

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTERE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

ⵜⴰⵎⴻⵔⴰⵏⵜ ⵏ ⵓⵏⵉⵎⵎⴰⵏ ⵏ ⵓⵏⵉⵎⵎⴰⵏ ⵏ ⵓⵏⵉⵎⵎⴰⵏ

UNIVERSITE ABOU BEKR

Faculté de médecine



جامعة أبو بكر بلقايد

كلية الطب

Dr B. BENZERDJEB– TLEMCEN

DEPARTEMENT DE MEDECINE

MEMOIRE DE FIN D'ETUDE POUR

L'OBTENTION DU DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE

Thème :

Enquête sur les facteurs entravant
l'allaitement maternel.

Présenté par :

- OUDGHIRI Warda
- BENDI Abdellah Wissam

Encadrant :

Dr. Benmansour Souheila Amal

Année universitaire : 2023– 2024

REMERCIEMENTS

Louange à Dieu le tout puissant qui nous a donné santé, patience et volonté pour mener à terme notre modeste travail.

Nous tenons à exprimer notre profonde reconnaissance à notre encadrante, Madame "Benmansour Souheila Amal", pour son aide et ses orientations, et pour le temps précieux qu'elle nous a accordé durant toute la période de préparation de cette recherche.

Notre sincère reconnaissance est adressée à tous ceux qui ont contribué au succès de notre stage et qui nous ont aidés lors de la rédaction de ce travail en particulier le personnel médical du service Pédiatrie de l'EHS Tlemcen.

Je voudrais également remercier ma famille, qui a toujours été là pour moi et m'a toujours encouragé dans tous mes choix de vie et même si cela me pousse à être toujours un peu plus loin d'eux. Et pour finir je souhaite évidemment remercier Wissem Bendi Abdellah. Déjà deux beaux chapitres que nous avons écrits ensemble et l'histoire s'embellit au fil des pages.

Résumé

L'allaitement maternel exclusif est recommandé jusqu'à l'âge de 6 mois, ainsi que sa poursuite avec l'ajout d'aliments complémentaires jusqu'à l'âge de 2 ans.

Il s'agit d'une étude analytique menée auprès de 100 femmes au niveau de l'EHS TLEMCEN et EPSP SIDI CHAKER TLEMCEN du 21/12/2023 au 20/05/2024.

Un questionnaire a permis de recueillir les données nécessaires qui ont été saisies et analysées.

Les résultats ont montré qu'il y a plusieurs facteurs qui empêchent le démarrage précoce de l'allaitement tels que le manque d'information, les conseils erronés, l'état psychique et le refus de téter par le bébé.

Les résultats ont montré aussi une association entre l'allaitement maternel et les facteurs qui l'affectent tels que l'âge, le type d'accouchement, le niveau académique, la primiparité et la profession de la maman.

Notre travail a montré que le manque d'information sur l'allaitement maternel était un élément prédominant dans l'arrêt de l'allaitement maternel. Ceci est d'autant plus vrai que la mère est jeune, qu'elle a un niveau d'instruction faible et qu'elle ne travaille pas.

Summary

Exclusive breastfeeding is recommended until the age of 6 months, as its continuation with the addition of complementary foods until the age of 2 years.

This is an analytical study carried out among 100 women at the EHS TLEMCEN and EPSP SIDI CHAKER TLEMCEN from 12/21/2023 to 05/20/2024.

A questionnaire made it possible to collect the necessary data which was entered and analyzed.

The results showed that there are several factors that prevent early initiation of breastfeeding such as lack of information, incorrect advices, mental state and the baby refusal to breastfeeding.

The results also showed an association between breastfeeding and factors that affect it such as age, type of delivery, academic level, primiparity and profession of the mother.

Our word showed that the lack of information on breastfeeding was a predominant element in stopping breastfeeding. This is all the more true if the mother is young , has a low level of education and does not work.

ملخص

يوصى بالرضاعة الطبيعية الحصرية حتى عمر 6 أشهر، وكذلك استمرارها مع إضافة الأطعمة التكميلية حتى عمر السنتين.

هذه دراسة تحليلية أجريت على 100 امرأة على مستوى مستشفى الأم و الطفل بتلمسان و كذلك العيادة متعددة الخدمات بسيدي شاكور تلمسان ما بين 2023/12/21 إلى 2024/05/20 .

وقد أتاح الاستبيان جمع البيانات اللازمة التي تم إدخالها وتحليلها.

وأظهرت النتائج أن هناك عدة عوامل تمنع البدء المبكر بالرضاعة الطبيعية مثل نقص المعلومات والنصائح غير الصحيحة والحالة كما أظهرت النتائج وجود علاقة بين الرضاعة الطبيعية والعوامل المؤثرة عليها كالعمر، النفسية ورفض الطفل للرضاعة الطبيعية ونوع الولادة، والمستوى الدراسي، والبكرية، ومهنة الأم.

اظهر عملنا أن نقص المعلومات حول الرضاعة الطبيعية كان عنصرا سائدا في وقفها وخاصة إذا كانت الأم صغيرة السن, غير عاملة و ذات مستوى تعليمي منخفض.

1 Table des matières

Résumé.....	53
Introduction.....	51
Revue de la littérature	52
1 Définition	1
2 Compositions du lait maternel.....	1
2.1 Protides et substances azotées du lait de femme	2
2.1.1 Les caséines.....	2
2.1.2 Les Protéines solubles.....	3
2.1.3 Les Acides aminés libres.....	3
2.1.4 Substances azotées non protidiques	3
2.2 Lipides du lait de femme	3
2.3 Glucides du lait de femme	5
2.4 Minéraux du lait de femme	5
2.5 Vitamine du lait de femme	6
2.6 Les composants bioactifs du lait maternel	7
3 Epidémiologie	8
3.1 En Afrique	8
3.2 En Algérie.....	8
3.3 Au Maroc	10
3.4 Au Tunisie	10
4 Avantages de l'allaitement maternel	10
4.1 Pouvoir de protection anti-infectieuse du lait de femme	10
4.1.1 Leucocytes du lait maternel	10
4.1.2 Immunoglobulines du lait maternel	10
4.1.3 Lactoférine du lait maternel.....	11
4.1.4 Les enzymes du lait maternel.....	11
4.2 Protection particulière du milieu intestinal du nourrisson alimenté au sein	11
4.3 Rôle dans la croissance et prévention de certaines maladies	12
4.4 Bénéfice pour la mère	12
4.5 Intérêt pour la relation mère enfant.....	13
5 Difficultés de l'allaitement maternel.....	13
5.1 Les crevasses.....	13
5.2 Engorgement mammaire.....	13
5.3 Lymphangites.....	13

5.4	Mastite.....	13
5.5	Muguet au mamelon.....	13
5.6	Canal lactifère bloqué.....	14
5.7	Contamination du lait maternel par des substances toxiques	14
5.7.1	L'alcool	14
5.7.2	Le tabac	14
5.7.3	Les médicaments	14
5.7.4	Les contraceptifs.....	15
6	Evolutivité du lait maternel	15
6.1	Au cours de la journée.....	15
6.2	Au cours de la tétée	16
6.3	Au cours de la semaine.....	16
6.4	Au cours de la période d'allaitement	16
7	Contre-indications de l'allaitement maternel.....	17
7.1	Contre-indications liées à la mère :.....	17
7.2	Contre-indications liées à l'enfant	17
8	Les débuts de l'allaitement.....	17
9	Conseils pour bien allaiter	18
9.1	Peau à peau à la naissance	18
9.2	Avant la mise au sein.....	18
9.3	Au contact du sein et Lors de la succion.....	19
10	Les positions de l'allaitement maternel	19
10.1	Allaitement en position couchée ou inclinée	20
10.1.1	Prise du mamelon incliné.....	21
10.1.2	Prise en sandwich	22
10.2	Position de la madone	23
10.3	Position de la madone inversée	24
10.4	Position du ballon de football	25
10.5	Position couchée sur le côté	25
10.6	Allaitement couchée après une césarienne.....	27
10.7	Allaitement à la verticale ou position koala	27
10.8	Position de la louve	28
10.9	Allaitement en porte-bébé	29
10.10	Position du double ballon de football	30
10.11	Position de la main de Dancer (circonstances spéciales)	31

11	L'allaitement mixte.....	31
	Partie pratique.....	1
1	Problématique	34
2	Méthodologie.....	34
5	Population de l'étude	34
6	Echantillonnage.....	34
	Critères d'inclusion.....	34
	Critères d'exclusion.....	35
7	Déroulement de l'étude	35
8	Traitement des données.....	35
9	Contraintes et difficultés rencontrées.....	35
10	Caractéristiques générales des accouchées	36
11	Présentation des résultats d'entretien adressé aux accouchées.....	40
12	Discussion générale.....	51
	➤ L'âge jeune.....	51
	➤ Le niveau académique faible	52
	➤ La non réalisation des consultations prénatales pour préparation à la naissance	52
	➤ L'activité professionnelle pénible	52
	➤ La durée longue du travail de l'accouchement.....	52
	➤ Vivre dans une famille nombreuse	53
	➤ La grossesse non désirée	53
	➤ L'absence du soutien familial pendant la grossesse	53
	➤ L'accouchement dystocique	54
	Conclusion	55
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	56

Listes des figures

Figure 1 : les positions de l'allaitement maternel.

Figure 2 : position couchée ou inclinée.

Figure 3 : position du mamelon incliné.

Figure 4 : prise en sandwich.

Figure 5 : position de la madone.

Figure 6 : position de la madone inversée.

Figure 7 : position du ballon du football.

Figure 8 : position couchée sur le coté.

Figure 9 : position couchée après une césarienne.

Figure 10 : position du Koala.

Figure 11 : position de la louve.

Figure 12 : position en porte bébé.

Figure 13 : position en double ballon de football.

Figure 14 : position de la main de Dancer.

Liste des tableaux

Tableau 01 : étude comparative d'un lait de femme au 1^{er} mois d'allaitement et d'un lait de vache entier cru.

Tableau 02 : acides aminés essentiels du lait de femme et du lait de vache.

Tableau 03 : répartition des acides gras, des triglycérides du lait de femme et du lait de vache.

Tableau 04 : teneur en vitamines du lait de femme et du lait de vache.

Tableau 05 : prévalence de l'allaitement maternel exclusif chez les nourrissons de 0 à 5 mois en pourcentage.

Tableau 06 : répartition des accouchées selon leur âge.

Tableau 07 : répartition des accouchées selon le nombre d'enfant.

Tableau 08 : répartition des accouchées selon leur niveau académique.

Tableau 09 : répartition des accouchées selon le type d'activité professionnelle.

Tableau 10 : répartition des accouchées selon le mode d'accouchement.

Tableau 11 : les différents facteurs qui freinent la mise au sein.

Tableau 12 : répartition des accouchées qui se plaignaient d'un manque d'information selon leurs tranches d'âge.

Tableau 13: répartition des accouchées qui se plaignaient d'un manque d'information selon le nombre d'enfant.

Tableau 14 : répartition des accouchées qui se plaignaient d'un manque d'information selon leur niveau académique.

Tableau 15 : répartition des accouchées qui se plaignaient de fatigue selon le nombre d'enfant.

Tableau 16 : répartition des accouchées qui se plaignaient de fatigue selon le type d'activité professionnelle.

Tableau 17 : répartition des accouchées qui se plaignaient de préjugés et des conseils erronés selon leurs tranches d'âge.

Tableau 18 : répartition des accouchées qui se plaignaient de l'état physique après l'accouchement selon leurs tranches d'âge.

Tableau 19 : répartition des accouchées qui se plaignaient de l'état physique après l'accouchement selon le type d'accouchement.

Tableau 20 : répartition des accouchées qui se plaignaient de refus de tétée par le nouveau-né selon le nombre d'enfant.

Liste des abréviations

AM : allaitement maternel.

OMS : organisation mondiale de la santé.

IGAB : Interagency group for action on Breastfeeding.

IgA, M, G : immunoglobulines A, M, G.

IGF : insuline like growth factor.

TGF : transforming growth factor.

EGF : lipidermal growth factor.

G-CSF : facteurs de croissance leucocytaire.

IL : interleukine.

TNF α : facteur de nécrose tumorale.

TGF : facteur de croissance transformant.

AGPI : acide gras polyinsaturé.

AA : acide arachidonique.

DHA : acide decosahexénoïque.

UNICEF : United nation international children's emergency fund.

MICS : Multiple indicator cluster surveys.

EASME : enquête Algérienne sur la santé de ma mère et enfant.

MPC : enquête nationale sur la mal nutrition protéine énergétique.

MDG : enquête à indicateurs multiples.

ENPSF : enquête nationale sur la population et la santé familiale.

MNT : maladies non transmissibles.

HAMLET : Human alpha lactalbumin made Lethal to Tumour cells.

IGF : facteur de croissance analogue à l'insuline.

HMO : Human Milk oligosaccharides.

Introduction

L'allaitement maternel est l'un des moyens les plus efficaces de préserver la santé et d'assurer la survie de l'enfant. Cela étant, moins de la moitié des nourrissons sont allaités exclusivement au sein pendant les six premiers mois de la vie comme cela est recommandé par l'OMS.

Le lait maternel est l'aliment idéal pour les nourrissons. Il est sûr, propre et contient des anticorps qui les protègent de beaucoup de maladies infantiles courantes. Le lait maternel apporte toute l'énergie et les nutriments dont le nourrisson a besoin pendant les six premiers mois de vie, et continue de couvrir la moitié ou plus de ses besoins nutritionnels pendant le second semestre de vie et jusqu'à un tiers de ceux-ci pendant la deuxième année.

Les enfants qui ont été allaités au sein obtiennent de meilleurs résultats aux tests d'intelligence et souffrent plus rarement de surpoids, d'obésité ou de diabète par la suite. En outre, les femmes qui allaitent présentent un risque moins élevé de développer un cancer du sein ou des ovaires. Les efforts déployés pour améliorer les taux et la durée de l'allaitement maternel partout dans le monde continuent d'être compromis par la commercialisation inappropriée des substituts du lait maternel.¹

En Algérie le taux d'allaitement maternel à la naissance a largement diminué au cours de ces dernières années en raison de la présence de plusieurs facteurs qui l'affectent, ce qui nous a motivé à faire cette étude qui vise à déterminer ces facteurs entravant l'allaitement maternel sur 100 femmes au niveau de l'EHS mère enfant Tlemcen et EPSP sidi chaker Tlemcen.

