'une obésité ultérieure, au moins jusqu'à l'adolescence.

3.2. Pour la mère :

L'allaitement n'est pas seulement bénéfique pour le nourrisson, la mère peut en retirer plusieurs avantages.

3.2.1. Bénéfices du post-partum

Les sécrétions hormonales provoquées par les mises au sein facilitent l'involution utérine et limitent le risque d'infection du post-partum.

La perte de poids dans les six premiers mois est facilitée.

La dépense calorique estimée en 2 mois d'allaitement maternel exclusif est de 5520 kcal, ce qui correspond à une mobilisation de 600 g de graisse et donc à la perte de poids additionnelle à 6 mois d'allaitement maternel exclusif.

Contrairement à certaines idées reçues, la densité osseuse revient à la normale après le sevrage et donc l'allaitement maternel ne favorise pas la survenue d'une ostéoporose.

3.2.2. Prévention des cancers du sein et de l'ovaire

Chaque année d'allaitement est associée à une diminution de 4,5 % du risque de cancer invasif du sein.

Une femme qui n'a pas allaité a 1,4 fois plus de risque de développer un cancer en pré ménopause. Cette notion n'est pas retrouvée pour la période post ménopausique. Le rôle d'une différenciation extrême du tissu mammaire liée à la lactogénèse a été évoqué.

Cancer de l'ovaire : une méta-analyse récente a mis en évidence que le risque de développer un cancer de l'ovaire était multiplié par 1,3 chez les femmes n'ayant pas allaité par rapport à celle ayant allaité 18 mois ou plus. Un certain degré de protection supplémentaire en cas d'antécédent de mastite liée à la présence d'anticorps antimucine (MUC1) a été retrouvé.

3.2.3. Bénéfices économiques.

En dehors des avantages médicaux pour la santé de la mère et de l'enfant, la famille et la société réalisent une économie conséquente sur:

- le cout direct de l'achat de lait infantile, d'eau minérale et de biberons
- le cout de l'entretien des biberons (lavage et stérilisation)
- Les frais médicaux suites aux pathologies infectieuses « évitables » par l'allaitement
- le cout d'une contraception maternelle les 6 premiers mois.

4. Les risques d'une alimentation mixte

L'alimentation mixte, ou le fait de donner aux nourrissons de moins de six mois d'autres liquides et/ou des produits alimentaires en plus du lait maternel, est répandue dans beaucoup de pays. Cette pratique peut cependant comporter un risque pour la santé du nourrisson parce qu'elle augmente le risque de diarrhées et d'autres maladies infectieuses. L'alimentation mixte, particulièrement en apportant de l'eau ou tout autre liquide, peut aussi causer une diminution de la production du lait maternel alors que le bébé tète le sein moins souvent. Les bébés n'ont pas besoin d'autre liquide que le lait maternel, pas même de l'eau, pendant les six premiers mois, car le lait maternel contient toute l'eau nécessaire aux besoins du nourrisson, même sous les climats très chauds.

L'alimentation mixte augmente le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant. L'allaitement au sein exclusif jusqu'à six mois était associé à une division par trois ou quatre du risque de transmission du VIH par rapport à une alimentation composée (lait maternel et autres aliments) dans plusieurs études africaines.

5. Les risques d'une alimentation artificielle

Dans de nombreux pays il est impératif de renforcer « la culture de l'allaitement » et de la défense vigoureusement contre les incursions de « la culture du biberon ». Beaucoup de mères ne pratiquent ni l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois de la vie du bébé ni ne continuent d'allaiter pendant deux années ou au delà comme recommandé, et à la place remplacent le lait maternel par des substituts commerciaux du lait maternel ou par d'autres laits. L'alimentation artificielle est chère et entraîne des risques additionnels de maladies et de mortalité, en particulier là où les niveaux de maladie infectieuse sont élevés et l'accès à l'eau potable faible. Une alimentation de remplacement pose de nombreux défis pratiques aux mères des pays en développement, comme s'assurer que le lait maternisé est mélangé à de l'eau potable, que la dilution est correcte, de pouvoir se procurer régulièrement des quantités suffisantes de formule lactée et que les ustensiles pour l'alimentation, particulièrement si l'on utilise des bouteilles, puissent être correctement nettoyés.

Le lait maternisé ne constitue pas un substitut acceptable du lait maternel car dans sa meilleure formule, il remplace seulement la plupart des composants nutritionnels du lait maternel : c'est seulement de la nourriture, là où le lait maternel est un fluide nutritionnel complexe contenant des anticorps, des enzymes, des acides gras à longue chaîne et des hormones, dont beaucoup ne peuvent simplement pas être ajoutés aux formules de laits artificiels. Bien plus, dans les tous premiers mois, il est difficile pour les intestins du bébé d'absorber autre chose que le lait maternel. Même une alimentation à base de lait artificiel ou d'autres produits alimentaires peut causer des blessures aux intestins, qui prendront des semaines pour guérir.

Le problème majeur tient aux pressions sociales et commerciales qui poussent à arrêter l'allaitement maternel, comme un marketing et une promotion agressive de la part des producteurs de lait pour nourrissons. Ces pressions sont trop souvent aggravées par les agents de santé qui délivrent un avis médical erroné du fait qu'ils n'ont pas les bonnes compétences ni reçu une formation dans le soutien des mères allaitantes. De plus, beaucoup de femmes doivent reprendre leur travail immédiatement après l'accouchement, et qui sont confrontées à de nombreux défis et pressions qui souvent les conduisent à arrêter rapidement l'allaitement exclusif. Les femmes qui travaillent ont besoin d'être soutenues, ce qui comprend des mesures législatives, afin de leur permettre de continuer à allaiter.

6. Évolutivité du lait maternel

La composition du lait maternel varie dans le temps, en fonction du déroulement de la tétée, au cours de la journée, et sur la période d'allaitement.

6.1. Evolution du lait au cours des semaines :

Le premier lait, le colostrum Dès le 5ème mois de grossesse, les seins peuvent sécréter quelques perles de colostrum. Ce premier lait est très dense, jaune d'or. A la naissance, le colostrum répond de suite aux besoins essentiels du bébé. Il apporte sous un faible volume et dans de bonnes proportions tous les éléments complexes dont le nouveau-né a besoin. Le colostrum est naturellement peu abondant, entre 20 et 50 ml par tétée au début, une quantité qui augmente rapidement. Il convient au très petit estomac du nouveau-né. Il est très bien assimilé, n'occasionne pas de surcharge rénale et produit peu de déchets non digérés. Le colostrum est abondant en cellules vivantes et anticorps qui protègent le bébé contre les agressions microbiennes. Il contient beaucoup de protéines, de sucres directement assimilables (oligosaccharides), de vitamines, de sels minéraux et d'acides aminés. Le lait de transition, entre le 3ème et le 15ème jour environ (le lait colostré). Vers le 3ème jour, va se produire ce que l'on appelle la « montée de lait ». C'est la fréquence des tétées qui favorise la montée de lait. Progressivement le lait devient blanc-orangé, il devient également moins dense et la quantité produite augmente. Ce lait de transition est particulièrement riche en sucres et en graisses. Entre 15 jours et 3 semaines après l'accouchement, le lait mature. Le lait mature a un aspect « blanc-bleuté », presque translucide (ce qui ne signifie pas une baisse des qualités nutritives). Avec l'âge du bébé, le lait continue à augmenter en volume. La composition correspond à l'âge et aux besoins du bébé. Quantité et Qualité varient en fonction de la journée.

6.2. Évolution du lait au cours de la tétée :

Le lait est très clair en début de tétée, c'est parfaitement normal. En début de tétée, le lait maternel est composé de beaucoup d'eau et de sels minéraux pour désaltérer. Puis la proportion de glucides directement assimilables par l'organisme augmente (les oligosaccharides puis le lactose). En milieu de tétée, les protéines et lipides augmentent en quantité. A la fin de chaque tétée, les lipides se concentrent de plus en plus dans le lait, favorisant la croissance. C'est pourquoi il faut faire téter le bébé suffisamment longtemps à chaque sein : en ne buvant que le lait de début de tétée, riche en eau et en sucre le bébé répond à sa soif, en tétant plus longtemps, il obtient les protéines et les lipides nourrissants.

6.3. Evolution du lait au cours de la journée

Vers midi, le lait contient plus de lipides. A midi et le soir, il contient plus de protéines. Il y a plus de lactose le matin, et plus d'oligosaccharides l'après-midi. Un bébé nourri à la demande peut ainsi adapter lui-même les tétées selon ses besoins.

6.4. Évolution du lait au cours de la période d'allaitement :

La composition du lait maternel varie au cours de la période totale d'allaitement, du colostrum au lait mature. Le volume de lait produit augmente au fil des semaines. Les demandes d'augmentations du bébé sont souvent brusques et le volume augmente par paliers. L'allaitement est un processus interactif où le comportement de l'enfant peut déterminer dans une certaine mesure la composition de sa nourriture.

7. conseils et informations pour bien allaiter :

Une bonne position de la maman et du bébé au sein est le meilleur moyen d'éviter crevasses et engorgements.

C'est également le meilleur moyen pour permettre à bébé une succion efficace et ainsi favoriser votre production de lait.

Vous pourrez adopter plusieurs positions avec votre enfant mais bébé respectera toujours des principes communs.



7.1. Avant la mise au sein,

- bébé est en éveil calme actif (tourne sa tête, cherche le sein), il s'éveille, ne pleure pas à grand cri
- l'ensemble de son corps est orienté vers votre sein : tête, épaule, hanche doivent être alignées (trait jaune sur la photo)
- son ventre vient se plaquer contre votre ventre (flèche verte sur la photo),
- sa tête est en légère extension
- Lui faire ouvrir grand la bouche,
- placez la bouche de votre enfant 1 à 2 cm sous le téton (= nez en face du téton)
- soutenir votre sein (prise en C majuscule, le pouce au dessus, les autres doigt en dessous)
- caressez avec votre bout de sein la ligne médiane sous le nez ou au niveau du menton

7.2. Au contact du sein,

- sa bouche doit être grande ouverte (180°).
- sa langue vers le bas .
- sa bouche happe votre téton mais aussi tout ou une partie de votre aréole.
- son nez est dégagé.
- son menton est enfoui dans le sein.