Revue de la littérature

1 Définition

S'appuyant sur les travaux de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de L'Interagency Group for Action on Breastfeeding (IGAB), le groupe de travail propose les définitions suivantes :

- le terme allaitement maternel est réservé à l'alimentation du nouveau-né ou du nourrisson par le lait de sa mère ;
- l'allaitement est **exclusif** lorsque le nouveau-né ou le nourrisson reçoit uniquement du lait maternel à l'exception de tout autre ingéstant, solide ou liquide, y compris l'eau ;
- l'allaitement est **partiel** lorsqu'il est associé à une autre alimentation comme des substituts de lait, des céréales, de l'eau sucrée ou non, ou toute autre nourriture. En cas d'allaitement partiel, celui-ci est majoritaire si la quantité de lait maternel consommé assure plus de 80 % des besoins de l'enfant ; moyen si elle assure 20 à 80 % de ses besoins et faible si elle en assure moins de 20 % ;
- la réception passive (par l'intermédiaire d'une tasse, d'une cuillère, d'un biberon) du lait maternel exprimé est considérée comme un allaitement maternel même s'il ne s'agit pas d'un allaitement au sein.²

2 Compositions du lait maternel

Le tableau 1 compare les compositions du lait maternel à la fin du premier mois d'allaitement et du lait de vache non transformé .Les différences quantitatives apparaissent clairement dans le lait de vache comparativement au lait de femme on trouve :

Près de 3 fois plus de protéines, la différence portant surtout sur la caséine, moins de lactose, un taux de minéralisation 4 fois plus important. Mais les différences qualitatives sont encore plus importantes.

Tableau 1 : étude comparative d'un lait de femme au 1^{er} mois d'allaitement et d'un lait de vache entier cru

	unités	Lait maternel mature pour 100ml	Lait de vache pour 100ml
Protéines	g	0.9-1.05*	3.2**
Caséines	g	0.25	2.73
Protéines solubles	g	0.64	0.58
α-lactalbumine	g	0.26	0.11
β-lactoglobuline	g	--	0.36
Lactoferrine	mg	170	Traces
Immunoglobulines	Mg	105	--
Lysozyme	Mg	50	Traces
Taurine	Mg	8***	0.1***
Substances azotées non protéiques	Mg	15	6
Lipides	G	4.0****	3.5**

Acide linoléique	Mg	350***	90**
Glucides	G	7	4.5**
Lactose	G	5.7-5.8	4.5
Oligosaccharides azotés	G	1.2-1.3	--
Energie	Kcal	70	62**
	KJ	292	250**

2.1 Protides et substances azotées du lait de femme

Les substances azotées du lait de femme comprennent un des protéines, des acides aminés libres et des substances azotées non protéiques.

Les protéines représentent environ 80 % des substances azotées. La teneur en protéines du lait de femme et remarquablement faible, entre 8 à 13 g/l. Elle évolue durant la période d'allaitement. Elle passe de 13 g /L en moyenne vers la deuxième semaine à 9 g/L vers le 2eme mois et à 8 g/l vers le 4eme mois.

Dans les protéines, on distingue les caséines et les protéines solubles la proportion de caséines et de protéines solubles varie au cours de la période d'allaitement. La synthèse de caséine est faible en début de lactation avec une proportion lactalbumine/ caséine de 90/ 10. Ce rapport passe à 60/ 40 dans le lait mature puis à environ 50/ 50 après le 4eme mois d'allaitement.

On trouvera dans le tableau 2 les teneurs respectives moyennes du lait de femme et du lait de vache en acides aminés essentiels. L'indice chimique des protéines du lait de femme et égal à 100 alors que celui du lait de vache et de 70.

Tableau 2 : acides aminés essentiels du lait de femme et du lait de vache .

Acides aminés (mg)	Lait de femme pour 100ml	Lait de vache pour 100ml
Histidine	22	95
Isoleucine	68	228
Leucine	100	350
Lysine	73	277
Méthionine	25	88
Phénylalanine	48	172
Thréonine	50	164
Tryptophane	18	49
Valine	70	245

2.1.1 Les caséines

Elle constitue 40 % des protéines du lait de mère (pour 80 % de celles du lait de vache). On identifie dans le lait maternel 4 caséines bien individualisées distinguées par β , α , γ , κ . La caséine κ , contient environ 50 % de glucides. Elle est hautement glycosylée par sa fraction C terminale et à des effets bifidogènes.

Les caséines sont des protéines dispersées dans le lait sous forme de micelles de phosphocasinatate de calcium. Elles précipitent au milieu acide, en particulier dans l'estomac sous l'influence des sécrétions gastriques. Pour le lait maternel, cette coagulation se fait en flocons assez petits, facilement attaqués. Par les enzymes digestives.

2.1.2 Les Protéines solubles

Un pourcentage élevé de protéines 60 % ne précipite pas avec les caséines elles sont dites solubles. Le composé principal est une β -lactalbumine (50 à 60% des protéines solubles, deux fois plus que dans le lait de vache). Le lait de la femme ne contient pas de β -lactoglobuline qui est la protéine allergisante majeure du lait de vache.

Les autres protéines solubles du lait maternel ne sont pas des nutriments au sens propre du terme mais elles tirent leur intérêt d'action physiologique spécifique:

Les immunoglobulines en particulier IgA deux types sécrétoire(0,5 à 1 g/l dont nous parlerons à propos du rôle anti-infectieux du lait de mère,

La lactotransferrine qui n'est pas seulement la protéine transporteuse du fer mais qui a aussi une action anti-infectieuse sur laquelle nous reviendrons également,

Des enzymes : amylases, ocytocinases, lactoperoxydase, xanthineoxydase, lipase et lysozymes dans le reparlerons aussi à propos du pouvoir anti-infectieux,

Des protéines plasmatiques diverses : properdine ,complément, haptoglobine, céruloplasmine, Des facteurs de croissance comme l'insuline like growth factor(IGF_1), le transforming growth factor(TGF), les facteurs de croissance leucocytaire(G_ CSF) et lipidermal growth factor(EGF) qui a une action trophique sur les muqueuses gastriques et intestinales.

On y trouve aussi des protéines de liaison des folates, des vitamines B12 et D, de la thyroxine et des corticostéroïdes ainsi que différentes cytokines aussi bien pro-inflammatoires (TNF α , IL_1 β , IL_6, IL_8, IL_12) qu'anti inflammatoires (IL_10, TGF_ β 2) dont le rôle physiologique et complexe.

2.1.3 Les Acides aminés libres

Ils représentent environ 5 % du total des substances azotées, 3 fois plus que dans le lait de vache. Un intérêt particulier a été porté à la taurine, composé azoté essentiel considéré comme acide aminé dans lequel le radical acide n'est pas un acide organique _ COOH, mais un radical- SO₃H. Le lait maternel en contient environ 40 mg /l alors que de vache et dépourvu. Ce composé intervient dans la conjugaison des acides biliaires qui favoriseraient l'absorption des graisses. Il agit comme neurotransmetteur dans le cerveau et la rétine de certaines espèces. Un rôle de modulateur de la croissance a été mis en évidence chez le singe et sur des cultures de cellules humaines. Aucun indice ne permet à l'heure actuelle de mettre en évidence une répercussion de la carence en taurine sur le développement des enfants. Néanmoins la plupart des laits adaptés pour nourrisson on contient.

2.1.4 Substances azotées non protidiques

Leur proportion est importante, de 15 à 20 % du total des substances azotées alors qu'elles ne représentent que 6 % dans le lait de vache. Elles comprennent de l'urée (50 %), de l'acide urique, de la créatinine, de la carnitine, des polyamines et des nucléotides. Les nucléotides favorisent l'absorption du fer et augmentent les défenses immunitaires en stimulant la prolifération des cellules.

2.2 Lipides du lait de femme

Pour le lait de femme comme pour le lait de vache, la moitié de l'énergie est fournie par les lipides. La teneur en lipides du lait de femme (40 g/l) est proche de celle du lait de vache (35 g/l en moyenne) mais la digestibilité coefficient d'absorption des graisses du lait de femme sont très supérieurs. La meilleure digestibilité des graisses tient à la présence dans le lait de femme d'une lipase qui compense, au niveau duodénal, le défaut de lipase pancréatique. S'y ajoute également la structure différente des triglycérides.

Si la teneur en substances azotées et maintenue remarquablement stable d'une région à l'autre et ce quelle que soit l'alimentation de la mère, la teneur en lipides varie d'avantages en fonction de l'alimentation. Elle peut passer de 30 à 45 g/l dans des pays à niveau de vie élevé et diminuer à 11 g/l pour des mères de contrées défavorisées. La teneur en lipides varie aussi avec le temps : au court même de la tétée, au cours de la journée et au cours de la période d'allaitement. Comme on le voit dans le tableau 03 ; 98 à 99 % des lipides du lait maternel sont des triglycérides, le reste étant des phospholipides, des cholestérols, des lécithines, des acides gras libres, des mono et diglycérides.

La différence essentielle entre les laits de femme et de vache et dans la nature des acides gras qui entrent dans la composition des triglycérides. Le lait de mère est plus riche en acides gras polyinsaturés(AGPI), c'est-à-dire possédant une double liaison entre les carbones de leur molécule : des acides gras essentiels et leurs homologues supérieurs, en particulier l'acide arachidonique (AA) dont la composition est relativement stable de l'ordre de 0, 5 % des acides gras totaux et l'acide decosahénoïque(DHA) dont la composition varie en fonction de l'alimentation de la mère dans des proportions de 5 à 10. Leur rôle est démontré dans la maturation cérébrale et rétinienne.

Parmi ces acides gras insaturés, l'acide linoléique, précurseur de la série n-6, et l'acide α -linoléique, précurseur de la série n-3, non synthétisés par l'organisme humain, ont un intérêt tout particulier : ils jouent un rôle important dans l'édification des structures neuronales et dans la synthèse des prostaglandines. Les taux d'acide linoléique et d'acide arachidonique mesurés chez le nourrisson allaité au sein sont nettement plus élevés que chez le nourrisson allaité au lait de vache adapté.

Tableau 3 : répartition des acides gras ,des triglycérides du lait de femme et du lait de vache.

Saturation	Acides gras	(nb atomes carbone) : nb double liaisons)	Lait de femme %molaire	Lait de vache %molaire
Acides gras saturés	Ac. Caprique	10	51-52	67-68
	Ac. Aurique	12		
	Ac.myristique	14		
	Ac.palmitique	16		
	Ac. Stéarique	18		
Acides gras mono insaturés	Ac.palmitoléique	16 :1	29-30	24-25
	Ac. Oléique	18 :1		
Acide gras polyinsaturés	Ac. Linoléique	18 :2	17-19	4-5
	Ac. α linoléique	18 :3		
	Ac.éicosatriénoïque	20 :3		
	Ac. Arachidonique	20 :4		
	Ac.docosatétraénoïque	22 :4		
	Ac.docosapentaénoïque	22 :5		
	Ac.docosahénoïque	22 :6		

Des détails de structure (acide palmitique en position 2 dans les triglycérides du lait de vache en position 1 ou 2 dans ceux du lait de mère) rendent les graisses du lait maternel plus assimilables : elles sont facilement hydrolysées par l'action conjuguée de la lipase du lait et de la lipase gastrique de l'enfant.

On notera aussi que la composition en acides gras du lait maternel est fortement dépendante de l'alimentation de la mère, avant (lipides stockés dans le tissu adipeux) et pendant l'allaitement. Une analyse récente réalisée en France a montré une diminution de l'acide linoléique au profit de l'acide α -linoléique, ce qui rééquilibre le rapport de ces deux types de famille d'acides gras. Ceux-ci semblent dû à la modification des habitudes alimentaires des dernières années et en particulier à l'augmentation de consommation de l'huile de tournesol.

Le lait de femme est riche en cholestérol (150 à 200 mg/ litre). Il faut rappeler le rôle du cholestérol dans la structure des membranes, comme précurseur hormonal et dans le développement cérébral.

2.3 Glucides du lait de femme

Les glucides totaux du lait humain sont plus abondants 67 à 75 g par litre que ceux du lait de vache 45 à 50 g/l).

Leur constituant principal est le lactose (57 à 63 g/l), disaccharide formé de glucose et de galactose. Les autres constituants glucidiques du lait de femme (7 à 12 g/litre) sont des oligosaccharides de formule très diverses. On en connaît une cinquantaine, parmi lesquels on distingue des oligosaccharides neutres non azotés, des oligosaccharides azotés et des oligosaccharides acides constitués de 5 sucres élémentaires glucose, galactose N-acétylglucosamine, fucose, acide sialique de structure ramifiée, ils représentent de véritables prébiotiques. Non digestibles au niveau du grêle, ils jouent un rôle essentiel dans la mise en place de l'écosystème bactérien colique dominé, chez l'enfant au sein par les bifidobactériens en particulier *Bifidobacterium bifidum* (ex *Lactobacillus bifidus*). Le rôle, dans la protection digestive et extra digestive et maintenant bien documenté. Ils sont incorporés dans des oligosaccharides ou dans des glycopeptides.

2.4 Minéraux du lait de femme

Le lait de femme est 3 à 4 fois moins riche en sels minéraux que le lait de vache est sa composition est différente.

La première conséquence en est une faible charge osmolaire rénale (93m osmol/l) alors qu'elle est beaucoup plus élevée pour le lait de vache (308 mosmol/l). La charge osmolaire rénale correspond aux éléments du régime éliminé par le rein. Elle est estimée selon la méthode de Ziegler et Fomon modifiée par broyeur. Le pouvoir de concentration du rein peut-être dépassé dans les premiers jours de la vie chez un nourrisson alimenté au lait de vache lorsque la température ambiante est élevée et l'apport d'eau limité. Ce risque n'existe pas chez l'enfant alimenté au sein.

Au-delà du point de vue quantitatif global, la composition élémentaire du lait de femme est aussi plus favorable. Nous porterons notre attention sur le sodium, le calcium, le phosphore et le fer :

- Il y a 100 à 200 mg de sodium, soit 4 à 9 mmol dans un litre de lait de femme quand 350 à 500 mg soit 15 à 21 mmol, pour le lait de vache. La quantité de sodium se révèle être suffisante et contribue, on l'a vu, au faible pouvoir osmolaire du lait maternel ;

- Il y a 4 fois moins de calcium et 6 à 7 fois moins de phosphore dans le lait de mère que dans le lait de vache. Cela tient à la différence de teneur en caséines auxquelles sont liés au calcium et du phosphore. Cette pauvreté relative du lait humain n'a pas d'inconvénient. L'apport de calcium est suffisant parce que l'absorption intestinale du calcium du lait de femmes est très élevée, de plus le rapport Ca/P est plus favorable : 2 contre 1, 3 dans le lait de vache ;
- Le fer se trouve à des taux comparables dans les deux laits mais son utilisation est nettement supérieure dans le cas du lait de femme en raison de la présence de ligands qui en facilitent l'absorption. Cependant après l'âge de 6 mois, l'apport en fer par le lait maternel exclusif devient insuffisant et une supplémentation médicamenteuse peut apparaître nécessaire si l'alimentation diversifiée ne couvre pas les besoins.

D'autres oligo-éléments sont présents dans le lait maternel : zinc, cuivre, Molybdène, manganèse, cobalt Y, iode, sélénium. Ils interviennent comme cofacteurs enzymatiques intracellulaires dans de nombreuses réactions.

2.5 Vitamine du lait de femme

La composition en vitamine du lait de femme comparée à celle du lait de vache est donnée dans le tableau 4.

L'apport en vitamine C est convenablement assuré par l'allaitement au sein, les besoins quotidiens du nourrisson étant de 50 mg/ jour et la vitamine subissant aucune dégradation.

Tableau 4 : teneur en vitamines du lait de femme et du lait de vache.

Substances	Unités pour 100ml	Lait de femme		Lait de vache
		D'après B.blanc	D'après B.L.salle	D'après Ciquel
Vitamine A	µg	54	60.9	39
Vitamine B1	µg	15	180	50
Vitamine B2	µg	38	31	170
Niacine	µg	170	230	160
Vitamine B6	mg	13	56	20
Acide pantothénique	mg	210	260	350
Acide folique	mg	0.19	5.2	3
Vitamine B12	mg	0.05	0.001	0.18
Vitamine C	mg	4.4	3.8	0.6
Vitamine D	UI	--	20-30	1.2
Vitamine E	mg	520	350	70

La teneur en vitamine D du lait de femme est faible 4 à 40 UI/L (01 à 1 ug/L). Elle dépend de l'exposition au soleil de la mère pendant la grossesse, de sa pigmentation cutanée et son alimentation. Les besoins sont globalement évalués à 400 UI/jour aux États-Unis et de 1000 à 1200 UI / jour en

France. L'apport en vitamine D apparaît insuffisant. La persistance dans certaines régions, d'une fréquence élevée d'enfant de moins de 1 an ayant, à la fin de l'hiver, des taux de 25hydroxy- vitamine D bas justifie des rapports en vitamine D devant à 25 ug / 24 heures (800 à 1000UI) de la naissance à 18 mois que l'enfant soit alimenté au sein ou avec une préparation pour nourrissons. Le lait de femme contient beaucoup moins de vitamine K (1 à 2ug/L) que le lait de vache. Le transfert transplacentaire de cette vitamine est faible. De plus, la flore intestinale initialement absente et restant relativement pauvre en bactéries synthétisant les métaquinones (K2) chez l'enfant au sein, il apparaît préférable d'assurer une supplémentation hebdomadaire orale à raison de 2 mg de vitamine K1 durant la période d'allaitement maternel exclusif.

Le lait maternel contient également des vitamines du groupe B, de l'acide folique, de l'acide pantothénique et de la biotine en quantité moins importante que dans le lait de vache. Leur taux dépend de l'alimentation maternelle. Une alimentation maternelle variée couvre les besoins du nourrisson. Il est nécessaire d'assurer une supplémentation de vitamine B12 si la mère est végétarienne³.

2.6 Les composants bioactifs du lait maternel

- Des cellules, comme les cellules souches qui ont pour fonction la génération et la réparation.
- Des immunoglobulines, comme les IgA qui inhibent la fixation d'agent pathogène.
- Des anticorps, leur concentration évolue en fonction du temps et diminue de plus de 90 % après un mois, ce qui peut s'expliquer par le fait que le bébé développe son propre système immunitaire.
- Des cytokines, impliquées dans les processus de l'inflammation.

- Des myosines, qui vont agir sur le système immunitaire.

- Des facteurs de croissance. Par exemple, un facteur de croissance impliquée dans la réparation des tissus.

- Des hormones.

- Des antimicrobiens, dans la Lactoférine qui se lit offert et qui a des propriétés antimicrobiennes et anti oxydantes.

- Des mucines, issues de la membrane plasmique maternelle, qui vont bloquer les infections virales et bactériennes.

- Les oligosaccharides, dont la plupart connu étant les Human Milk oligosaccharides (HMO) constituent le troisième composant solide le plus important du lait maternel et agissent en tandem avec d'autres composants bioactifs. Les niveaux et la distribution individuels des HMO varient considérablement entre les mères en fonction de plusieurs variables, telles que le statut de sécrétrice, la race, la région géographique, les conditions environnementales, la saison, le régime alimentaire maternel, le poids, l'âge gestationnel et le mode d'accouchement. Les HMO améliorent la barrière gastro-intestinale et favorisent également un microbiote intestinal riche en bifidobactéries, qui protège contre les infections, renforce la barrière épithéliale et crée des métabolites

immunomodulateurs. Les HMO remplissent diverses fonctions physiologiques, notamment un soutien potentiel au système immunitaire, au développement du cerveau et à la fonction cognitive.

Les HMO permettent une stimulation de la réponse immunitaire. Ils semblent également offrir une protection contre les maladies infectieuses, y compris un certain nombre d'infections virales difficiles à gérer. Bien que le mécanisme potentiel de la protection antivirale des HMO soit assez large, la plupart des travaux expérimentaux actuels se sont concentrés sur l'étude des propriétés anti adhésives des HMO. Les HMO peuvent imiter les structures des récepteurs viraux et bloquer l'adhérence aux cellules cibles, empêchant ainsi l'infection⁴.

3 Epidémiologie

3.1 En Afrique

La prévalence de l'allaitement maternel exclusif en Afrique est de 43,6 pour cent, juste en dessous du taux mondial de 44 pour cent, bien qu'elle soit beaucoup plus faible en Afrique australe (33,5 pour cent) et en Afrique de l'Ouest (32,3 pour cent) et nettement plus élevée en Afrique de l'Est (60,7 pour cent). Il n'y a pas de données disponibles pour l'Afrique centrale pour 2019. La plupart des pays et toutes les sous-régions dont les données sont disponibles affichent une amélioration, bien que pour l'Afrique du Nord, l'amélioration soit relativement marginale.

Tableau 5 : prévalence de l'allaitement maternel exclusif chez les nourissons de 0 à 5 mois en pourcentage.

	Monde	Afrique	Afrique centrale	Afrique de l'Est	Afrique du Nord	Afrique australe	Afrique de l'Ouest
2012	37.0	35.5	28.5	48.6	40.7		22.1
2019	44.0	43.6		60.7	42.1	33.5	32.3

De toutes les sous-régions, seule l'Afrique de l'Est est en passe d'atteindre la cible en matière d'allaitement maternel exclusif fixé par l'OMS pour 2030. L'Afrique du Nord et l'Afrique de l'Ouest ne sont pas en passe de l'atteindre mais ont fait quelques progrès, tandis que pour l'Afrique centrale et l'Afrique australe, aucune évaluation n'est possible. Le Collectif mondial pour l'allaitement maternel, dirigé par le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et l'OMS, a identifié sept actions nécessaires pour permettre aux femmes d'allaiter: des programmes d'allaitement suffisamment financés, la réglementation de la commercialisation des substituts du lait maternel, la protection de la maternité sur le lieu de travail, le respect de l'Initiative Hôpitaux amis des bébés, l'accès aux conseils et à la formation en matière d'allaitement maternel, la disponibilité de programmes de soutien communautaire et une surveillance constante⁵.

3.2 En Algérie

Concernant les données épidémiologiques, malheureusement, on assiste à un déclin du taux de l'allaitement maternel en Algérie. La situation reste préoccupante même si les chiffres ont connu une petite évolution ces dernières années. L'enquête MICS de 2006 a rapporté un taux alarmant de 7% de taux d'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de six mois et une sonnette d'alarme a été tirée à cette époque. L'Algérie s'est engagée dans la stratégie mondiale de la nutrition pour le nourrisson et le jeune enfant. Ce qui a permis de faire face à cette situation et d'élever le taux d'allaitement maternel à 28,7 %, selon la dernière enquête MICS de 2019. Ce chiffre reste en-dessous des recommandations de l'OMS pour atteindre un taux d'au moins 50% à l'horizon 2025.

Selon l'enquête par grappes à indicateurs multiples (MICS3) réalisée en 2006 (MICS3, 2006), le taux d'allaitement ne représentait que 7%. Un taux très faible si on le compare à celui de nos voisins ; le Maroc et la Tunisie, ce dernier représentait respectivement 30% et 50%. A cette époque, une réelle sonnette d'alarme a été tirée pour faire face à cette situation, ce qui a poussé l'Algérie à s'engager au cœur de la stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant à travers le programme de l'OMS1 et l'UNICEF2. En effet, les deux programmes conseillent et recommandent un allaitement maternel exclusif dès la naissance et pour les six premiers mois de vie, dans le but de réduire la mort des enfants de moins de 5 ans et prévenir les pathologies infantiles (TCHNAR S, 2016/2017.). En outre, depuis 2012, l'allaitement au sein connaît un regain d'avancée remarquable ; le taux de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de six mois est estimé à 28.7% en 2019 (MICS6, 2019). Les résultats de recherche sur l'allaitement en Algérie, relèvent que le nombre de femmes qui donnent le sein à leur bébé à la naissance est important mais, c'est l'abandon précoce de l'allaitement au sein, au cours des trois premiers mois, qui est alarmant. La durée moyenne baisse d'une manière inquiétante, 16 mois en 1975, 12 mois en 1982, et 6 mois en 1992. (AOUICHAT S S, 2010). L'enquête de 1975 sur la malnutrition montre que 89,9% des enfants de moins de 3 mois et 81% des enfants âgés de 3 à 9 mois bénéficient de l'allaitement au sein. (MPC, 1975.) Une autre étude démontre que ,64.5% des survivants de moins de 2 ans ont reçu l'allaitement au sein dont 36,8% d'allaitement maternel exclusif et 25,9% d'allaitement mixte ,le taux d'allaitement est de 82,6% pour les moins de 1 mois et de 17,4% pour ceux âgés entre 18 et 24 mois selon la même source (UNICEF , 1985-1989.). Les enquêtes réalisées durant les années 90, confirment les tendances déjà observées dans les études précédentes. Ces enquêtes montrent que l'allaitement au sein reste une pratique très répandue durant les premières heures de naissances avec une proportion de 91% et que 50% des enfants sont nourris avec un autre lait à partir de l'âge de 03 mois. (EASME, 1994) Par ailleurs une autre enquête montre que la proportion des enfants nourris exclusivement au sein avant l'âge de 4 mois est de 48 %. (MDG, 1995). Les indicateurs d'allaitement depuis 2000 à ce jour, révèle que le taux d'allaitement précoce dans les 30 minutes qui ont suivi l'accouchement, représente respectivement 49.5%,35.7%et 32.9% ce taux est en baisse continue. Les rapports d'enquêtes par grappes confirment que les femmes allaitent de plus en plus, le taux d'allaitement exclusif est passé de 7% en 2006 à 25.7% en 2012 pour atteindre 28.7% en 2019, mais cela reste toujours faible par rapport aux recommandations de l'OMS. Si on compare ces résultats avec les données fournies en 1975 par l'enquête sur la malnutrition de l'enfant en Algérie, l'allaitement est considéré comme la principale composante de la nutrition infantile algérienne 81% des enfants âgés de 6 à 9 mois bénéficient de l'allaitement. (MICS3, 2006). La poursuite de l'allaitement est influencée par plusieurs facteurs, certain études ont conclu que, les mères issues des classes moyennes et supérieures avec un niveau de scolarité assez élevé sont plus nombreuses à décider d'allaiter. D'autre étude démontre l'importance du soutien social, une enquête rapporte que les mères qui ont décidé d'allaiter sont celles qui avaient reçu plus de soutien, par exemple le conjoint joue un rôle important et peut influencer la décision de la future mère et peut être une source de soutien de la première tétée tout ou long de la période d'allaitement. Un autre soutien de type informatif comme les services de soins et services infirmiers fournissent des points de contact utiles aux femmes enceintes et aux mères allaitantes pour aider les mères à adopter les meilleures habitudes d'allaitement, les hôpitaux et autres établissements de soins infirmiers⁶.

3.3 Au Maroc

La mise au sein précoce dans l'heure qui suit l'accouchement est passé de 26,8% (ENPSF, 2011) à 42,6% (ENPSF, 2018). Aussi, l'allaitement maternel exclusif est passé de 27,8% (ENPSF, 2011) à 35% (ENPSF, 2018). Ceci interpelle tous les acteurs œuvrant dans le domaine de la santé à renforcer les actions pour l'amélioration et la protection de cette pratique qui est un déterminant essentiel de la santé de l'enfant⁷.

3.4 Au Tunisie

Malgré tous les bénéfices de l'allaitement maternel, sa pratique en Tunisie reste faible, comme le montrent les résultats des enquêtes nationales MICS 4 et MICS 6 réalisées respectivement en 2012 et 2018 et qui ont révélé des taux d'AM exclusif à 8.5 % en 2012 et à 13.5 % en 2018 des nourrissons de moins de six mois alors qu'au niveau mondial ce taux est de 44% (UNICEF, 2019). Avec une insécurité alimentaire exacerbée en raison de Covid-19, la Tunisie est confrontée à un double défi: un nombre croissant d'enfants qui n'ont pas un accès adéquat à la nourriture et un nombre croissant d'enfants en surpoids, donc prédisposés aux MNT (maladies non transmissibles)⁸.