7.3. Lors de la succion:

- sa langue est en gouttière, sous le téton.
- sa lèvre inférieure est retroussée.
- le menton collé au sein.
- le nez dégagé.
- vous observez un mouvement de la mâchoire de votre bébé, il alterne succions, déglutitions et respirations.
- vous entendez des bruits de déglutition.
- ses mains et ses bras sont relâchés.

Une fois ces principes adoptés, toutes les positions pour la maman sont possibles et c'est à vous de choisir celles qui vous conviennent le mieux



8. Les positions d'allaitement maternel :

✓ La position assise lors de l'allaitement au sein avec bébé

Vous êtes confortablement installée (coussin, accoudoir,...si besoin) et détendue (ce qui favorise l'éjection du lait)

Votre dos n'est pas voûté (flèche bleue sur la photo) et soutenu dans le creux de vos reins par un petit oreiller.

Vos jambes sont fléchies et relevées à l'aide d'un marche pied: vos genoux doivent être à hauteur de votre bassin (flèche verte sur la photo ci-joint) de façon à ce que votre dos soit légèrement incliné.

Sous votre coude qui porte bébé pendant l'allaitement, placez un oreiller ou polochon afin de soulager votre bras.

En position assise, vous pouvez installer bébé de deux façons différentes lors de l'allaitement au sein

✓ En position madone ou berceuse:

Bébé repose sur votre avant bras, près de votre ventre.

Sa tête est soutenue par le creux de votre coude et ses fesses reposent dans votre main

En position madone modifiée:

Votre main glisse jusqu'au niveau des oreilles de bébé

Sa tête est alors soutenue par votre main en plaçant votre pouce derrière et sous une oreille et votre index derrière et sous l'autre oreille (permet la flexibilité du cou de bébé vers l'arrière pour téter)

Son dos est soutenu par votre avant-bras

La main du côté du sein allaité est libre.



✓ La position d'allaitement dite en ballon de rugby:

Sa tête est soutenue par votre main en plaçant votre pouce derrière et sous une oreille et votre index derrière et sous l'autre oreille (permet la flexibilité du cou de bébé vers l'arrière pour téter)

Le reste de son corps est placé le long du même avant-bras

Les pieds de bébé pointent vers votre dos et s'insèrent entre votre bras et votre taille



✓ La position allongée lors de l'allaitement au sein avec bébé

Allongez vous sur le côté, jambes repliées.

Placez un oreiller sous votre tête et derrière votre dos

Installez le bébé latéralement, en face de vous, estomac contre estomac.

Cette position vous permettra de bien vous reposer si vous êtes fatiguée ou césarisée.



9. problèmes rencontrés lors d'allaitement maternel

A- Retard de montée laiteuse

La montée de lait apparaît entre le 3ème et le 5ème jour.

Elle peut être retardée ; c'est pourquoi il ne faut pas renoncer avant 4 à 5 semaines.

si l'hypogalactie est évidente et prolonge (multipare ; primipare mal préparée) compléter les tétées par de lait adapté.

B- Les bouts de sein peu saillant

Les suctions répétées aideront à les former.

C- Les malformations des mamelons

Mamelon court ; plat ; ombiliqué : utiliser des bouts de sein ou un tire-lait.

D- Des affections du sein :

✓ Crevasse du mamelon :

Dans plus de 80% des cas ; elles sont provoquées par une mauvaise position de l'enfant ; dans les autres cas par une mauvaise succion.

À prévenir en appliquant des gouttes de lait de fin de tétée sur le mamelon.

Entre les tétées ; l'aréole des seins doit être bien séchée et recouverte d'une compresse.

Pas de vaseline pas de tulle gras.

Éviter les tire-laits.

✓ Lymphangite mammaire ; abcès mammaire :

Il ne faut pas suspendre l'allaitement mais exiger le repos absolu et mettre le bébé le plus souvent au sein.

Appliquer de la glace sur le sein entre les tétées et utiliser des antalgiques.

En absence de guérison rapide une antibiothérapie doit être prescrite.

L'évolution peut se faire vers l'abcédation.

E- Diarrhée post prandiale du nourrisson :

C'est une diarrhée motrice due à la fermentation lactique.

elle est caractérisée par des selles nombreuses (4 à 6 par jour) prandiale ; semi liquide ; acide (PH <5) verdissant à l'air ; irritante pour le siège .

Elle doit être respectée et si elle est trop importante ; on peut donner du carbonate de calcium : 03paquets à 0.25g/jour.

F- L'ictère au lait de femme :

Il est due à l'effet inhibiteur sur la glucuroconjugaison d'acide gras contenu dans le lait maternel et libérer par l'activité enzymatique excessive de la lipoprotéine lipase.

Il cède quand on chauffe le lait à 56° pendant 15minutes.

Il ne contre indique pas la poursuite de l'allaitement.

G- L'insuffisance lactée :

Elle est due à une mauvaise préparation de la mère.

10. Les contre indications d'allaitement maternel :

A-maternelles :

L'infection au VIH : la transmission au nourrisson augmentant avec la durée de l'allaitement. L'allaitement mixte augmente aussi la transmission par rapport à l'allaitement maternel exclusif. Par contre, dans les pays démunis, il est conseillé de poursuivre l'allaitement maternel, en raison d'une mortalité infantile accrue chez les nourrissons lorsqu'un allaitement artificiel leur est donné (eau potable, approvisionnement en lait artificiel non garantis).

L'hépatite C : chez la mère n'est pas une contre-indication à l'allaitement maternel, sauf en cas de virémie importante chez celle-ci.

Infection maternelle à l'HTLV-1 :

Contre-indication temporaire au cours de certaines infections cutanées (rares : staphylocoque doré, Streptocoque B, salmonelles, herpès).

L'engorgement et les mastites ne contre-indiquent pas la poursuite de l'allaitement maternel.

Les médicaments contraindiquant l'allaitement :

- l'iode¹³¹ et les antithyroïdiens de synthèse.
- la cimétidine.
- les sels de lithium.
- les reserpiniques.
- les dérivés ergot de seigle (antimigraineux).
- la phencétine.

Les médicaments à éviter au cours de l'allaitement :

- les antiacides (à base de magnésiums ; aluminium ;belladone)
- les anticholinergiques.
- l'indométacine.
- les bicarbonates.
- méprobamate.
- diazépam.
- la théophylline.

B-chez l'enfant :

Nouveau née a risque : Prématuro ; asphyxie néonatale ; bec de lièvre.

-On peut tirer le lait et le donner par sonde de gavage orogastrique.

Certaines maladies métaboliques :

- La galactosémie congénitale.
- La phénylcétonurie
- Une vraie intolérance au lactose

11. Promotion d'allaitement maternel :

L'abandon de l'allaitement maternel pose un sérieux problème de santé publique. Ce qui ne laisse pas insensibles les hautes autorités internationales de santé, à l'image de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui lance un appel, à l'occasion de la semaine mondiale de l'allaitement maternel, du 1er au 7 août, pour promouvoir la pratique afin d'améliorer la santé et les chances de survie de l'enfant.

Près de 35% des nourrissons de moins de 6 mois sont exclusivement nourris au sein dans le monde aujourd'hui, tandis qu'en Algérie seulement 7% des femmes ont recours à un allaitement maternel exclusif. Pourtant, les vertus du lait maternel ne sont plus à démontrer puisqu'il contient des anticorps qui aident à protéger l'enfant contre les maladies courantes de l'enfance, rappelle l'OMS. Elle précise que si tous les nourrissons étaient nourris exclusivement au sein pendant les 6 premiers mois de leur vie et recevaient ensuite des aliments nutritifs en complément de l'allaitement, on pourrait sauver chaque année 1,5 million d'enfants supplémentaires. Les raisons de ce recul de l'allaitement sont dues à plusieurs facteurs, dont les profonds changements socioéconomiques qu'a connus notre société. Les modifications de la structure familiale, le travail des femmes sont les premières raisons évoquées. Il faut créer l'environnement adéquat pour promouvoir l'allaitement maternel puisque l'OMS le recommande comme une politique de santé. Pour ce faire, il est primordial que les maternités offrent toutes les conditions afin que les mamans puissent assurer un allaitement réussi. Une politique intégrée en 1995 dans l'initiative « Hôpitaux amis des bébés ». « En pratique, il est recommandé d'avoir un personnel médical qui parle le même langage pour pouvoir assurer une politique nationale d'allaitement maternel. Il faut des structures qui s'y prêtent pour initier les mamans à un allaitement maternel, d'où la proximité entre les maternités et les services de néonatalogie »,. Et de préciser que la désinformation, l'absence de préparation et les mauvaises conditions d'accouchement conduisent à cette situation. « Il faut offrir un environnement adéquat à la mère allaitante. Un effort supplémentaire doit être fourni en direction de cette population fragile ».on évoque aussi le facteur stress qui provoque un manque de lait chez la maman, ce qui incite à un l'abandon rapide de l'allaitement. « La maman a besoin de temps ainsi que son bébé », surtout les femmes qui travaillent. La législation actuelle mérite d'être revue en faveur de cette catégorie de population. A noter que l'OMS et l'Unicef appellent les établissements et personnels de santé à mettre en place des mesures pour promouvoir l'allaitement maternel dans le monde. Le succès de l'allaitement maternel, souligne l'OMS, doit également passer par la formation du personnel soignant de chaque établissement aux techniques de l'allaitement et par l'élaboration d'associations de soutien à l'allaitement maternel.

11.1. Les dix conditions de l'OMS/ UNICEF

Conditions de bonnes pratiques pour la conduite d'un allaitement maternel réussi

- adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants
- donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en oeuvre cette politique
- informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la _ heure qui suit la naissance
- indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir leur lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson
- ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel sauf indication médicale
- laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant
- ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette

- encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès la sortie de l'hôpital ou de la clinique

11.2. Les objectifs d'une politique de promotion de l'allaitement :

1. Protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement au travers d'actions concertées et coordonnées
2. Avoir un autre regard sur l'allaitement
 - Mise en images et représentations de l'alimentation infantile et du maternage dans les différents media en faveur de l'allaitement
 - Respect de l'ensemble des dispositions du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel
3. Informer les femmes, les pères et les familles de l'importance de l'allaitement, et leur procurer les connaissances de base pour la conduite de l'allaitement
4. Permettre l'accès pour toutes les femmes à des services de maternité et de soins post-nataux soutenant effectivement l'allaitement
 - Amélioration de la formation initiale et continue de tous les professionnels de santé
 - Mise en œuvre des standards de pratiques optimales (IHAB), à intégrer dans les critères d'accréditation des maternités par la HAS
 - Renforcement du soutien aux mères par des professionnels de santé qualifiés et les groupes de soutien bénévoles
 - Mise en place d'actions spécifiques en faveur des groupes plus fragiles : populations défavorisées, enfants prématurés et enfants de faible poids de naissance
5. Protéger le droit des femmes à allaiter et le droit des enfants à être allaités
 - Augmentation de la durée du congé de maternité rémunéré
 - Protection de l'allaitement au travail, dans les crèches, chez les assistantes maternelles et dans les lieux publics
6. Évaluer et suivre l'efficacité des mesures mises en place (système de surveillance du taux d'initiation et de la durée de l'allaitement)
7. Encourager et soutenir la recherche sur l'allaitement

11.3. Les actions fortes pour une politique de promotion de l'allaitement :

1. Mettre en place un coordinateur national de l'allaitement

Il s'agit du premier objectif opérationnel de la déclaration d'Innocenti. C'est un impératif pour :

 - Proposer des actions propres à protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement.