4 Avantages de l'allaitement maternel

4.1 Pouvoir de protection anti-infectieuse du lait de femme

La protection contre les infections qu'assure aux nouveau-nés et aux nourrissons l'allaitement au sein et un fait bien établi cette protection concerne les risques d'infection digestive mais aussi les infections de la sphère ORL, des infections pulmonaires urinaires et même méningées. Les dispositifs biologiques qui y contribuent sont les suivants : leucocytes, immunoglobuline, substance à action bactériostatique ou bactéricide (lactotransferrine, lysozyme).

4.1.1 Leucocytes du lait maternel

Dans le clostrum, on trouve entre 5.10^5 et 5.10^7 cellules/ml, ce chiffre chute très rapidement en fin de première semaine d'allaitement 35 à 55 % des cellules du Clostrum sont des macrophages, 30 à 35 % des neutrophiles, 5 à 10 % des lymphocytes (dont 70 % de type T et 30 % de type B). Au cours de la lactation ces cellules sont progressivement remplacées par des cellules épithéliales alvéolaires, après plusieurs mois, les macrophages ne représentent plus que 5 à 25 % de la population cellulaire et les lymphocytes sont devenus très rares. Ces cellules agissent de deux façons :

en sécrétant des substances à action anti-infectieuses, d'une part, et en exerçant une action destructrice sur certains germes, d'autre part les macrophages synthétisent les fractions C3, C4 et C5 du complément, la lactotransferrine, le lysozyme, le glycopeptide de bezkorovainy, considéré comme facteur de croissance de *Lactobacillus bifidus*, et un acide gras à action anti staphylococcique. Les lymphocytes ont un rôle anti-infectieux par leurs cytokines (interleukines 2, 3, 4, 10, interférons gamma pour les lymphocytes T et les IgG, IgM pour les lymphocytes B). L'action directe des macrophages a été établie sur *klebsiella pneumoniae*, elle existe probablement sur d'autres germes.

4.1.2 Immunoglobulines du lait maternel

Ce sont surtout des IgA sécrétoires. Cette structure résiste aux variations de pH et aux agents protéolytiques du tube digestif dans lesquels elle parvient en conservant son pouvoir immunisant alors que pendant une période transitoire, la sous muqueuse intestinale du nouveau-né et du nourrisson ne produit pas encore d'IgA de façon autonome.

Les informations recueillies au niveau de l'intestin et de l'appareil respiratoire sur la présence de tel ou tel germe ou de tel ou tel virus sont transmises aux leucocytes de la glande mammaire par les lymphocytes T, permettant la synthèse d'anticorps spécifique. L'apparition d'anticorps spécifique et également en rapport avec les infections contre lesquelles la mère a été vaccinée ou s'est spontanément immunisée.

Les IgM et les IgG du lait ne sont pas produites sur place; elles proviennent du sérum et leur mode d'action et le même, leur taux est fait par rapport à celui des IgA. Elles sont dégradées dans le tube digestif, ce qui explique la présence d'anticorps anti-érythrocytaires (anti RH, anti A ou Anti B) dans le lait ne présente pas d'inconvénient.

4.1.3 Lactoférine du lait maternel

Protéine de transport du fer, elle a également une action bactériostatique sur de nombreux germes. Son pouvoir anti-infectieux diminue fortement quand elle est saturée en fer, ce qui a conduit certains auteurs à préconiser la modération dans le traitement des anémies hypochromes. En fait, la saturation n'est jamais obtenue dans les conditions normales et cette prudence n'est pas justifiée. Son action est renforcée en présence d'immunoglobulines spécifiques. Dans le clostrum, elle est protégée de l'action des enzymes digestives par un facteur antitrypsique.

4.1.4 Les enzymes du lait maternel

Le lysozyme au muramidase est une mucopolysaccharidase à propriétés bactéricide que l'on trouve dans toutes les sécrétions (larmes, salive, sécrétion bronchique, etc.). Autre substance à action anti-infectieuse du lait maternel: on trouve de petites quantités d'Alpha 1 antitrypsine, de properdine, d'interféron, de facteurs constituants du complément.

4.2 Protection particulière du milieu intestinal du nourrisson alimenté au sein

Le passage dans le tube digestif des immunoglobulines A, du lysozyme, de lacto transferrine et probablement d'autres substances protectrices exercent un effet anti-infectieux au niveau de l'intestin grêle. Au niveau du colon, le milieu intestinal est caractérisé par son acidité (pH 5, 1) qui exerce un effet bactériostatique sur de nombreux germes négatifs. Cette acidité est due à l'acide carbonique produit par le *Bifidobacterium bifidum*, précédemment appelé *Lactobacillus bifidus*, qui prolifère largement dans le milieu intestinal de l'enfant nourri au sein. Il se développe grâce à des facteurs de croissance spécifiques : facteur bifidus à base d'oligosaccharide azotés, de glycopeptide (glycopeptide de bezkorovainy). Ce *Lactobacillus bifidus*, peu présent dans le lait de vache, inhibe la croissance potentiellement dangereuse de différentes entérobactéries et des germes en anaérobie. Dans cette étude rapide, il ressort que les dispositifs biologiques que le lait maternel met à la disposition du nourrisson pour se protéger contre les infections se complètent et se renforcent mutuellement, formant un ensemble d'une grande efficacité.

D'une manière générale, les moyens de défense apportés par le lait sont essentiellement passifs et font appel à l'inhibition de croissance et au défaut d'adhésion des micro-organismes sur l'épithélium intestinal.

*****Limite de la protection**

Il faut rappeler et insister sur le fait que les vertus protectrices du lait maternel ne s'exercent pleinement que dans l'allaitement au sein direct. Toutes les méthodes d'assainissement ou de conservation altèrent ou détruisent les facteurs anti-infectieux. La méthode la moins nuisible et la conservation à - 20 degrés : elle conserve les immunoglobulines et les substances anti-infectieuses mais elle détruit les macrophages et les fractions du complément.

4.3 Rôle dans la croissance et prévention de certaines maladies

Parmi les composants du lait maternel on trouve les acides aminés et les acides gras qui assurent une bonne croissance et un bon développement cérébral et sensoriel. Bénéfice pour l'enfant au-delà de la période d'allaitement: On a vu l'intérêt de l'allaitement maternel dans les premiers mois. Le rôle bénéfique se poursuit au-delà point il a été mis en évidence 4 bénéfices de l'allaitement maternel exclusif mené pendant au moins un mois :

- une amélioration de l'index de masse corporelle, une prévention de surpoids à 6 ans, une limitation de l'avance du rebond d'adiposité. Ce bénéfice se poursuit jusqu'à l'adolescence.
- La diminution du LDL cholestérol diminuerait le risque cardiovasculaire. De même, il a été décrit une diminution minime de la pression artérielle systolique à l'âge adulte chez les personnes ayant reçu un allaitement maternel ;
- La prévention du diabète de type 1 par l'allaitement maternel et encore discutée et les études menées montrent des résultats discordants. En revanche chez les enfants à risque atopique, il est montré qu'un allaitement durant 3 mois réduit le risque d'asthme entre 2 et 5 ans , l'incidence de la dermatite atopique et également réduite dans les familles à risque;
- De nombreuses études ont suggéré un bénéfice pour le développement neurologique, psychomoteur et cognitif de l'enfant. En résumé pour que le bénéfice de l'allaitement maternel soit nettement significatif, il faut qu'il soit conduit au 3 mois de façon exclusive et au mieux 6 mois cependant un allaitement maternel même partiel reste bénéfique.

4.4 Bénéfice pour la mère

L'allaitement facilite les suites de couches. En effet, les sécrétions hormonales provoquées par la mise au sein diminuent les risques d'infection post-partum et aident l'utérus à retrouver plus vite sa forme et sa tonicité.

Les risques d'ostéoporose ne sont pas accrus en cas d'allaitement car la densité osseuse redevient normale après le sevrage.

La perte de poids est plus rapide dans les 6 mois d'allaitement.

Il a aussi été démontré que l'allaitement diminue les risques de cancer de l'ovaire (parce qu'il induit à une aménorrhée).

Il diminue aussi le risque du cancer du sein avant la ménopause, cette réduction du risque de cancer du sein par l'allaitement maternel pourrait s'expliquer par deux mécanismes : la différenciation du tissu mammaire et la réduction du nombre de cycles ovulatoires au cours de la vie.

La sécrétion d'agents anticancéreux du lait maternel aide également à détruire les cellules cancéreuses. La protéine sécrétée en question, nommée **HAMLET** (Human Alpha lactalbumin Made Lethal to Tumour cells), un complexe d'alpha-lactalbumine et d'acide oléique. Celui-ci induit l'apoptose uniquement dans les cellules tumorales, tandis que les cellules différenciées normales sont résistantes à ses. De nombreuses études récentes sont en cours afin d'étudier les propriétés prometteuses de cette molécule.

Enfin, une autre explication se porterait sur les concentrations sériques d'insuline, réduites par l'allaitement. Des concentrations importantes d'insuline entraînent des concentrations sériques importantes d'IGF-1 (facteur de croissance analogue à l'insuline), facteur de risque établi du cancer du sein.

4.5 Intérêt pour la relation mère enfant

L'allaitement maternel prolonge la grossesse et favorise une intimité étroite, un plaisir échangé pour cette étroitesse de la relation mère-enfant favorise les échanges dans une dynamique que les psychiatres appellent spirale transactionnelle, c'est-à-dire le renforcement du bien-être de la mère par celui de son enfant est réciproquement³.

5 Difficultés de l'allaitement maternel

Quelques troubles liés à l'allaitement peuvent apparaître chez la mère et conduire à son arrêt :

5.1 Les crevasses

Des douleurs peuvent survenir pendant les premiers jours de l'allaitement. Si elles persistent ou que des rougeurs, des gerçures ou des crevasses apparaissent, il faut modifier la position de bébé.

5.2 Engorgement mammaire

Il entraîne une distension douloureuse des seins qui rend l'allaitement particulièrement pénible. Pour le prévenir, il convient de bien vider le sein avant de passer à l'autre et de les alterner d'une tétée à l'autre. Si un engorgement mammaire apparaît malgré tout, la pression manuelle des seins sous une douche chaude permet de soulager la mère.

5.3 Lymphangites

Elles sont plus rares, mais elles justifient parfois un avis spécialisé car une antibiothérapie peut être nécessaire en cas d'évolution défavorable.

5.4 Mastite

Est une infection surtout causée par une bactérie. Elle survient plus souvent si la mère a des blessures au sein (crevasses) ou un engorgement prolongé. La mère a des courbatures, des frissons et de la fièvre. Le sein peut présenter une bosse, être dur, rouge et douloureux.

5.5 Muguet au mamelon

Le muguet est causé par un champignon. Il peut affecter à la fois la mère et le bébé. Chez le bébé, il se manifeste sous la forme de taches blanches dans la bouche qui persistent quand on les frotte, et il peut causer des rougeurs sur les fesses (érythème fessier). La mère peut ressentir de la douleur au mamelon ou à l'intérieur du sein. Elle a l'impression que son sein est transpercé par des aiguilles. Le mamelon peut être crevassé et rouge ou ne présente aucune particularité.

5.6 Canal lactifère bloqué

Si le sein reste plein trop longtemps ou qu'il est comprimé (ex. : par un soutien-gorge), un canal de lait peut se bloquer. Cela provoque de la douleur et, parfois, une bosse sur le sein. Pour libérer le canal :

- allaitez plus souvent;
- dirigez le menton ou le nez du bébé vers la bosse du sein lorsqu'il boit;
- application de la chaleur sur le sein avant d'allaiter;
- massage du sein doucement pendant que le bébé boit⁹.

5.7 Contamination du lait maternel par des substances toxiques

5.7.1 L'alcool

Les effets de l'alcool sur le bébé allaité sont directement reliés à la consommation d'alcool de la mère.

Comme les avantages de l'allaitement dépassent le risque lié à une consommation occasionnelle d'alcool, il est généralement admis que l'alcool pris en petite quantité et de façon occasionnelle demeure compatible avec l'allaitement.

L'alcool affecte l'odeur du lait humain et freine la libération de l'ocytocine proportionnellement à la quantité ingérée.

Lorsque le lait maternel contient de l'alcool, les bébés tètent plus fréquemment, mais consomment moins de lait.

L'alcool consommé se retrouve dans le sang dans un délai de 30 à 60 minutes, si l'estomac est vide, et de 60 à 90 minutes, si l'alcool est pris avec d'autres aliments¹⁰.

5.7.2 Le tabac

Il faut inciter les mères qui allaitent à cesser de fumer, ou du moins à réduire leur consommation du tabac. Le nourrisson absorbe les métabolites de la nicotine provenant de la fumée de tabac de deux façons : dans le lait maternel et par la fumée de tabac ambiante.

L'usage excessif du tabac, soit plus de dix cigarettes par jour, peut nuire à la production et à l'éjection du lait maternel et causer de l'irritabilité chez le nourrisson en plus de ralentir son gain de poids. Néanmoins, même si la mère continue de fumer, l'allaitement maternel demeure le meilleur choix. La mère peut atténuer les effets nocifs de la fumée sur le nourrisson en fumant après les tétées plutôt qu'avant et en limitant l'exposition du bébé à la fumée de tabac ambiante en faisant en sorte que les fumeurs de la maison et les visiteurs fument dehors¹⁰.

5.7.3 Les médicaments

La plupart des médicaments administrés à la mère ont un passage dans le lait maternel, mais ils ne sont toxiques pour l'enfant que s'ils sont présents à des concentrations suffisantes dans le lait et s'ils sont absorbés par son tube digestif.