- Assurer le suivi et l'évaluation des actions proposées, comme celle visant à obtenir le respect des dix conditions énoncées en 1989 par l'OMS et l'UNICEF, propres à permettre le développement effectif de l'allaitement, reprises secondairement dans le cadre de l'IHAB
- Veiller à l'application de l'ensemble des dispositions du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel .
- Évaluer régulièrement l'évolution de la prévalence de l'initiation de l'allaitement en maternité et sa durée Ce coordinateur, rattaché à la DGS, doit être choisi parmi les personnalités reconnues pour leur compétence dans le domaine de l'allaitement

2. Mettre en place un comité national de l'allaitement (CNA)

Présidé par le coordinateur, il comporte des représentants du Ministère de la Santé et des agences de santé [AFSSAPS, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES), Institut de veille sanitaire (InVS)], des professionnels compétents dans le domaine de l'allaitement et des représentants des associations ayant pour objectif la promotion de l'allaitement. Ce comité doit être intégré à la Commission nationale de la naissance, qui pourrait devenir la Commission nationale de la naissance et de l'allaitement (car l'allaitement va bien au-delà de la naissance).

3. Mettre en place au sein des agences régionales de santé (ARS) un référent pour l'allaitement

Ce référent est chargé au niveau régional du suivi des actions de promotion de l'allaitement, de l'application des dispositions réglementaires, et du suivi de l'évolution régionale de la prévalence de l'initiation et de la durée de l'allaitement, en étroite relation avec les réseaux de périnatalité et les commissions régionales de la naissance. Cette mission pourrait être confiée au correspondant PNNS de chaque région.

4. Mettre en place dans chaque maternité un référent pour l'allaitement

Ce référent est chargé de coordonner avec l'ensemble du personnel soignant de la maternité les actions permettant d'aider chaque mère qui le souhaite à initier l'allaitement dans les meilleures conditions et à pouvoir l'inscrire dans la durée, en fonction de son projet.

5. Mettre en place, entre J8 et J15, une consultation par un professionnel de santé formé

Cette consultation, remboursée à 100%, est destinée à l'évaluation de l'allaitement chaque fois que cela paraît souhaitable, idéalement de manière systématique pour toute femme allaitante, avec la création d'une nomenclature spéciale pour ce type de consultation. 23

6. Allonger la durée du congé de maternité rémunéré dans sa période post-natale de 10 à 14 semaines

Un congé post-natal plus long est un élément décisif pour une poursuite plus satisfaisante de l'allaitement, dont la prévalence s'effondre aujourd'hui environ 10 semaines après la naissance. Cet allongement du congé post-natal, proposé à toutes les femmes, permettra d'augmenter la durée de l'allaitement exclusif, dont les bénéfices pour la santé de l'enfant sont surtout sensibles pour une durée d'au moins 3 mois. Les populations défavorisées, qui allaitent peu et sont contraintes de reprendre le travail rapidement pour des raisons économiques, pourront profiter plus particulièrement de cette mesure.

7. Informer les employeurs publics et privés des avantages, pour eux-mêmes et leurs employés, de la poursuite de l'allaitement après la reprise du travail

8. Respecter les droits des femmes qui allaitent après la reprise du travail et garantir aux femmes qui optent pour un travail à temps partiel ou un congé parental la garantie de leur emploi et de leur projet de carrière professionnelle. Ces garanties sont indispensables pour aller dans le sens d'une plus grande équité femme/homme et du respect des droits des femmes.

9. Rendre obligatoire dans les structures d'accueil de nourrissons et de jeunes enfants et chez les assistantes maternelles l'application des recommandations de l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments (AFSSA) sur le recueil, le transport et la conservation du lait maternel.

Ces recommandations sont contenues dans le rapport de juillet 2005 intitulé « Recommandations d'hygiène pour la préparation et la conservation des biberons ».

10. Mettre en place un système de surveillance épidémiologique national

Cette mission est du ressort de l'InVS, en liaison avec les ARS, par exploitation des certificats de santé du 8ème jour et du 9ème mois et par enquêtes annuelles, car on ne dispose aujourd'hui que de données sur l'initiation de l'allaitement en maternité et quasiment pas sur sa durée.

11.4. L'information auprès des femmes ; des pères et des familles :

Chaque étape émotionnelle, physiologique, relationnelle de la vie d'une future mère lui permet de construire ses représentations en matière d'alimentation de l'enfant. La grossesse ou le projet d'une grossesse restent évidemment des moments clés pour communiquer sur ce sujet. Les couples expriment un réel besoin d'écoute. Les informations qu'ils vont recevoir vont influencer sur :

- 1) le choix des femmes d'allaiter ou non ;
- 2) les pratiques d'initiation et la durée de l'allaitement ;
- 3) l'image positive ou négative qu'ils vont transmettre à leur entourage. Les sources et les vecteurs d'informations sont aujourd'hui multiples, souvent incomplets, voire erronés. Il est indispensable que les professionnels de santé soient les référents auprès desquels les couples trouvent une information de qualité, à jour des recommandations nationales.

11.4.1. Pendant la grossesse

Certains temps du parcours de grossesse sont très favorables à ces échanges. Il est important de renforcer le soutien à ces moments clés :

1. Généraliser l'entretien prénatal individualisé du 4ème mois. Cet espace de parole permet d'aborder avec la femme et le couple l'alimentation de leur futur enfant. Les informations apportées doivent être claires, complètes, exactes, s'appuyant sur les recommandations nationales, pour que les couples puissent faire un choix éclairé. Les professionnels doivent être incités à y consacrer une partie de cet entretien.
2. Développer l'offre de préparation à la naissance et à la parentalité. La HAS a publié en 2005 des recommandations pour la pratique clinique concernant « La Préparation à la Naissance et à la Parentalité ». Un des objectifs spécifiques de ces recommandations est d'aider les femmes enceintes « à décider du mode d'alimentation de leur enfant ». Actuellement, 50% des femmes enceintes bénéficient de cet accompagnement. Ce temps est un espace privilégié pour répondre à leurs questions, interroger leurs

représentations de l'alimentation, soutenir leurs capacités et aborder l'allaitement. Il est nécessaire de : - Convaincre les professionnels (maternités, PMI, professionnels de santé libéraux) de l'intérêt de ces rencontres pour qu'ils encouragent les femmes à y participer - Faciliter l'accès des populations précaires à ces groupes

3. Inciter les maternités à proposer des groupes de préparation à l'allaitement, animés par un professionnel compétent ou par le référent en allaitement de la maternité, afin de soutenir le projet des femmes.

11.4.2. Au retour à domicile

Le soutien doit être poursuivi, surtout pendant les premières semaines de l'allaitement :

1. Accompagner chaque couple mère-enfant dès la sortie de la maternité, en indiquant les coordonnées locales mises à jour des professionnels de santé (PMI, libéraux) et des associations capables de leur donner des conseils appropriés.

2. Développer le passage à domicile, en relais du séjour en maternité, de personnel soignant de la PMI (sages-femmes, puéricultrices) ou de sagesfemmes libérales. Ces visites à domicile dans les jours qui suivent la naissance permettent un soutien adapté à l'allaitement dans le contexte de vie du couple.

11.4.3. L'entourage des femmes

Les informations et les conseils doivent être accessibles à l'entourage des femmes qui allaitent :

1. Le père, acteur de soutien principal de la femme qui allaite, doit avoir la possibilité d'être associé aux informations par une offre adaptée aux contraintes professionnelles (séances de préparation à l'allaitement et d'informations propres à ce rôle de soutien au sein des structures en soirée ou le week-end).

2. Les ascendants et descendants doivent avoir accès à une information ciblée en fonction de leur lien (grands-parents) ou de leur âge (fratrie).

3. Les assistantes maternelles doivent bénéficier d'une information adéquate sur le thème de l'allaitement.

11.5. Origine des informations disponibles

Il est primordial pour la protection de l'allaitement de ne pas autoriser la diffusion de documents d'information sur l'allaitement écrits par les fabricants de substituts du lait maternel dans les lieux de soins et/ou de prévention sanitaire ainsi que dans les collectivités d'enfants (crèches, écoles...), dans le cadre de l'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Entendant (comme le Code le définit) par commercialisation « la promotion, la distribution, la vente, la publicité d'un produit, les relations avec le public et les services d'information le concernant », cette interdiction doit également s'appliquer dans les maternités. La création et la diffusion de documents d'informations sur l'allaitement clairs, appropriés et cohérents, relève du CNA, en collaboration étroite avec les structures institutionnelles (DGSHAS-INPES). Ces documents, actualisés régulièrement, doivent être accessibles à tous : public, professionnels de santé, maternités, réseaux de soins, associations de promotion de l'allaitement, et doivent s'appuyer sur les recommandations nationales. Un site Internet, coordonné par le CNA, contenant les recommandations nationales, européennes et internationales, doit être créé à destination du public, en lien avec les sites institutionnels (Ministère de la Santé, HAS, INPES, InVS...).

11.6. La formation des professionnels de santé :

Pour promouvoir et soutenir l'allaitement, il est essentiel d'améliorer la formation initiale et la formation continue des professionnels de santé : médecins généralistes, gynécologues obstétriciens, pédiatres, sages-femmes, puéricultrices, infirmiers, auxiliaires de puériculture, aides-soignants, diététiciens, pharmaciens, assistants de service social. Un groupe d'experts désigné par le CNA devra proposer des mises au point pour harmoniser les contenus des cours disponibles et les mettre en accord avec les recommandations et les référentiels de la HAS. Ces documents disponibles sous forme de textes, de diaporamas, de vidéos seront mis à la disposition des étudiants et des professionnels de santé sur le site Internet coordonné par le CNA. Ce site permettra l'accès à des sujets d'actualité, des références bibliographiques, des informations sur des réunions ou des congrès. Il est recommandé que les professionnels de santé qui participent à l'enseignement de l'allaitement soient accrédités par des formations pour l'allaitement reconnues par le CNA, comme le Diplôme interuniversitaire lactation humaine et allaitement maternel (DIULHAM) ou le Diplôme international de consultant en lactation (IBCLC).

- Formation initiale

1. Médecins généralistes : La nutrition est « une discipline médicale hospitalo-universitaire récente, peu étoffée et encore fragile » souligne le Professeur Ambroise Martin dans son rapport « La formation à la nutrition des professionnels » (2009). Au cours du 2^{ème} cycle qui conduit à l'examen national classant, le volume horaire réservé à l'alimentation des nourrissons est très limité. Le CNA aura pour charge l'élaboration d'un standard minimal de connaissances sur l'allaitement destiné aux étudiants en médecine, dont l'enseignement pourrait être organisé sous la forme d'un séminaire d'une demi-journée. Un renforcement de cet enseignement, sur un mode pratique, sera proposé au cours du Diplôme d'études spéciales de médecine générale.

2. Gynécologues-obstétriciens et pédiatres : Au cours des études pour les Diplômes d'études spéciales de gynécologie-obstétrique et de pédiatrie, les thèmes concernant l'allaitement sont traités de façon très succincte, sous forme de une à deux heures de cours théoriques. Les programmes de ces spécialités seront revus afin que ces futurs spécialistes dont l'implication est essentielle dans la promotion de l'allaitement, reçoivent un enseignement approfondi, à la fois théorique et pratique.

3. Sages-femmes : La formation initiale des sages-femmes comprend 4 années d'études en école professionnelle après la 1^{ère} année commune aux études de médecine, odontologie, pharmacie et maïeutique. Le programme des études fixé par l'arrêté du 11 décembre 2001 prévoit parmi ses objectifs de « promouvoir l'allaitement et d'assurer son suivi ». Dans les 35 écoles de sages-femmes, le volume d'enseignement et l'expertise des intervenants concernant l'allaitement sont variables. Le contenu de l'enseignement et le choix des méthodes pédagogiques impliquant activement l'étudiant devront être harmonisés. La compétence des étudiants dans le domaine de l'allaitement sera évaluée sur les terrains cliniques par des sages-femmes maîtres de stage, formées à l'encadrement et à l'évaluation, et par des sages-femmes enseignantes. Les points suivants feront l'objet d'une attention toute particulière : la qualification nécessaire d'enseignants certifiés en allaitement ; la référence nécessaire aux outils pédagogiques développés par le CNA ; la nécessité de réaliser des stages avec des professionnels ayant une expertise sur le sujet.

4. Puéricultrices et auxiliaires : de puériculture Il est essentiel que les puéricultrices et les auxiliaires de puériculture qui travaillent dans les maternités, les services de néonatalogie, les crèches et les services de PMI aient une bonne formation concernant l'allaitement. Le programme des études de puéricultrices, qui date de 1983, est en cours de révision. La place de l'allaitement sera augmentée dans le nouveau programme, en développant davantage la conduite pratique dans l'initiation et la durée. Ces thèmes

devraient être également développés au cours des études d'auxiliaire de puériculture, dont la durée est de 10 mois. Le contenu de l'enseignement et le choix des méthodes pédagogiques impliquant activement l'étudiant devront être harmonisés. Une attention particulière sera portée à la qualification des enseignants certifiés en allaitement, à la référence aux outils pédagogiques développés par le CNA, et à la nécessité de réaliser des stages avec des professionnels possédant une expertise sur le sujet.

5. Infirmiers : L'allaitement ne figure pas dans le programme récemment révisé des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier (Arrêté du 31 juillet 2009). Il est souhaitable que ce sujet soit abordé, par exemple dans l'unité d'enseignement « Cycle de la vie et grandes fonctions ». Des recommandations seront transmises aux instituts de formation en soins infirmiers.

6. Diététiciens : L'alimentation des enfants occupe une place encore restreinte dans le programme actuel de formation des diététiciens, qui devrait être augmentée dans le cadre de la réforme en cours de cette profession, en particulier en ce qui concerne l'allaitement.

7. Pharmaciens : Les pharmaciens ont une fonction de conseil auprès de la population, et il est nécessaire qu'ils acquièrent au cours de leurs études des connaissances en matière d'allaitement. L'enseignement de la nutrition doit être développé au cours des études de pharmacie.

8. Assistants de service social : Au niveau des maternités, des services de PMI, et des entreprises, ils peuvent apporter des informations utiles aux femmes sur leurs droits, les aider dans leurs démarches auprès des employeurs, ou les accompagner, en particulier pour les femmes immigrées ou en situation de précarité. L'enseignement doit les informer de l'intérêt de l'allaitement et des dispositions légales et réglementaires existantes. II. Formation continue Les professionnels de santé qui interviennent avant, pendant ou après la naissance n'ont pas toujours les connaissances suffisantes sur l'allaitement, qui leur permettent de parler un langage commun aux familles. La formation continue permet d'améliorer et d'actualiser leurs connaissances. Basée sur des cours étayés scientifiquement, elle peut s'adresser à tout le personnel de santé concerné ou aux besoins plus spécifiques de certains professionnels. Cette formation devrait être obligatoire pour tous les personnels de maternité, des services de néonatalogie et de pédiatrie, et de PMI ainsi que pour tous les professionnels libéraux concernés. Le thème de l'allaitement devrait être inscrit dans les objectifs prioritaires de la FMC. Les professionnels de santé devraient être encouragés, y compris financièrement, à acquérir une formation diplômante, comme le DIULHAM ou l'IBCLC. L'allaitement devrait faire partie des programmes de formation continue destinée aux médecins, en encourageant la collaboration avec des professionnels reconnus pour leurs compétences dans ce domaine. Les ARS devraient soutenir les actions de promotion de l'allaitement par l'intermédiaire des commissions régionales de la naissance et des réseaux de périnatalité. Les échanges entre les professionnels de santé devraient être favorisés, par exemple en organisant un congrès national annuel sur l'allaitement, des journées régionales de l'allaitement, et des manifestations de sensibilisation à l'occasion de la semaine mondiale de l'allaitement maternel (SMAM).

11.7. Les actions spécifiques dans la filière de soins :

✓ A la maternité et dans les territoires

En coordination avec la commission nationale de la naissance, on favorisera l'intégration de l'objectif de promotion de l'allaitement maternel dans celui plus vaste d'une vision physiologique de la grossesse. Les maternités seront encouragées à s'engager dans une démarche vers l'obtention du label IHAB ou au moins à s'assurer que leurs pratiques soient en conformité avec les standards IHAB de pratique optimale. Dans chaque maternité, selon l'état d'avancement de la politique d'allaitement, on favorisera l'élaboration d'une charte définissant les objectifs et les moyens nécessaires pour promouvoir

et soutenir l'allaitement, avec une réévaluation annuelle analysant l'expérience apportée par l'application des actions mises en place. Les maternités devront respecter l'ensemble des dispositions du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel. Chaque maternité se dotera d'un référent en allaitement (sage-femme, infirmière puéricultrice ou médecin), reconnu pour ses compétences à l'exercice de cette fonction et ayant bénéficié d'une formation reconnue (DIULHAM, IBCLC). Cette personne ressource exercera des missions transversales qu'il conviendra de définir précisément au préalable (coordination des moyens et des actions à mettre en œuvre, pratique clinique supervisée, consultations d'allaitement...). Ce référent dédiera son temps de travail à cette activité au prorata du nombre d'accouchements. Un nombre de l'ordre de 1500 à 2000 accouchements/an justifie une activité à temps plein pour le référent en allaitement. L'organisation et l'initiation de l'allaitement devraient être valorisées au titre de la tarification à l'activité (T2A) dans les maternités, en raison de la charge supplémentaire induite. Les réseaux de périnatalité permettent la définition d'objectifs communs associant les maternités de plusieurs territoires de santé au sein d'une même région, par delà les appartenances privées ou publiques des structures. Ils permettent aux professionnels de la santé de la mère et de l'enfant de mettre en commun leurs expériences et de définir des projets conjoints, par exemple liés à l'allaitement. Ces réseaux de périnatalité se sont développés ces dernières années, favorisés par les derniers plans de périnatalité.

✓ A la sortie de la maternité

Les structures de PMI, qui ont un rôle important dans l'accompagnement des femmes, seront sollicitées par les maternités et les réseaux de périnatalité pour proposer un accompagnement aux femmes ayant débuté un projet d'allaitement. La désignation, en liaison avec l'ARS, d'un référent allaitement maternel pour chaque unité territoriale pourra donner une dynamique à tout un bassin de professionnels. Il faudra mettre en place une consultation spécialisée, par un professionnel de santé formé, remboursée à 100%, pour l'évaluation de l'allaitement entre J8 et J15 chaque fois que cela paraîtra souhaitable, l'idéal étant une consultation systématique pour tout couple mère-bébé allaité. Cette consultation doit bénéficier, en raison de sa longueur et de son haut niveau d'expertise, de la création d'une nomenclature spéciale (« C » d'allaitement).

SOUTENIR L'ALLAITEMENT
SEMAINE MONDIALE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL,
DU 1^{ER} AU 7 AOÛT 2014



Organisation mondiale de la Santé unicef

SOUTENIR L'ALLAITEMENT
SEMAINE MONDIALE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL,
DU 1^{ER} AU 7 AOÛT 2014

À LA NAISSANCE DE VOTRE ENFANT

À VOTRE RETOUR À LA MAISON



VOTRE AGENT DE SANTÉ EST LÀ POUR

- ENCOURAGER LE CONTACT PEAU À PEAU ENTRE VOUS ET VOTRE BÉBÉ TOUT DE SUITE APRÈS SA NAISSANCE.
- VOUS AIDER À RECONNAÎTRE LES SIGNES INDICANT QUE VOTRE NOUVEAU-NÉ EST PRÊT À TÉTER.
- VOUS MONTRER COMMENT PLACER VOTRE ENFANT AU SEIN.