Les médicaments suivants sont contre-indiqués ou fortement déconseillés au cours de l'allaitement :

- AINS (sauf si traitement ponctuel de 2–3 jours) ;
- amiodarone ;
- anticancéreux ;
- anticoagulants oraux ;
- atropine et apparentés ;
- bêtabloquants ;
- carbamazépine ;
- chloramphénicol ;
- cotrimoxazole ;
- dérivés de l'ergot de seigle ;
- fluoroquinolones ;
- immunosuppresseurs ;
- iode, iodures (présents dans certains antitussifs) et produits iodés ;
- lamotrigine ;
- métronidazole ;
- phénylbutazone ;
- produits radioactifs ;
- quinine ;
- rétinoïdes ;
- sels d'or ;
- sulfamides (antibactériens ou antidiabétiques) ;
- tétracyclines ;
- valproate de sodium⁹.

5.7.4 Les contraceptifs

L'allaitement exclusif peut être une mesure efficace de contraception tant et aussi longtemps que les boires de nuit ne sont pas sautes.

Les méthodes barrières (condom, diaphragme et éponge contraceptive en combinaison avec un spermicide) peuvent être efficaces. L'efficacité du condom varie grandement, allant de 79 à 98,4 %. Le diaphragme, utilisé correctement, présente une efficacité de 97,6 %.

Les méthodes contraceptives orales contenant une combinaison d'œstrogène et de progestérone sont efficaces à 99,5 %. Cependant, elles peuvent diminuer la production du lait maternel. Les progestatifs seuls n'ont pas cet effet secondaire. Il est recommandé d'attendre que la production du lait soit bien installée avant de commencer cette méthode.

Le stérilet peut être installé 8 semaines après l'accouchement².

6 Evolutivité du lait maternel

6.1 Au cours de la journée

Le lait maternel varie aussi en cours de journée, et même la nuit. Le matin, il est plus riche en lactose. Vers midi, il est plus riche en lipides et en protéines. L'après-midi il contient plus d'oligosaccharides.

Et enfin le soir, il contient plus de protéines. La variation de ces proportions en cours de journée permet au bébé d'adapter instinctivement la fréquence et l'horaire de ses tétées en fonction de ses besoins. C'est pourquoi l'allaitement à la demande est préconisé lorsqu'il est envisageable.

6.2 Au cours de la tétée

Le lait de début de tétée est totalement différent du lait de fin de tétée ! Et pour cause, leur fonction est différente.

En début de tétée, le lait maternel est riche en eau et en sels minéraux afin de désaltérer le bébé. Lorsque bébé aura seulement soif, celui-ci fera une tétée courte pour s'hydrater. A la fin de la tétée la concentration en lipides augmente beaucoup afin de procurer au bébé le sentiment de satiété, et lui apporter un certain nombre de calories. C'est ce qu'on appelle le « lait gras ». La richesse nutritionnelle de ce lait permet de mettre fin à la tétée. Le bébé, rassasié, lâche le sein ou s'endort. D'où l'importance de permettre à son bébé de téter suffisamment longtemps pour satisfaire son appétit.

La quantité de graisses présentes dans le lait augmente au cours de la tétée.

La concentration de gras à la fin d'une tétée est 5 fois supérieure à celle du début de tétée. La quantité de gras et de calories augmentent graduellement : Au début de la tétée, le bébé reçoit peu de calories pour un grand volume de lait. En fin de tétée, le bébé boit beaucoup de calories pour très peu de volume de lait. Ce changement de qualité nutritionnelle du lait a un rôle bien précis. Le lait de début de tétée, ou "premier lait", plus doux, est idéal pour hydrater bébé lorsqu'il a soif, et lui apporter une collation en cas de petite faim. Dans ce cas la tétée sera brève. Au cours de la tétée le lait devient de plus en plus gras, et peut donc satisfaire pleinement les attentes nutritionnelles de bébé, et son besoin d'être rassasié.

6.3 Au cours de la semaine

Pendant la première semaine, entre deux et quatre jours après la naissance, la quantité du lait maternel change. Il se peut que la maman sent sa poitrine se remplir et devenir plus ferme : ce changement est connu comme étant la montée de lait. Le troisième jour, le nourrisson boira entre 300 et 400 ml de lait maternel en 24 heures. À partir du cinquième jour, cette quantité passera entre 500 et 800 ml. Pas étonnant, donc, que la poitrine semble plus grosse.

Entre le 5ème et le 14ème jour, le lait est appelé « lait transitionnel ». Comme son nom l'indique, il passe du colostrum au lait mature. Sa couleur et sa texture deviendront plus crémeuses ; il contiendra davantage de matières grasses, de calories et de lactose (un sucre naturel), ce qui en fait l'aliment idéal pour le nouveau-né en pleine croissance.

NB : il est toujours rempli d'anticorps, de cellules vivantes, de « bonnes » bactéries et d'autres ingrédients bioactifs permettant de garder le bébé en bonne santé.

6.4 Au cours de la période d'allaitement

-La composition du lait maternel varie au cours de la période totale d'allaitement, l'aliment de départ de votre bébé est « le colostrum », le lait mature est sa nutrition à long terme et le lait de transition fait le pont entre les deux.

-Pendant la période de transition, la composition du lait maternel évolue de manière significative. À la fin du premier mois, le lait sera complètement développé, signifiant qu'il sera adapté à la croissance du bébé

-Que vous continuiez à allaiter quelques mois, un an ou plus, sa composition ne change plus autant par la suite²...

7 Contre-indications de l'allaitement maternel

7.1 Contre-indications liées à la mère :

- Infection par le VIH.
 - Tuberculose bacillifère.
 - Maladie chronique pouvant s'aggraver ou dont le traitement est incompatible avec l'allaitement. On note que l'hépatite B ou C, l'herpès labial ou génital, ou une séroconversion de toxoplasmose pendant la grossesse ne contre-indiquent pas l'allaitement.
- Chimiothérapie de longue durée.
Utilisation de médicaments anti métaboliques ou antinéoplasiques.

7.2 Contre-indications liées à l'enfant

- Phénylcétonurie.
- Galactosémie congénitale.
- Tyrosinémie héréditaire.
- Malabsorption congénitale du glucose–galactose⁹.

8 Les débuts de l'allaitement

La première tétée a lieu dès la naissance, dans la salle d'accouchement. Le réflexe de succion d'un bébé né à terme et en santé atteint habituellement son point culminant 20 à 30 minutes après l'accouchement. Privilégier le contact précoce peau à peau, en laissant au nouveau-né le temps de développer son réflexe de foussement, est une condition favorable à l'établissement de l'allaitement. Le sein est offert à la demande, habituellement toutes les deux à trois heures au début. Les deux seins sont offerts successivement. La tétée dure généralement de 5 à 30 minutes par sein. La plus grande partie du lait (environ 80 %) est ingérée dans les cinq premières minutes. Les éléments importants pour une bonne prise au sein sont :

- ✓ Ne pas attendre que le bébé se désorganise en pleurant avant de le mettre au sein
- ✓ Enseigner à la mère à reconnaître les signes de faim du bébé (porte son poing à sa bouche, cherche le sein, etc.);
- ✓ S'assurer que les lèvres sont retroussées vers l'extérieur, la bouche recouvrant une large portion de l'aréole, la langue sous le mamelon et le menton du bébé touchant le sein;
- ✓ Observer des mouvements de succion le long des mâchoires et entendre le bébé avaler;

✓ Quelle que soit la position d'allaitement choisie par la mère, assise ou couchée, tout le corps du bébé doit être tourné vers sa mère; sa poitrine, son tronc et sa cuisse doivent être alignés, sa tête fait face au sein;

✓ Lorsqu'elle est assise la mère doit être installée confortablement, de préférence sur un fauteuil avec des accoudoirs, les pieds surélevés. La cohabitation mère-bébé favorise l'allaitement à la demande. Au début, les bébés ont faim (de 8 à 12 boires par jour). Nourrir les bébés lorsqu'ils ressentent la faim aidera :

✓ Les bébés à être plus satisfaits et gagner plus de poids;

✓ Les mères à souffrir moins souvent d'engorgement et à avoir une meilleure production de lait¹¹.

9 Conseils pour bien allaiter

9.1 Peau à peau à la naissance

À la naissance, chaque nouveau-né doit être séché, recouvert et immédiatement mis sur le ventre de la mère. Les mères qui ont un contact précoce avec leur enfant ont plus de facilité à communiquer avec leur bébé, même non allaité.

Les soins essentiels au nouveau-né seront effectués après une période de contact prolongée et ininterrompue. Ces soins et les pratiques habituelles de surveillance devraient être définis pour favoriser le contact mère-enfant et l'allaitement maternel tout en maintenant les exigences de sécurité pour la mère et l'enfant.

Après la naissance, la première tétée est favorisée par ce contact intime.

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

L'analgésie péridurale pendant le travail peut retarder le réflexe de succion, mais ne modifie pas la mise en route de l'allaitement. Si la première tétée est retardée, il est recommandé d'apporter davantage d'aide et de soutien à la mère.

Ce contact continu présente bien d'autres avantages :

- Il permet au nouveau-né de maintenir sa température corporelle.
- Il renforce la relation mère-enfant.
- Il favorise l'adaptation métabolique et la stabilité de la glycémie du bébé.
- Le risque d'ictère néonatal est diminué.
- On constate un accroissement de la durée de l'allaitement.
- Le bébé est d'abord colonisé par la flore bactérienne de sa mère et pas par les bactéries hospitalières.
- Les contractions utérines sont plus nombreuses ce qui favorise l'expulsion spontanée du placenta et l'involution de la matrice
- Le bébé pleure moins et dort plus tranquillement pendant les heures qui suivent ce contact.

9.2 Avant la mise au sein

-Placer le bébé avec tout son corps face à la maman de manière à ce qu'il ne doive pas tourner la tête pour prendre le sein.

- Soutenir-le, avec la main ou le bras, au niveau du cou, des épaules et du dos, tout contre la maman, son nez placé à hauteur du mamelon.
- A ce moment-là, le bébé penche la tête légèrement vers l'arrière, sa lèvre supérieure touche le mamelon, ce qui incite à ouvrir la bouche.
- Rapprocher-le du sein lorsque sa bouche est grande ouverte. Son menton touche alors le sein, son nez est dégagé
- Soutenir le sein (prise en C majuscule, le pouce au-dessus, les autres doigts en dessous)
- Caresser le bébé avec le bout de sein la ligne médiane sous le nez ou au niveau du menton.

9.3 Au contact du sein et Lors de la succion

La tête du bébé est légèrement inclinée en arrière pour lui permettre de bien avaler.

- La tête, l'épaule et la hanche du bébé sont sur une même ligne droite.
- Le bébé est face à sa maman, ventre contre elle, bien soutenu.
- La bouche du bébé doit être grande ouverte, sa langue en forme de gouttière légèrement sortie.
- Le bébé aborde le sein avec son menton, ses lèvres bien retroussées sur le sein font un effet de ventouse.
- Sa bouche doit englober une grande partie de l'aréole, son menton et son nez sont contre le sein, il faut s'assurer que ce dernier est dégagé.
- Un mouvement de la mâchoire du bébé est observé, il alterne succions, déglutitions et respirations
- Des bruits de déglutitions sont entendus
- Ses mains et ses bras sont relâchés¹².

10 Les positions de l'allaitement maternel

Il n'y a pas de bande ou de mauvaise manière de porter son bébé et de l'allaiter. Chaque mère et chaque bébé trouveront leur position préférée. Le plus important est la maman et son bébé soient confortables. Connaître quelques techniques et position d'allaitement différentes peut-être utile lorsque le quotidien nous impose d'être polyvalent, notamment lorsque l'enfant grandit et sa maman commence à sortir davantage.

Quel que soit la position pour laquelle la maman opte, il faut qu'elle se rappelle :

- De rassembler tout ce dont elle a besoin, comme une boisson, des casse-croûte, son téléphone portable la télécommande de la télévision, un livre ou un magazine, avant de commencer à allaiter. Et de n'oublier pas d'aller aux toilettes avant : il est impossible qu'elle ne puisse pas se lever avant un certain temps.

- D'assurer que son bébé est bien confortable. Quelle que soit la position, le bébé doit être stable et bien maintenu, tandis que sa tête, son cou et sa colonne doivent rester alignés.

-D'être détendu et confortablement installé également. D'utiliser des coussins, des oreillers ou des serviettes roulées pour soutenir son dos et ses bras si nécessaire.

-De vérifier que son bébé prend correctement le sein. Une bonne mise au sein est essentielle pour allaiter confortablement.

-Si le bébé a du mal à prendre le sein aussi l'allaitement lui fait mal, il faut demander de l'aide à une consultante en lactation ou à une spécialiste en allaitement. Ils seront aussi en mesure de montrer comment soutenir l'enfant pour allaiter plus confortablement.



Figure 1 : les positions de l'allaitement maternel.

10.1 Allaitement en position couchée ou inclinée

La position pour allaiter couchée, également appelé biological nurturing nourrissage biologique, et souvent la première que les mères restent. Si le bébé est placé sur la poitrine ou le ventre de sa maman dès sa naissance, s'il est en bonne santé, il fera instinctivement son chemin vers l'un de ses seins et essaiera de le téter. C'est ce que l'on appelle le Crawl du nouveau-né. Le contact peau à peau permet de stimuler son instinct d'alimentation pendant que la gravité l'aide à prendre correctement le sang et le maintien en place.

ependant, allaiter en position couchée n'est pas réservé au nouveau-né. Les bébés de tout âge peuvent s'y retrouver. Cette position peut-être particulièrement pratique c'est le bébé a du mal à prendre le sein dans d'autres positions, c'est même pas que l'on touche sa tête lorsqu'il boit, si la maman a un écoulement puissant aussi c'est ça son volumineux.

La maman sera probablement mieux installée si elle s'incline légèrement plus tôt de s'allonger sur le dos, elle doit utiliser des coussins ou des oreillers pour soutenir et pour permettre de voir son bébé.