VOTRE AGENT DE SANTÉ EST LÀ POUR

- VOUS DONNER CONFIANCE ET VOUS SOUTENIR AFIN DE POURSUIVRE L'ALLAITEMENT.
- VOUS RASSURER SUR LE FAIT QUE LE LAIT MATERNEL EST LA SEULE CHOSE DONT VOTRE ENFANT A BESOIN POUR GRANDIR EN BONNE SANTÉ PENDANT LES SIX PREMIERS MOIS DE SA VIE.
- VOUS AIDER À RÉSOUDRE VOS PROBLÈMES ÉVENTUELS ET À CALMER VOS INQUIÉTUDES AFIN QUE L'ALLAITEMENT SOIT UNE EXPÉRIENCE POSITIVE.

LE FAIT DE DORMIR PRÈS DE VOTRE ENFANT ET DE L'ALLAITER À LA DEMANDE PERMET DE STIMULER LA PRODUCTION DE LAIT.

CÉRTES, L'ALLAITEMENT EST NATUREL, MAIS IL FAUT PARFOIS DU TEMPS POUR APPRENDRE, ET LE SOUTIEN CONTINU DES AGENTS DE SANTÉ OU DE FEMMES AYANT ALLAITÉ PEUT S'AVÉRER PRÉCIEUX.

figure 2 : semaine mondiale de l'allaitement maternel du 1 au 7 Aout 2014

partie expérimentale

12. Matériel et méthodes :

12.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective portée sur 110 nouveaux nés du mois de novembre 2016 à la maternité EHS TLEMCEN basé sur un questionnaire comportant deux parties .

La première partie les mères sont interrogées lors de leurs séjours à l'hôpital et la deuxième partie après 6 mois par contact téléphonique.

Critères d'inclusion : les femmes qui ont accouché par voie haute ou par voie basse à la maternité de Tlemcen les jours de la semaine.

Critères de non inclusion : les femmes qui ont donné naissance à un mort né ou des prématurés et les nouveaux nés transféré en néonatalogie ; ainsi que les femmes ayant accouchés les week-ends ou les jours fériés.

Un certain nombre de femme ont refusé dès le début de participer à l'étude (surtout celles qui ont accouché par voie haute) et certaines n'ont pas pu être jointes à 06 mois par téléphone.

12.2. Période de l'étude

Notre étude s'est déroulée du mois de novembre 2016 au mois de mai 2017 (6mois)

12.3. Analyse des données

Après le recueil des données (après 6 mois) les résultats sont analysés à l'aide du logiciel Excel 2007

13. Résultats :

a) *Caractéristiques socio démographiques de l'échantillon*

(1) Âge des femmes

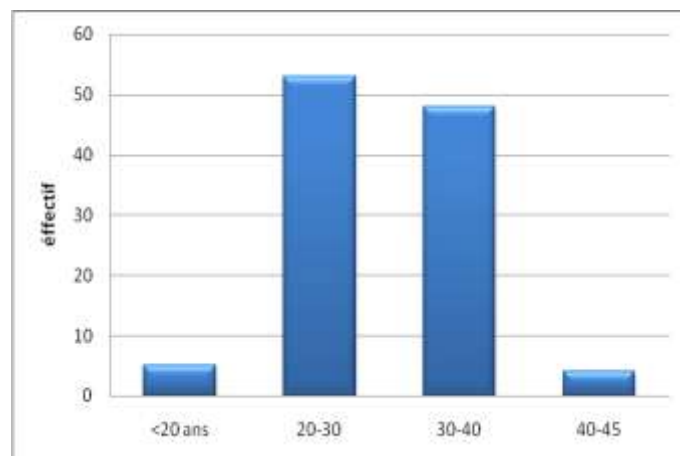


Figure 3 :répartioon de la population étudiée selon l'age des mères

L'age de notre population d'étude varie entre 17-43ans avec une moyenne de 28 ans

(2) La Profession

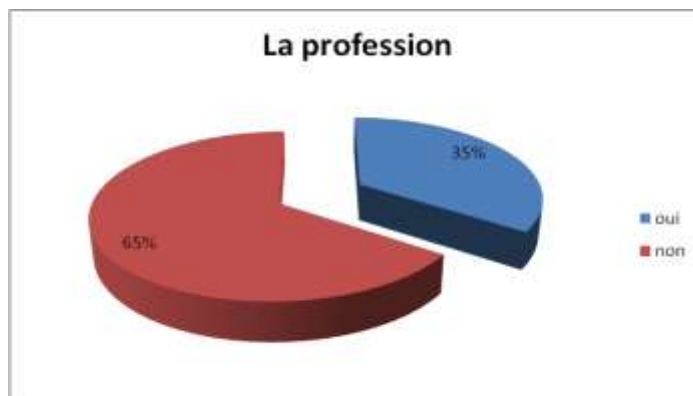


Figure 4 : Répartition de la population d'étude selon la profession
65% des femmes ne travaillent pas

3. Niveau d'étude

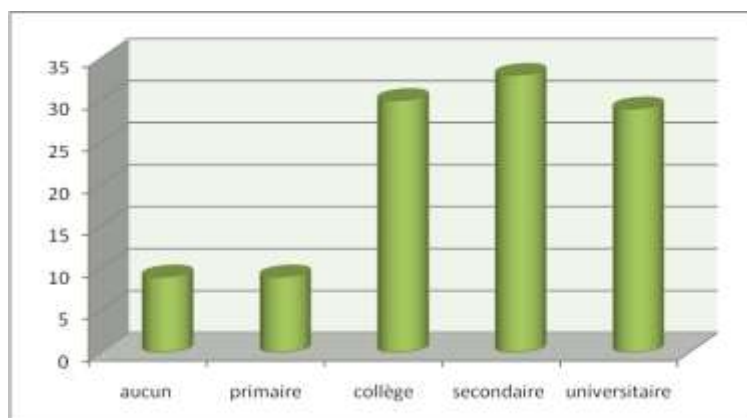


Figure 5 : répartition de la population d'étude selon le niveau d'étude

4. la parité

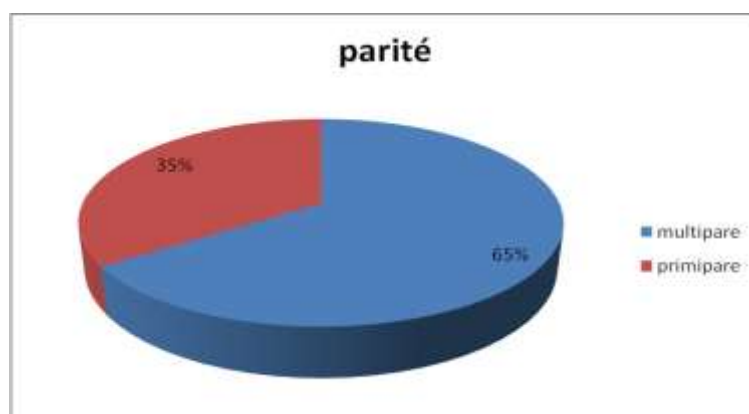


Figure 6 : Répartition de la population d'étude selon la parité

Les mères étaient pour 65% des multipares

Mode d'accouchement

Tableau 3 :répartition de la population d'étude selon le mode d'accouchement

mode d'accouchement	effectif	Pourcentage
Voie basse	66	60%
Césarienne	44	40%

60% des femmes ont accouché par voie basse, 44% par césarienne.

Expérience dans l'allaitement maternel

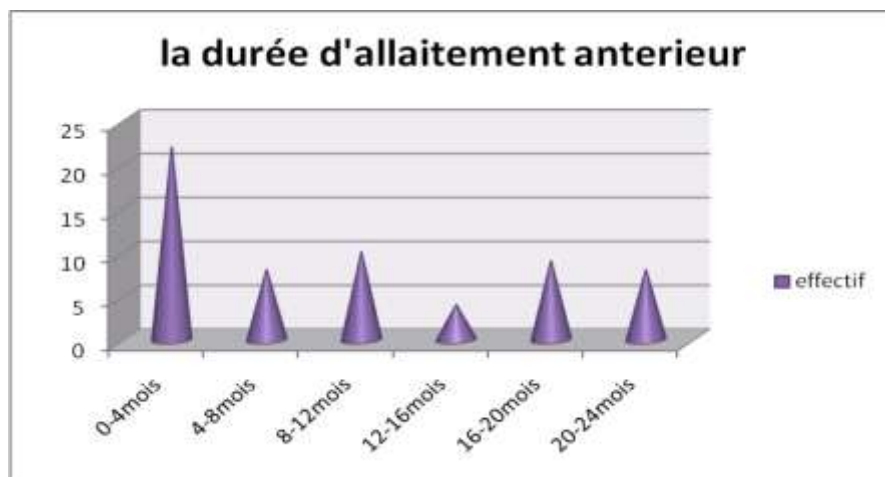


Figure 7 : la durée d'un allaitement antérieur

Parmi 72 des femmes multipare 61 ont une expérience dans l'allaitement maternel

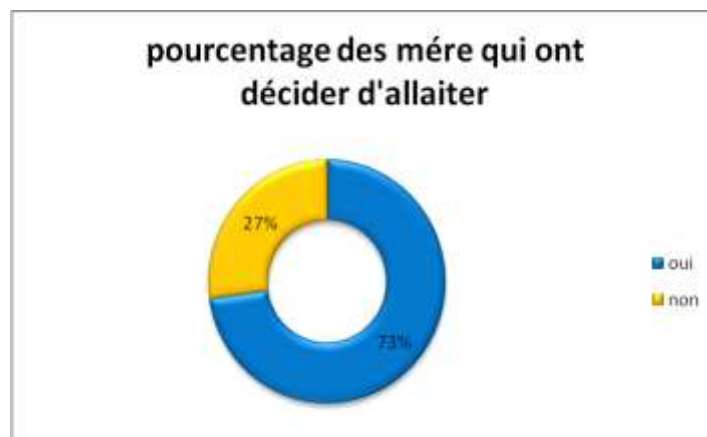
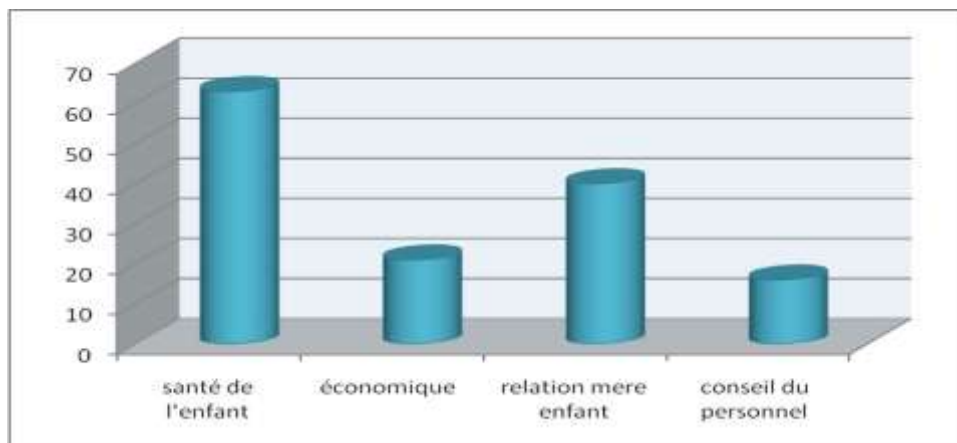


Figure 8 : pourcentage des mères qui ont décidé d'allaiter

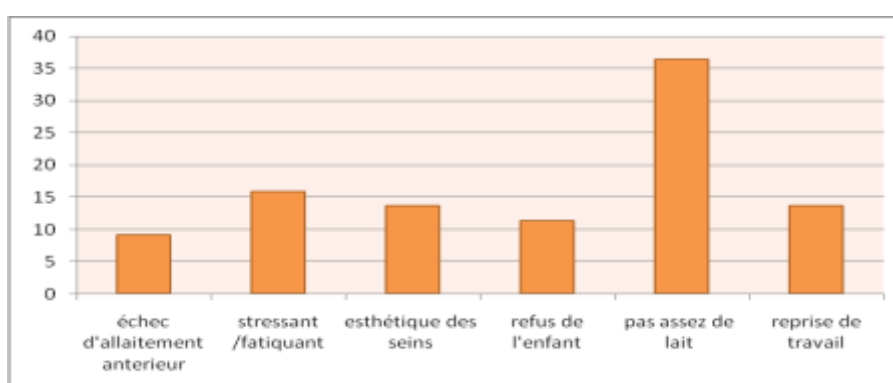
73% des femmes ont envisagé pour un allaitement maternel
Les raisons pour la pratique d'allaitement maternel



Dans 45% des cas, le bénéfice pour la santé de l'enfant était cité comme première raison motivant la décision d'allaiter au sein.

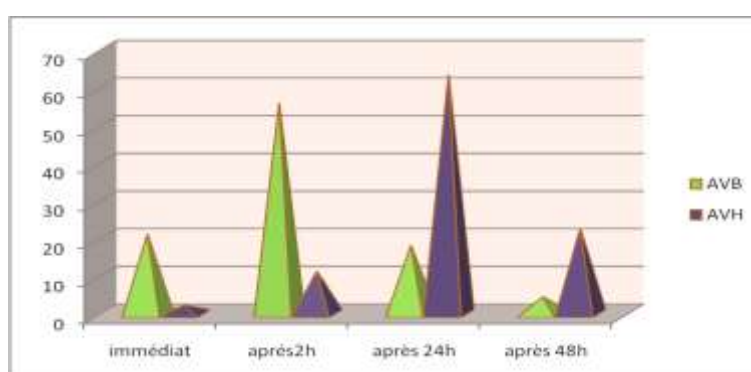
La relation mère-enfant était citée comme deuxième raison motivant les femmes à allaiter avec un pourcentage de 28%.

Les raisons de la non pratique d'allaitement maternel



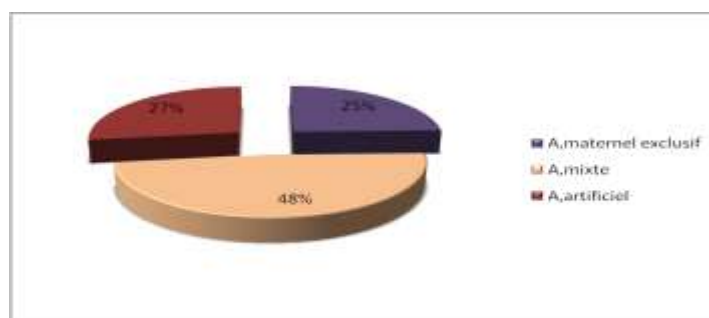
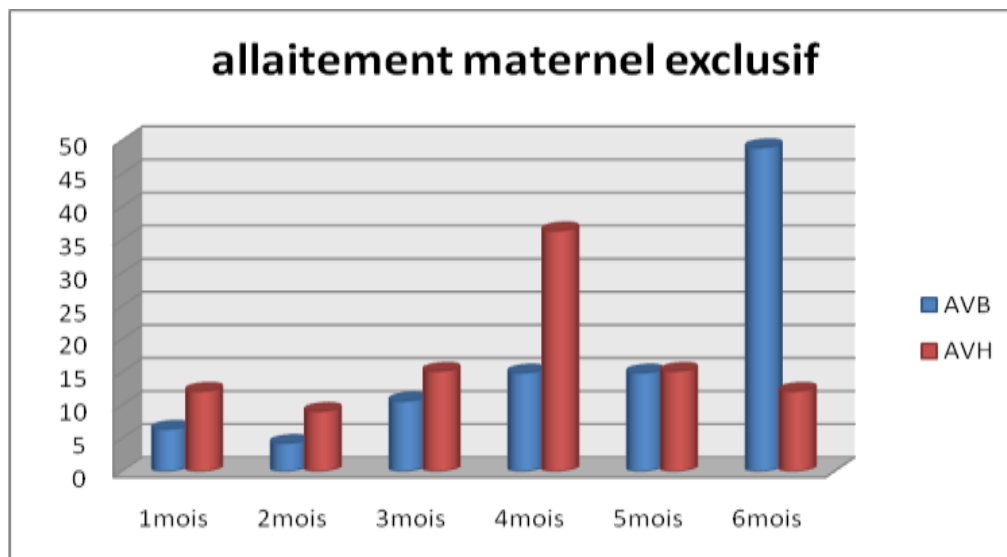
36% des femmes n'ont pas allaiter parce qu'il y avait pas assez de lait ;le stress et le travail étaient la deuxième cause de non allaitement .

Délais de mise au sein après l'accouchement



56 % des femmes ont mis leur bébé au sein dans un délai maximum de deux heures après l'accouchement par voie basse, ils ont donc bénéficié du premier lait maternel ou le colostrum tandis que 64% des femmes qui ont accouché par césarienne ont mis leur bébé au sein après les 24h

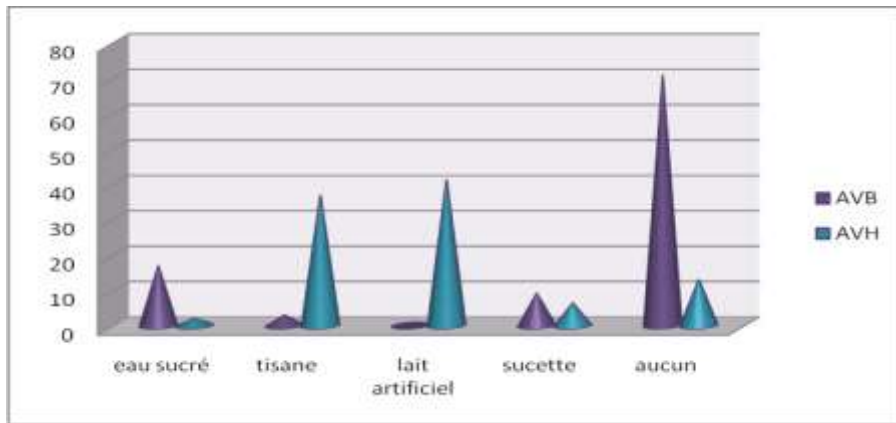
L'allaitement maternel exclusif



Parmi 66 femmes qui ont accouché par voie basse 48% ont pratiqué un allaitement maternel exclusif à 6mois,et pour les 44 femmes qui ont accouché par césarienne seulement 12% ont pratiqué un allaitement maternel exclusif à 6mois,ce qui fait une moyenne de 25% pour un allaitement maternel exclusif .

le nombre de nouveau nés ayant reçu des préparations commerciales ou autres liquides à la naissance :

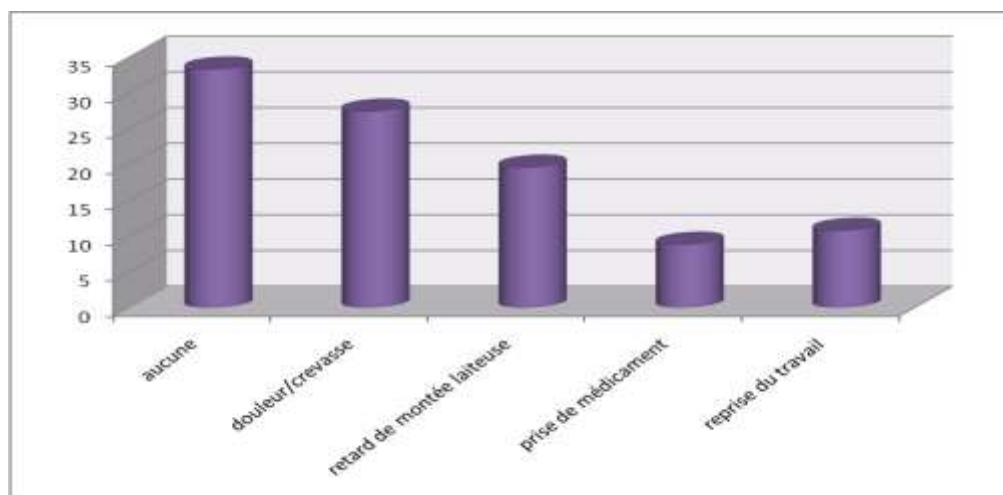
	AVB	pourcentage	AVH	pourcentage
eau sucré	11	17%	1	2%
tisane	2	3%	17	37%
lait artificiel	0	0%	19	41%
sucette	6	9%	3	7%
aucun	46	71%	6	13%



Plus de la moitié des nouveaux nés par voie haute de notre étude ont reçu après leur naissance d'autres préparations outre le lait maternel.