Figure 2 : position couchée ou inclinée

10.1.1 Prise du mamelon incliné

Méthode à suivre pour incliner le mamelon vers le haut :

- La mère aligne bien son bébé et le soutient.
- La mère exerce une pression sur son sein avec le pouce ou un de ses doigts juste au-dessus du mamelon. Il est important que son pouce (ou son doigt), son mamelon et la lèvre supérieure du bébé soient alignés.
- Avec son pouce (ou son doigt), elle incline le mamelon vers le palais du bébé, tout en l'éloignant de la bouche du bébé. Cela permet d'arrondir l'aréole et d'offrir une plus grande surface à saisir.
- La mère met alors la mâchoire inférieure ou le menton du bébé en contact avec son sein. Dès que le contact avec la peau se fait, le nourrisson ouvre instinctivement la bouche toute grande. La mère peut ensuite rouler la surface arrondie de l'aréole vers le bas directement dans la bouche grande ouverte du bébé pour assurer une prise du sein profonde. La mère doit ensuite surveiller les signes de déglutition.

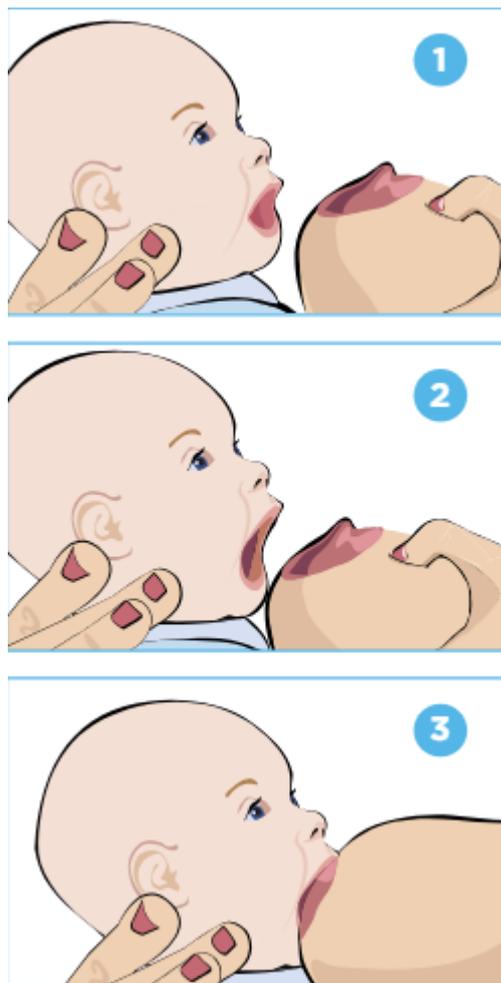


Figure 3 : position du mamelon incliné

10.1.2 Prise en sandwich

- Pour cette prise, la mère doit soutenir et modifier la forme de son sein de sorte qu'une plus grande surface se retrouve dans la bouche du bébé. Elle pince ou comprime légèrement son sein de haut en bas ou de gauche à droite.
- En plaçant les doigts d'un côté du sein et le pouce de l'autre, sans toucher à l'aréole, elle peut modifier la forme de son sein. Avec les doigts parallèles à la mâchoire inférieure du bébé, la mère peut donner la forme d'un sandwich à son sein.
- La mère doit aligner son nourrisson et le soutenir dans la position ventre contre ventre.
- La tête du bébé est en légère extension.
- On encourage la mère à effleurer la bouche de son nourrisson avec le sein et d'attendre qu'il ouvre grand la bouche. La mère peut aussi soutenir le nourrisson jusqu'à ce que son menton soit en contact avec le sein et qu'il ouvre grand la bouche (comme pour bâiller).
- Pour la prise du sein, la mère approche le nourrisson de son sein en soulevant délicatement les épaules, le haut du dos et les fesses du nourrisson. Elle ne devrait jamais se pencher vers l'avant ni pousser sur la tête de son bébé.

- En soutenant le haut du dos et le cou du bébé, la mère aide le nourrisson à garder sa tête en légère extension.
- Une fois que le bébé a pris le sein, la mère et le bébé peuvent changer de position jusqu'à ce qu'ils soient tous les deux à l'aise. Il est important que la mère garde ses épaules détendues.

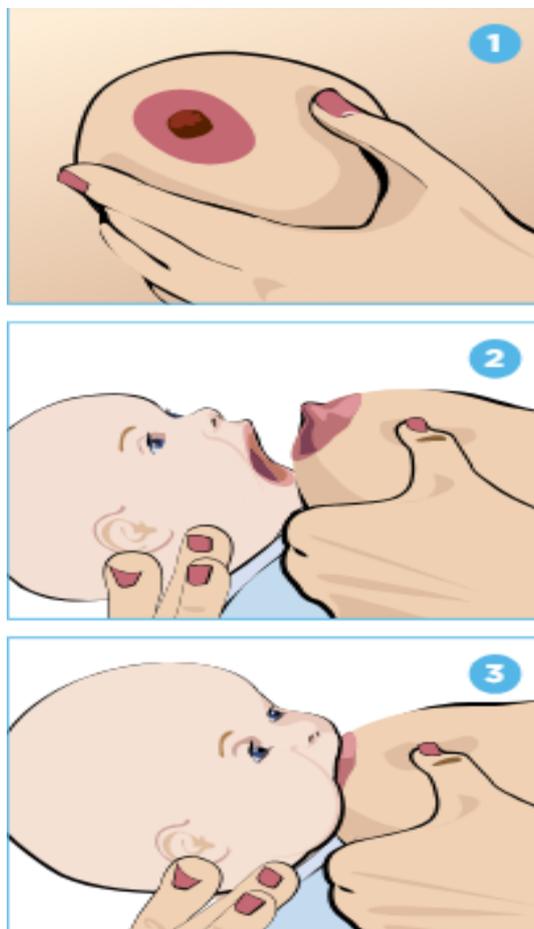


Figure 4 : prise en sandwich

10.2 Position de la madone

Il s'agit de la position classique à laquelle on pense lorsque l'on s'imagine en train d'allaiter. Elle implique que la maman se tient droite, et que le bébé soit sur le côté, sa tête et son cou reposant sur son avant-bras et son corps entre son estomac, dans une position ventre contre maman point bien que cette posture soit très populaire, elle ne fait pas partie des plus simples avec un nouveau-né, car elle ne soutient pas autant que d'autres positions. Mettre un oreiller ou un coussin derrière la maman et un coussin d'allaiter sur ses genoux pour soutenir son bébé ou ses bras peut lui permettre d'avoir davantage de maintien tout en évitant une forte tension sur son dos ou ses épaules.



Figure 5 : position de la madone

10.3 Position de la madone inversée

Cette position pour aller te ressemble à celle de la Madone, à la différence que les bras échangent les rôles de sorte que le bébé soit allongé le long de notre avant-bras. Le but de soutenir le bébé au niveau de son cou et de ses épaules pour lui permettre d'incliner contrôle de sa posture et la maman peut utiliser sa main libre pour modeler sa poitrine.

Pendant les premiers jours, il ne faut pas tenir le bébé par la tête au risque de pousser son manteau contre sa poitrine. la mise au sein serait alors superficielle le mamelon étant contre la base de sa langue plutôt que contre son palais et pourrait endolorir le mamelon.



position de la madone inversée

Figure 6 : position de la madone inversée.

10.4 Position du ballon de football

Le bébé est positionné sur le côté de la mère. Elle le soulève avec son avant-bras et le blottit contre son corps.

- Le bébé est couché sur le dos et regarde sa mère. On peut aussi positionner le bébé dans divers angles de sorte que le nourrisson fait face à son côté.
- Les jambes et les pieds du bébé sont dirigés vers le dossier de la chaise.
- La mère doit éloigner le bébé suffisamment pour s'assurer que sa tête se trouve dans la position en extension laissant ainsi un espace entre son menton et la poitrine de la mère et assurant une prise de sein plus profonde
- La mère place sa main derrière les épaules et le cou du bébé pour soutenir le haut du dos.
- De l'autre main, la mère peut soutenir son sein.
- La mère peut procéder à la mise au sein.

Ses avantages :

- Cette position peut être plus confortable pour les mères qui ont donné naissance par césarienne.
- Elle fonctionne bien avec les mères qui apprennent à allaiter ou si le bébé a de la difficulté à maintenir la prise du sein.
- Cette position convient aussi aux bébés prématurés ou petits, aux nourrissons qui ont un faible tonus musculaire, un faible réflexe des points cardinaux ou qui ont de la difficulté à téter.
- Elle peut convenir à la mère qui a des seins volumineux.
- Elle peut aider la mère qui a des mamelons douloureux.
- Il s'agit d'une bonne option pour nourrir des jumeaux simultanément. Voir Allaiter plus d'un bébé à la fois.



Figure 7 : Position du ballon de football

10.5 Position couchée sur le côté

La mère est allongée sur le côté et pose sa tête sur un oreiller. Elle peut aussi mettre des coussins ou des oreillers derrière son dos pour pouvoir s'y appuyer.

- Le bébé est allongé sur le côté. Tout son corps fait face à sa mère.
- La mère peut soutenir son nourrisson dans cette position :
 - En plaçant sa main sur le dos du bébé.
 - En plaçant son avant-bras sur le dos du bébé.
 - En plaçant une serviette ou une couverture roulée pour bébé derrière les épaules du bébé
- Le corps du bébé est suffisamment éloigné du sein pour l'obliger à légèrement allonger sa tête pour

prendre le sein. Cela encourage le bébé à lever sa tête pour prendre le mamelon.

- Lorsque la bouche du bébé est grande ouverte, la mère blottit le bébé contre elle au moment de la prise du sein. Une fois que le bébé a pris le sein, son menton sera enfoui dans le sein de la mère.

- La mère peut soutenir son sein avec son autre main.

- La mère peut donner le sein d'un côté et ensuite changer de position et celle de son bébé pour lui donner l'autre sein. Toutefois, la mère peut décider de donner les deux seins en restant allongée sur le même côté. Elle devra alors donner le sein inférieur en premier, puis s'incliner davantage vers l'avant pour lui donner le sein supérieur. Il est important d'encourager la mère à explorer la méthode qui fonctionne le mieux pour elle.

- Cette position convient aux mères fatiguées, car elle leur permet de se reposer pendant l'allaitement.

- Elle fonctionne si la position assise est trop douloureuse.

- Elle convient à la mère qui a eu une césarienne ou qui a des seins volumineux.

- Il s'agit d'une position facile à maîtriser.

- Certaines mères ont de la difficulté à bien voir la prise du sein.

- La mère peut placer un oreiller entre ses jambes pour plus de confort, surtout si elle a donné naissance par césarienne.

- Cette position convient aux mères fatiguées, car elle leur permet de se reposer pendant l'allaitement.

- Elle fonctionne si la position assise est trop douloureuse.

- Elle convient à la mère qui a eu une césarienne ou qui a des seins volumineux.

- Il s'agit d'une position facile à maîtriser.



Figure 8 : Position couchée sur le côté.

10.6 Allaitement couchée après une césarienne

Si a subi une césarienne et qu'elle ne parvient pas à trouver une position d'allaitement confortable, ceci peut l'aider. Le fait d'être incliné avec son bébé reposant sur son épaule il permettra d'aller des confortablement sans exercer aucun poids ni aucune pression sur son cicatrice. Elle peut aussi tester la position allongée sur le côté.



Figure 9 : position couchée après une césarienne

10.7 Allaitement à la verticale ou position koala

En position verticale ou du koala, le bébé est assis à califourchon sur les cuisses de la maman ou sur sa hanche, sa colonne et sa tête est en droite pendant qu'il tète point c'est aussi une bonne manière d'allaiter un bébé plus âgé qui peut se tenir assis sans aide.

La position verticale ou du koala et souvent la position la plus confortable pour les bébés qui souffrent de reflux ou d'otite (il préfère souvent être en position verticale).

Elle peut également fonctionner pour les bébés qui ont un frein lingual trop court ou un faible tonus musculaire.



Figure 10 : position koala

10.8 Position de la louve

Avec cette position, le bébé est allongé sur le dos et la maman est à quatre pattes au dessus de lui tout en faisant pendre son mamelon dans sa bouche. Certaines mères expliquent que le faire pendant de courtes périodes aide en cas de mastite, lorsque l'on n'a pas envie que le bébé touche ou serre les seins; d'autres disent que la gravité permet de déboucher des canaux galactophores obstrués, bien qu'aucune preuve scientifique ne vienne le confirmer. Il est possible d'adopter cette position tout en étant à genoux au-dessus de bébé dans un lit ou un canapé, ou presque allongée en appui sur les bras. La maman pourra avoir besoin de coussins et d'oreillers pour la soutenir et éviter les tensions au niveau de son dos et ses épaules. La position de la louve n'est probablement pas de celles que les mamans souhaitent 'adopter régulièrement, mais elle peut aider si la maman a besoin de changer.

La position de la louve

Cette position peut être très utile en cas de canal bouché du mamelle.
Elle permet au bébé de drainer le sein plus efficacement.
Pour plus d'efficacité, le menton du bébé doit être placé en direction de l'endroit
douloureux, incliné ou de la boule.



Maman Lune / mamlanlune.com / @maman.lune.des.etolies

Figure 11 : position de la louve

10.9 Allaitement en porte-bébé

Cela peut demander un peu de pratique, mais allaiter le bébé en porte-bébé peut s'avérer pratique si la maman est à l'extérieur, si elle s'occupe d'autres enfants, voir si elle fait quelques petites tâches ménagères.

C'est également pratique si le bébé n'aime pas être hors des bras de la maman aussi allaiter fréquemment.

Cette méthode fonctionne généralement si l'enfant a l'habitude de téter et est capable de tenir sa tête seule il est possible d'arrêter dans n'importe quel accessoire de portage, y compris des porte-bébés extensibles, ce avec un anneau et les portes bébés avant pour quel que soit le choix.

Veillez à toujours avoir la possibilité de voir le visage du bébé et à ce que son manteau n'appuie pas contre sa poitrine.



Figure 12 : position en porte bébé.

10.10 Position du double ballon de football

La position du double ballon de football est la position idéale pour allaiter des jumeaux en même temps tout en ayant les mains relativement libres. Vous aurez probablement besoin d'utiliser un coussin d'allaitement spécifique pour jumeaux pour allaiter ainsi, surtout les premiers jours. Il permettra de mieux soutenir les deux bébés et minimisera la pression sur le ventre de la maman si elle est césarisée.

Pour allaiter des jumeaux, il est possible d'essayer deux positions de la madone inversée, un bébé en ballon de football et l'autre en position de la madone, et les deux en position couchée ou verticale.