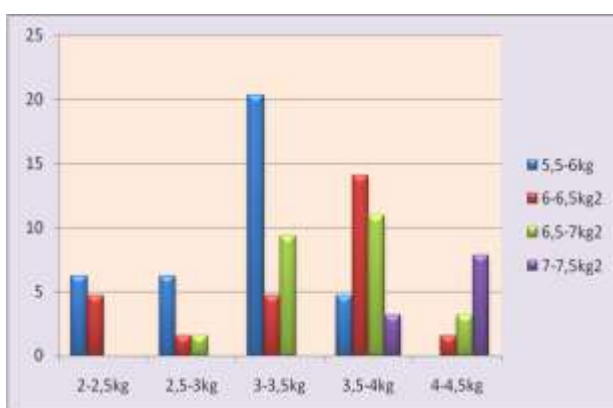
71% des nouveaux nés par voie basse n'ont rien reçu avant le lait maternel.

Difficultés rencontrés pendant l'allaitement maternel

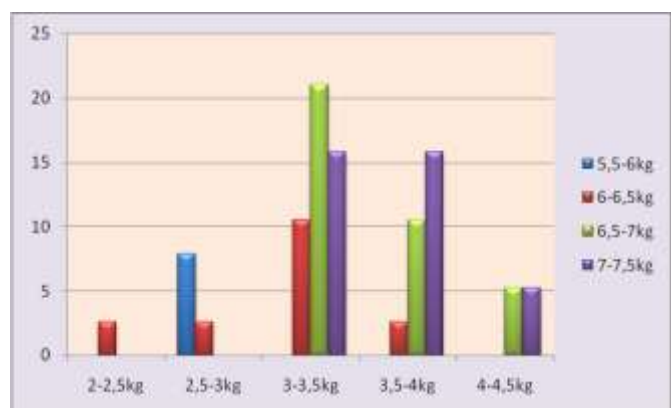


Les difficultés les plus souvent rencontrées étaient la douleur et les crevasses dans 27 % des cas, puis le retard de la montée laiteuse dans 19% des cas.

Le poids des nouveaux nés à 6 mois

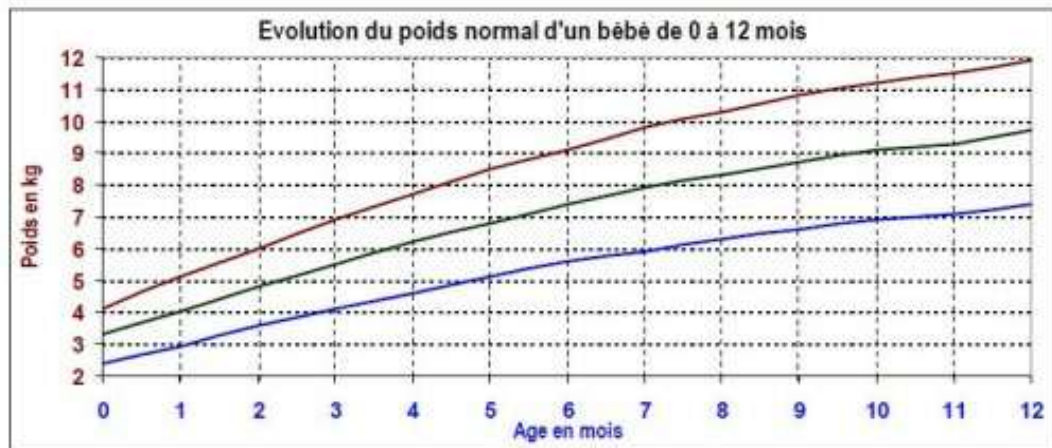


Le poids des nouveaux nés à 6mois
(Allaitement non exclusif)



le poids des nouveaux nés à 6 mois
(Allaitement exclusif)

âge en mois	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Poids mini	2,4	2,9	3,6	4,1	4,6	5,1	5,6	5,9	6,3	6,6	6,9	7,1	7,4
Poids moy	3,3	4	4,8	5,5	6,2	6,8	7,4	7,9	8,3	8,7	9,1	9,3	9,7
Poids maxi	4,1	5,1	6	6,9	7,7	8,5	9,1	9,8	10,3	10,8	11,2	11,5	11,9



Dans notre étude il n'y a pas une relation entre le poids et l'allaitement maternel ou allaitement mixte.

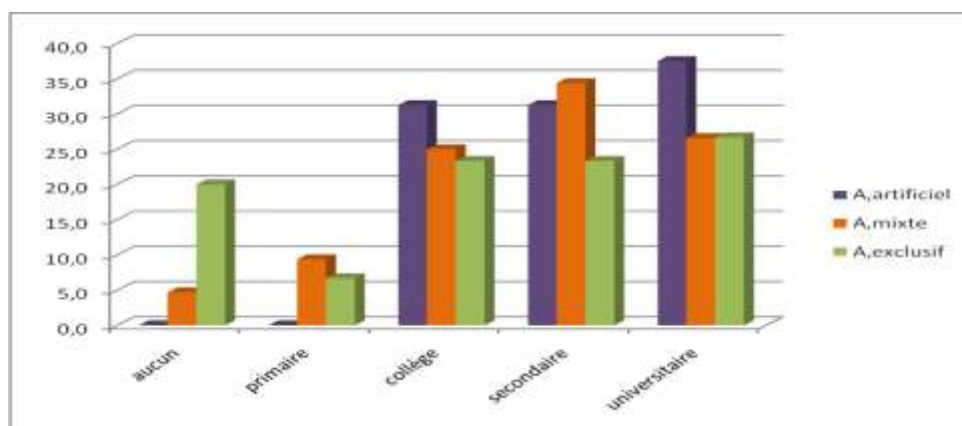
Les facteurs déterminant de l'allaitement maternel

1. L'âge

	Allaitement artificiel		Allaitement mixte		Allaitement exclusif	
	nombre	pourcentage	nombre	pourcentage	nombre	pourcentage
<20	3	60%	2	40%	0	0%
20-30	9	17%	28	58.8%	16	30.2%
30-40	4	8.3%	32	66.7%	12	25%
40-45	0	0%	2	50%	2	50%

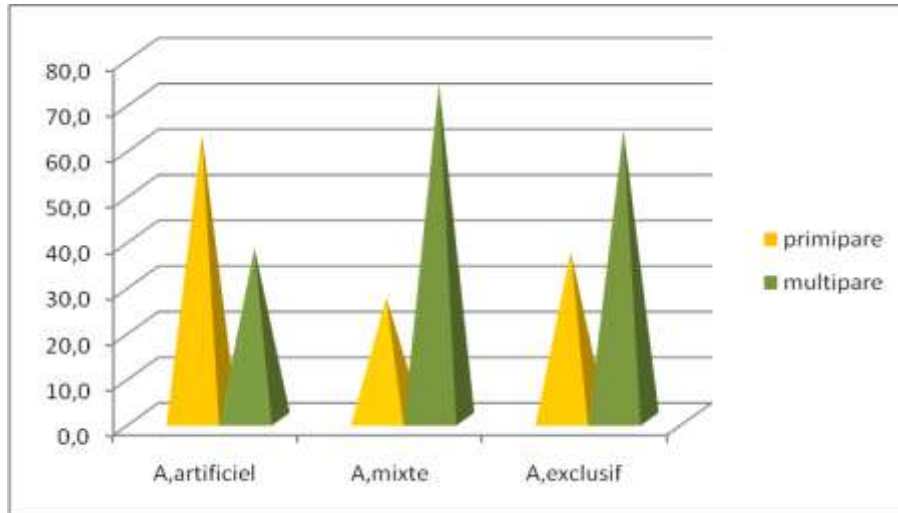
Dans notre étude, le taux d'allaitement est associé de façon significative à l'âge, les femmes âgées de 20 à 30 ans et plus de 40 ans, ont plus tendance à allaiter que les femmes plus jeunes.

2. le niveau d'étude



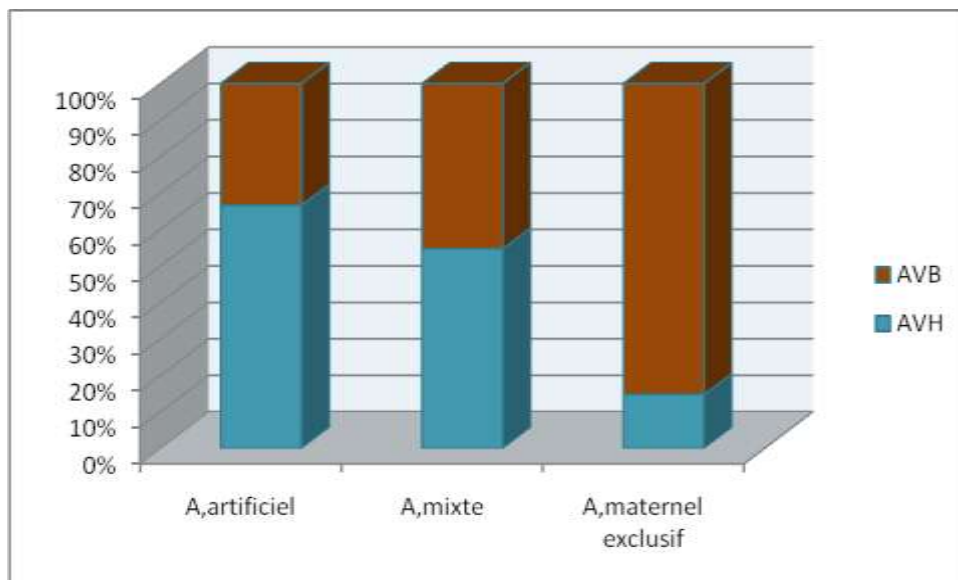
Le taux d'allaitement exclusif à 6 mois est relativement similaire entre les femmes de différent niveau d'instruction

3.la parité



63.3% des femmes multipares ont pratiqué un allaitement maternel exclusif à 6mois et 62.5% des primipares n'ont pas allaiter.c'est à dire *une femme qui a déjà allaité aura tendance à opter de nouveau pour l'allaitement maternel.*

Le mode d'accouchement



66.7% des mères césariées ont donné le biberon à leurs bébé alors qu'on note 85.2% d'allaitement exclusif chez les femmes qui on accouché par voie basse

14. Discussion :

Notre étude avait pour objectif principal d'évaluer le taux d'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de la vie des nourrissons nés en mois de novembre 2016 à l'EHS TLEMEN

L'analyse de nos résultats, faite selon un protocole préétabli, nous a permis de mettre en évidence, outre notre objectif principal, les facteurs d'un non allaitement maternel ou de l'interruption de ce dernier avant les six mois recommandés, et le taux de sensibilisation maternelle à l'intérêt de l'allaitement .