Figure 13 : position en double ballon de football.

10.11 Position de la main de Dancer (circonstances spéciales)

Cette position convient au bébé qui prend le sein, mais qui a de la difficulté à maintenir cette prise en raison d'un faible tonus musculaire ou d'un problème du développement musculaire.

- La mère tient son bébé en position assise droite face à son sein.
- Elle forme un « U » pour soutenir son sein. C'est-à-dire, qu'elle dépose son sein dans la paume de sa main et le soutient en plaçant trois autres doigts sous le sein.
- Le menton du bébé repose entre son pouce et son index.
- Elle tient délicatement les joues de son bébé à l'aide de son index d'un côté et de son pouce de l'autre.
- Pour éviter de déclencher le réflexe des points cardinaux, la mère doit exercer une légère pression égale et constante sur les joues du bébé. Cette méthode stabilise la mâchoire et le menton du bébé permettant une meilleure prise du sein¹³.



Figure 14 : Position de la main de Dancer

11 L'allaitement mixte

L'allaitement mixte consiste simplement à alterner entre le sein et un ou des biberons de lait infantiles. Les mamans choisissent de nourrir leur bébé de cette manière pour de nombreuses raisons différentes. Mais dans une grande partie des cas, l'allaitement mixte est plébiscité lorsque la production de leur lait maternel n'est pas suffisante pour subvenir aux besoins de leur bout de chou, lorsque certaines reprennent le travail, ou encore pour des raisons médicales. L'allaitement mixte permet aussi de maintenir un lien privilégié avec son enfant tout en conciliant les

problèmes que peuvent causer l'allaitement exclusif. Un des gros avantages de l'allaitement mixte : le biberon peut-être donné par n'importe quel membre de la famille comme le papa, la mamie, la grande sœur etc... Le gros inconvénient de l'allaitement mixte, c'est le risque de confusion entre le sein et la tétine du biberon, qui pourrait compromettre la tétée au sein¹⁴.

Partie pratique

1 Problématique

La baisse du taux de l'allaitement maternel en Algérie ces dernières années nous a poussé à chercher les facteurs qui l'entravent

Objectif : déterminer les facteurs entravant l'allaitement maternel selon les mères

2 Méthodologie

Il s'agit d'une étude avec une approche mixte (qualitative et quantitative) du type exploratoire prospective dont le moyen utilisé est un entretien basé sur des questions en utilisant la méthode BERELSON /analyse des contenus.

3 Lieu de l'étude

Notre recherche s'est déroulée au niveau des 2 terrains:

- ✓ EHS MERE ENFANT TLEMCEN
- ✓ EPSP SIDI CHAKER TLEMCEN

4 Période de l'étude

L'étude a été réalisée durant la période du: 21/12 /2023 jusqu'au 20/05/2024 c'est la durée de notre stage pratique de mise en situation d'intégration professionnel.

5 Population de l'étude

Nous avons ciblé comme population d'étude, les accouchées en post partum immédiat, et après 3 mois d'accouchement .

6 Echantillonnage

Notre échantillonnage est composé de 100 accouchées (la moitié a été hospitalisée à l'EHS TLEMCEN et l'autre à l'EPSP de SIDI CHAKER au cours de la vaccination) qui répondaient à nos critères d'inclusion.

Critères d'inclusion

Étaient incluses dans notre échantillon toute les accouchées par voie basse et haute en post partum immédiat d'un nouveau-né vivant bien portant quelque soit leurs âge et leurs gestités et

parités au niveau de L'EHS MERE ENFANT TLEMCEN et L'EPSP de sidi chaker .

Critères d'exclusion

Étaient exclus de notre échantillon:

- ❖ Toute accouchée qui avait accouché un mort-né ou un nouveau-né vivant réanimé ou en mauvais état de santé.
- ❖ Toute accouchée non consciente ou non coopérant.
- ❖ Toute accouchée qui présentait une pathologie chronique ou autre.
- ❖ Toute accouchée qui présentait une malformation du sein.
- ❖ Toute accouchée qui avait subi une chirurgie au niveau des seins.

7 Déroulement de l'étude

Notre étude s'est effectuée au niveau de L'EHS MERE ENFANT TLEMCEN et L'EPSP DE SIDI CHAKER, suite à un entretien en face à face avec les accouchés pour recueillir les données, en tenant compte du niveau d'instruction de notre population nous avons posé des questions claires et simples pour éviter tout risque d'ambiguïté et d'incompréhension.

7 Les questions posées

- Avez-vous allaité votre enfant ? Si oui ; combien de temps ?
- Avez-vous pu allaiter votre enfant le temps que vous souhaitiez ? si non ; quelles sont les difficultés rencontrées qui vous ont conduit à arrêter ?
- Avez-vous conseillé une reprise de travail avec la période d'allaitement ?

8 Traitement des données

Nous avons utilisé la méthode d'analyse des contenus pour le traitement des données collectées.

9 Contraintes et difficultés rencontrées

Cette recherche n'a pas été du tout aisée, elle a plutôt engendré les difficultés et contraintes

limitatives mentionnées ci-dessous :

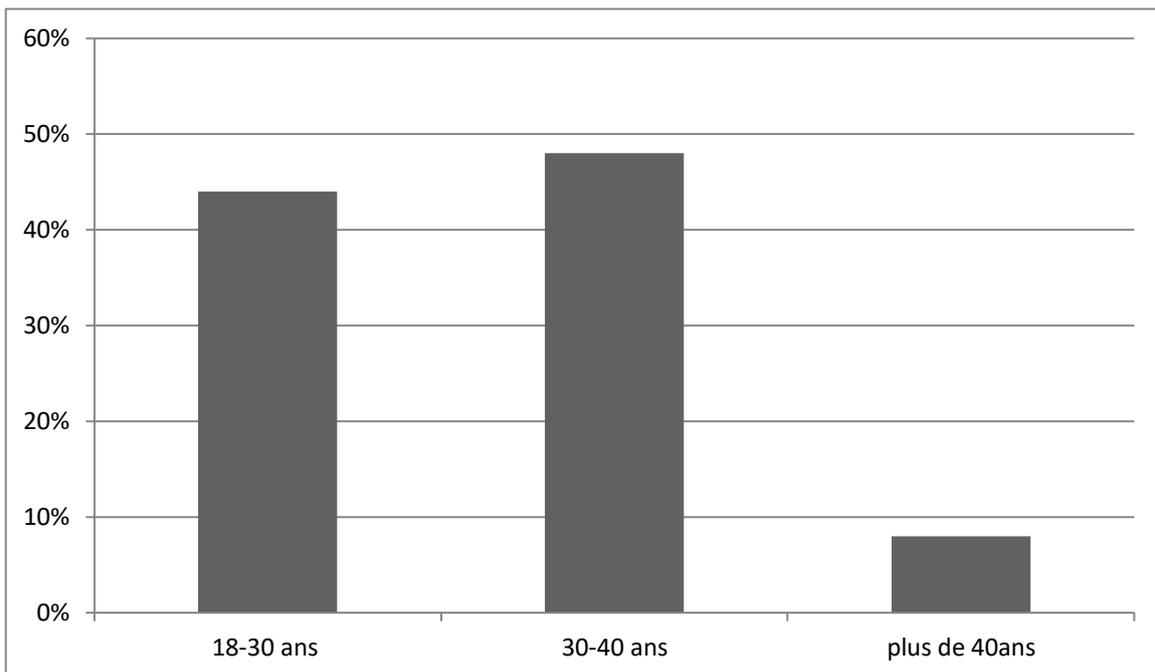
- Le nombre réduit des accouchements.
- Le refus des patientes à répondre aux questions vu la fatigue en post partum.

10 Caractéristiques générales des accouchées

Tableau 06 : répartition des accouchées selon leurs tranches d'âge.

Tranche d'âge	nombre	Pourcentage
18-30ans	44	44%
30-40ans	48	48%
Plus de 40ans	8	8%
total	100	100%

Graphique 01 : répartition des accouchées selon leurs tranches d'âge.



Lecture :

Sur 100 femmes :

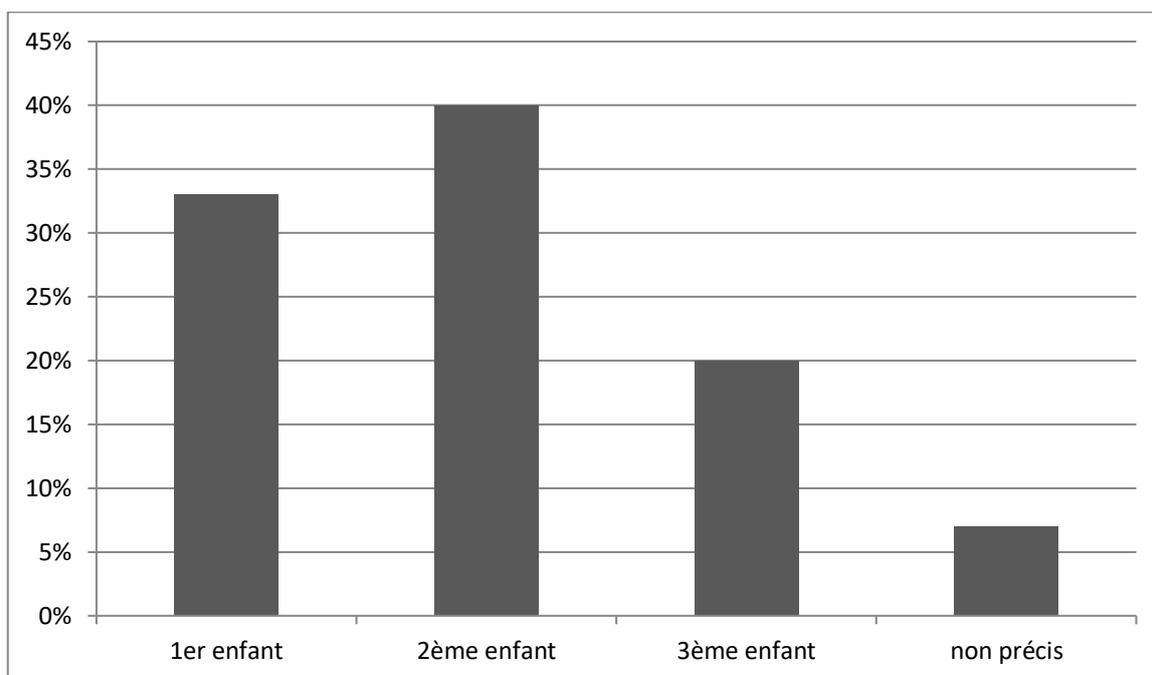
- 44 avaient un âge compris entre 18 et 30 ans soit un taux de 44 %.
- 48 avaient un âge compris entre 30 et 40 ans soit un taux de 48%.

-8 avaient un âge de plus de 40 ans soit un taux de 8%.

Tableau 07 : répartition des accouchées selon le nombre d'enfants.

Nombre d'enfants	Nombre des femmes	pourcentage
1 ^{er} enfant	33	33%
2 ^{ème} enfant	40	40%
3 ^{ème} enfant	20	20%
Non précis	7	7%
total	100	100%

Graphique 02 : répartition des accouchées selon le nombre d'enfants.



Lecture :

Sur 100 femmes accouchées :

-33 étaient des primipares, soit un taux de 33 %.

-40 étaient des deuxièmes pares, soit un taux de 40%.

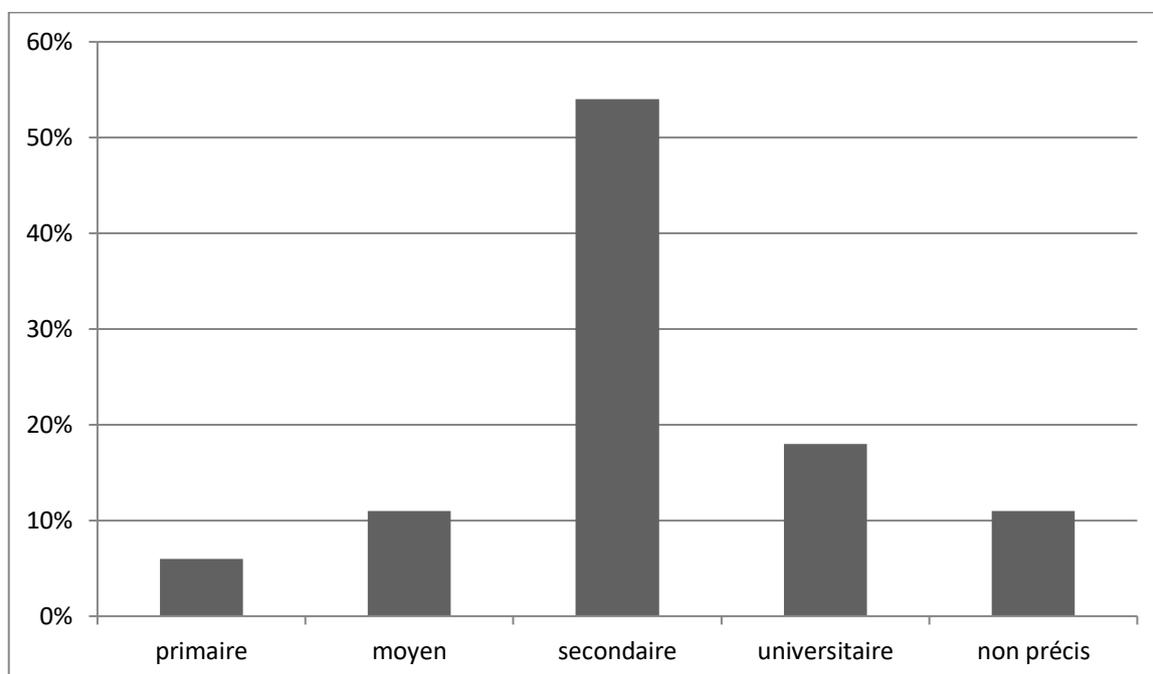
-20 avaient 3 enfants et plus, soit un taux de 20 %.

-7 avaient un nombre non précis, soit un taux de 7 %.

Tableau 08 : répartition des accouchées selon leur niveau académique.