Notre étude à rencontrer plusieurs difficultés qui se résument au :

- Perte de vue des malades dès leurs sorties de l'hôpital
- Porte sur un nombre limité de patients
- après 6mois les patients sont injoignables
- les femmes césarisée peu coopérente .

Nous aborderons, dans ce qui suit, la discussion des points suscités.

1. Taux d'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de la vie

Après étude des données recueillies, nous avons constaté que le taux d'allaitement maternel exclusif excédant les 6 mois a subi des variations à la baisse.

Les données que nous possédons, nous ont permis d'obtenir un taux moyen d'allaitement maternel exclusif à 6 mois de 25% dont 12% pour les femmes qui ont accouché par voie haute et 48% celles qui ont accouché par voie basse. Au vu de ces résultats et malgré l'échantillon assez réduit que nous avons étudié, le taux est faible par rapport aux taux d'allaitement dans le monde 38% légèrement augmenté par rapport à ceux avancés par l'Institut national de la santé publique (INSP) et l'association des pédiatres privés d'Alger qui étaient respectivement de 12 et de 29%. [13]

2. Facteurs de non allaitement ou d'interruption de l'allaitement maternel exclusif avant 6 mois

L'insuffisance du lait maternel semble être la cause la plus invoquée pour le non respect de la durée de l'allaitement ou le non allaitement. En effet elle représente 36% du taux d'échec. Nos résultats rejoignent ceux de plusieurs études épidémiologiques faites sur les causes d'abandon précoce de l'allaitement maternel, en effet la consultation via PUBMED d'une revue récente qui a pris en considération toutes les publications portant sur « la perception d'insuffisance de lait » et/ou « le manque de lait » entre 1996 et 2007, a clairement démontré qu'un large pourcentage de mères allaitantes (de 35% à 44% d'après la plupart des études) rapporte la perception d'insuffisance de lait comme étant la principale difficulté rencontrée et la première cause de sevrage prématuré. [14]

D'après les spécialistes, l'insuffisance de lactation ne présente pas une vraie cause pour le non allaitement ou d'un sevrage précoce, et donc il est essentiel d'essayer de différencier:

- Une incapacité physiologique maternelle à produire du lait ou assez de lait.
- Un problème transitoire, susceptible d'être corrigé, donc une insuffisance de lait « secondaire ».
- La crainte ou la perception de l'insuffisance des apports maternels.

Nous pouvons dire qu'hormis des rares exceptions, toutes les femmes sont capables de produire du lait suffisant en quantité et en qualité jusqu'à l'âge de 6 mois, à condition d'avoir un régime alimentaire équilibré et d'entretenir la lactation par les tétées régulières.

Outre l'insuffisance de la lactation et d'après les résultats que nous avons obtenus, les autres causes du non allaitement semblent être :

- Le stress et la fatigue 16%
- La reprise du travail qui représente 13 % des causes :

Quant à ce facteur, plusieurs études ont analysé l'impact du travail de la mère sur le choix d'allaitement. Pour certains auteurs, le fait d'exercer une activité professionnelle n'a pas d'influence [16]. D'autres études montrent que le taux d'allaitement exclusif diminue quand la mère reprend l'activité professionnelle [17].

- Le refus maternel d'allaiter est présent chez 27% des femmes questionnées à la naissance alors que, la majorité des mamans avaient choisi l'allaitement maternel comme mode d'alimentation de leurs enfants et la raison évoquée pour expliquer ce choix dans plus de 45% des cas était les bénéfices pour l'enfant,

Enfin, et selon les spécialistes, le facteur principal d'un éventuel non allaitement ou d'interruption précoce reste la mauvaise circulation de l'information. Les mères sont mal préparées à cette échéance lors de la grossesse. Il y a aussi les réflexes inappropriés du personnel des maternités, qui prévalent par une mise au sein tardive, absence de soutien aux mamans, séparation bébé/maman (essentiellement après une césarienne), manque de suivi systématique en post-partum, forte pression pour les aliments de substitution[18].

3. Evaluer le taux de la sensibilisation maternelle par les professionnels de santé

D'après notre étude la sensibilisation par le professionnel de santé est de 11%. Nous pensons que la sensibilisation est insuffisante malgré l'engagement du corps professionnel, notamment après la mise en oeuvre de l'Initiative « Hôpitaux Amis des Bébé » (IHAB) lancée conjointement, en 1992, par l'Organisation Mondiale de la Santé et l'UNICEF, et à laquelle adhère l'Algérie par l'intermédiaire du Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière.

On peut expliquer cela d'une part par le fait que la culture de l'allaitement maternel, transmise de mère en fille, n'est pas présente (« Les mères qui veulent parfaire l'allaitement de leurs bébés les allaiteront deux années entières. » {Sourate 2 albaquara- Verset 233}), et cela à cause de l'« occidentalisation » du mode de vie, de l'augmentation exponentielle du taux d'emploi des femmes algériennes, et de l'importante évolution de la médiatisation des différents produits pharmaceutiques, et notamment du lait artificiel, perçu comme la solution la plus confortable se présentant devant une mère qui se réfugie souvent devant le prétexte très subjectif, et souvent erroné, d'une « absence de lactation ».

Cela à part, il ne faut cependant pas négliger le rôle primordial que jouent les professionnels de santé dans la préparation et la sensibilisation des mères. Ainsi, on pense qu'il est indispensable de mettre en oeuvre la stratégie de l'OMS qui s'articule autour de la création d'un comité national pour l'allaitement maternel, le respect du code international sur le commerce des substituts du lait, l'encouragement de l'Initiative "Hôpital Ami des Bébé", des formations médicales continues et, enfin, la promulgation d'une législation en faveur de l'allaitement pour les femmes qui ont une carrière professionnelle. Il est important d'ailleurs que les groupes pharmaceutiques, investis dans l'alimentation infantile, sensibilisent sur l'importance de l'allaitement maternel au cours de la campagne promotionnelle d'un nouveau produit mis sur le marché.

Rappelons enfin, qu'il suffit parfois à une mère de jeter un oeil sur le carnet de santé de son enfant pour comprendre les inégalables avantages de l'allaitement au sein.

4- FACTEURS INFLUENÇANT LE CHOIX ET LA DUREE DU MODE D'ALLAITEMENT

Parmi les femmes ayant initié un allaitement maternel, les multipares avaient 2 fois plus de chance d'allaiter au sein leurs enfant à 6 mois que les primipares.

On note un taux d'allaitement exclusif relativement similaire entre les femmes de différent niveau d'instruction sauf pour les femmes qui n'ont pas suivi d'études ou il est légèrement plus augmenté. On note aussi un allaitement exclusif à 6mois très augmenté chez les femmes qui ont accouché par voie basse (85.2%) par rapport à celles par césarienne

CONCLUSION :

Notre travail révèle une grande insuffisance des connaissances des mères en matière d'allaitement maternel.

-La promotion de l'allaitement maternel doit s'inscrire dans une politique générale de santé publique. La principale action est l'information des femmes sur les bénéfices et la supériorité de l'allaitement maternel 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'allaitement maternel 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.

Référence :

- [1] Prof Cesar G Victora, Rajiv Bahl, Prof Aluísio J D Barros, Dr Giovanny V A França, Prof Susan Horton, PhD Julia Krusevec, Prof Simon Murch, Ph Mari Jeeva Sankar, DM Neff Walker, PhD Nigel C Rollins for The Lancet Breastfeeding Series Group† Volume 387, No. 10017, p475–490, 30 January 2016
- [2] DR Fodhil Chérif chargée du programme alimentaire national au ministère de la Santé « L'allaitement maternel pour protéger le bébé des maladies infantiles » *La Tribune* le 25 - 08 – 2012
- [3] ANAES. Allaitement maternel. Mise en oeuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. 2002. 2001;177.
- [4] OMS . Alimentation au sein exclusive pendant 6 mois pour les nourrissons du monde entier. 2011.
- [5] ministère de la santé ; de la population et de la réforme hospitalière algérienne octobre 2015
- [6] *Labarère J, Dalla-Lana C, Schelstraete C, et al. Initiation et durée de l'allaitement maternel dans les établissements d'Aix et Chambéry. Arch Pediatr 2001 ; 8 :807-15*
- [7] Directive de la commission du 14 mai 1991 concernant les préparations pour nourrissons et les préparations de suite (91/321/CEE). Journal Officiel des Communautés Européennes, 04.07.1991, L 175, p. 35.
- [8] D. Turck *, Comité de nutrition de la Société française de pédiatrie Breast feeding:health benefits for child and mother Archives de pédiatrie 12 (2005) S145–S165
- [9] **V. Rigourda,*b, S. Aubrya, A. Tasseaub,P. Gobalakichenaneb, F. Kieffer b, Z. Assafb,M. Nicloux b, J.-F. Magnyb Allaitement maternel : bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère *Journal de Pédiatrie et de Puériculture, Volume 26, Issue 2, Pages 90-99***
- [10] *www. Unicef/nutrition. fr/ (site de L' unicef)*
- [11] http://www.bebelotus.fr/Files/variations_de_la_composition_du_lait_maternel.pdf
- [12] Turck D. Plan d'action : allaitement maternel. 2010.
- [13] Professeur Boudjelli. ©liberte-algerie.com. 2014. Disponible sur : <http://www.liberte-algerie.com/actualite/lallaitement-maternel-exclusif-en-declin-en-algerie-199854>.
- [14] Gatti L. Maternal perceptions of insufficient milk supply in breastfeeding. Journal of Nursing Scholarship 2008
- [15] Crost M, Kaminski M. L'allaitement maternel à la maternité en France en 1995 : enquête nationale périnatale. Archives de Pédiatrie 1998; 5 : 1316-26.
- [16] Labarère, J., Dalia-Lana, C., Schelstraete, C. et al. 2001. Initiation et durée de l'allaitement maternel dans les établissements d'Aix et Chambéry. Arch Pédiatr 8, 807-15
- [17] Lakati, A., Binns, C., Stevenson, M. 2002. The effect of work status on exclusive breastfeeding in Nairobi. Asia Pac J Public Health 14, 85-90.
- [18] Professeur Boudjelli. ©liberte-algerie.com. 2014. Disponible sur : <http://www.liberte-algerie.com/actualite/lallaitement-maternel-exclusif-en-declin-en-algerie-199854>.