Niveau académique	Nombre de femmes	Pourcentage
Secondaire	54	54%
Moyen	11	11%
Primaire	6	6%
Non précis	11	11%
Universitaire	18	18%
total	100	100%

Graphique 03 : répartition des accouchées selon leur niveau académique.



Lecture :

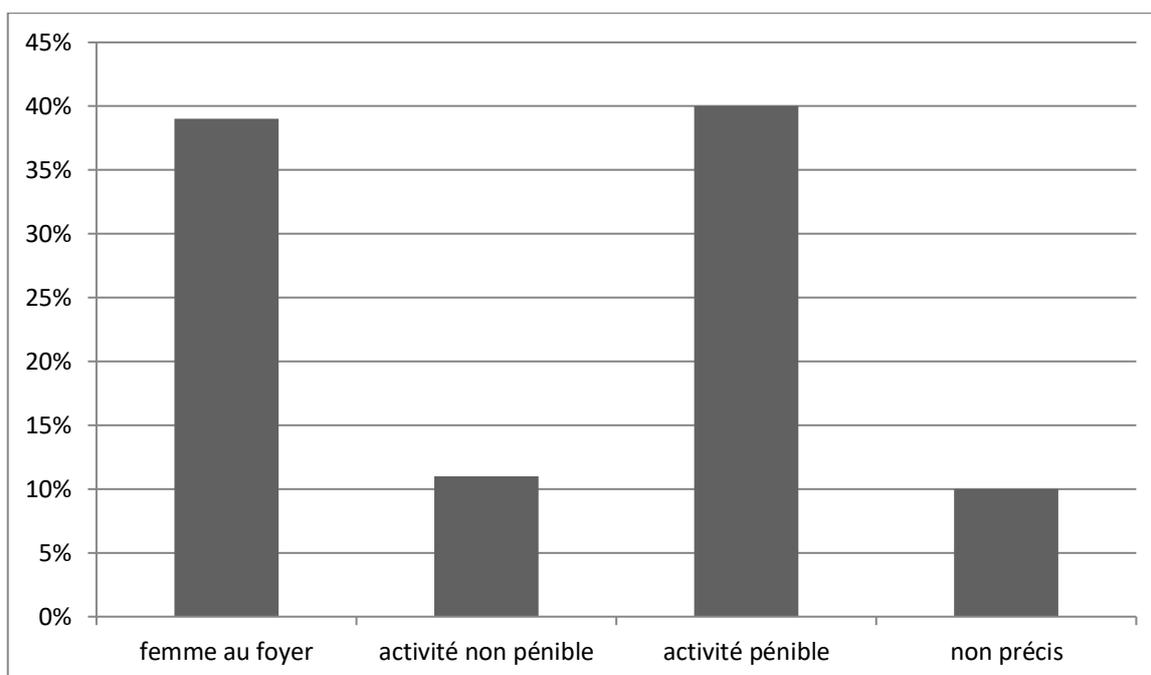
Sur 100 femmes accouchées :

- 6 avaient un niveau académique primaire, soit un taux de 6%.
- 11 avaient un niveau académique moyen, soit un taux de 11 %.
- 54 avaient un niveau académique secondaire, soit un taux de 54%.
- 18 avaient un niveau académique universitaire, soit un taux de 18 %.
- 11 n'ont pas précisé leur niveau académique.

Tableau 09 : répartition des accouchées selon le type d'activité professionnelle.

Type d'activité professionnelle	Nombre de femmes	pourcentage
Femme au foyer	39	39%
Activité non pénible	11	11%
Activité pénible	40	40%
Non précis	10	10%
total	100	100%

Graphique 04 : répartition des accouchées selon le type d'activité professionnelle.



Lecture :

Sur 100 femmes :

-11 avaient une activité non pénible, soit un taux de 11%.

-40 avaient une activité pénible, soit un taux de 40%.

-39 étaient des femmes au foyer, soit un taux de 39%.

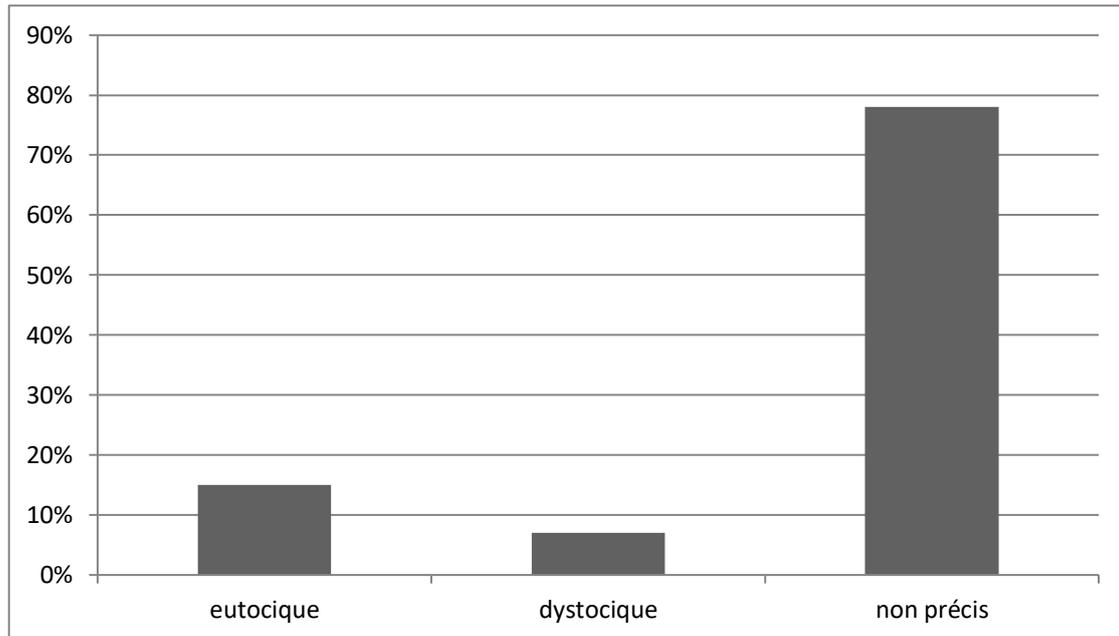
-10 n'ont pas précisé leurs activités professionnelles, soit un taux de 10%.

Tableau 10 : répartition des accouchées selon le type d'accouchement.

Type d'accouchement	Nombre de femmes	pourcentage
Eutocique	15	15%
Dystocique	7	7%
Non précis	78	78%

total	100	100%
-------	-----	------

Graphique 05 : répartition des accouchées selon le type d'accouchement.



Lecture :

Sur 100 femmes :

-15 avaient un accouchement eutocique, soit un taux de 15%.

-7 avaient un accouchement dystocique, soit un taux de 7%.

-78 n'ont pas précisé leur mode d'accouchement, soit un taux de 78%.

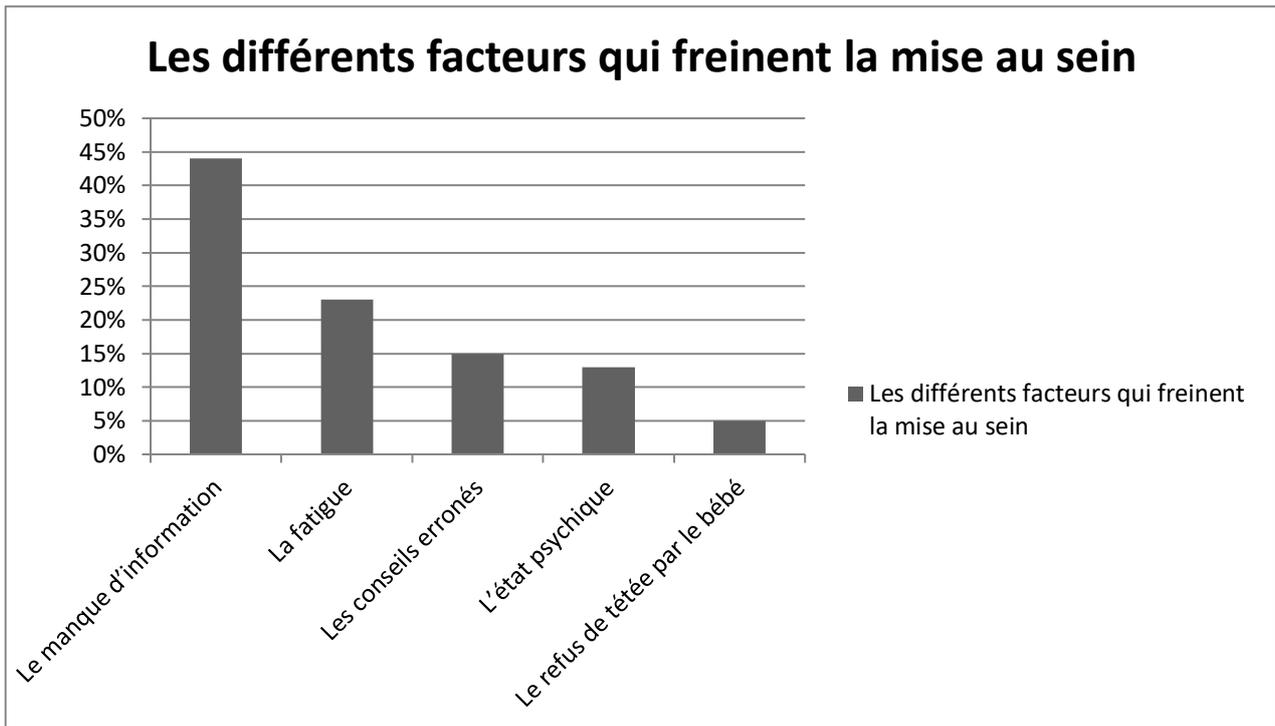
11 Présentation des résultats d'entretien adressé aux accouchées

L'entretien a exploré 5 facteurs responsables d'empêchement de l'allaitement maternel chez les accouchés de L'EHS MERE ENFANT TLEMCEN et L'EPSP de SIDI CHAKER.

Tableau 11 : Les différents facteurs qui freinent la mise au sein

Facteurs	Nombre	Pourcentage(%)
Le manque d'information	44	44%

La fatigue	23	23%
Les conseils erronés	15	15%
L'état psychique	13	13%
Le refus de tétée par le bébé	05	05%
Total	100	100%



Graphique 06 : Les différents facteurs qui freinent la mise au sein

Lecture

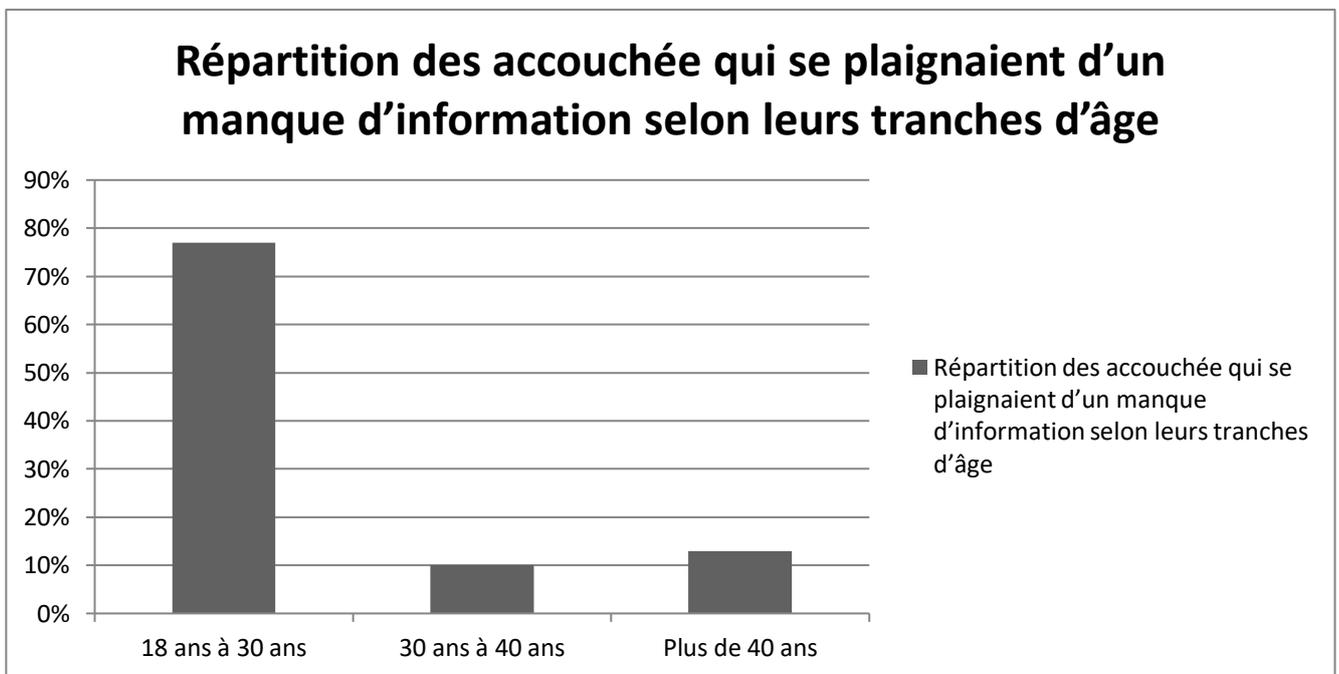
sur 100 femmes accouchées:

- 44 évoquent un manque d'information, soit un taux de 44%.
- 23 évoquent une fatigue, soit un taux de 23%.
- 15 évoquent des préjugés et des conseils erronés, soit un taux de 15%.
- 13 évoquent leurs états psychiques, soit un taux de 13%.
- 05 évoquent un refus de tétée par le bébé, soit un taux de 05%.

Axe01 : le manque d'information

Tableau12 : Répartition des accouchées qui se plaignaient d'un manque d'information selon leurs tranches d'âge :

Tranches d'âge (année)	Nombre	Pourcentage(%)
18 ans à 30 ans	34	77%
30 ans à 40 ans	04	10%
Plus de 40 ans	06	13%
Total	44	100%



Graphique 07 : Répartition des accouchées qui se plaignaient d'un manque d'information selon leurs tranches d'âge.

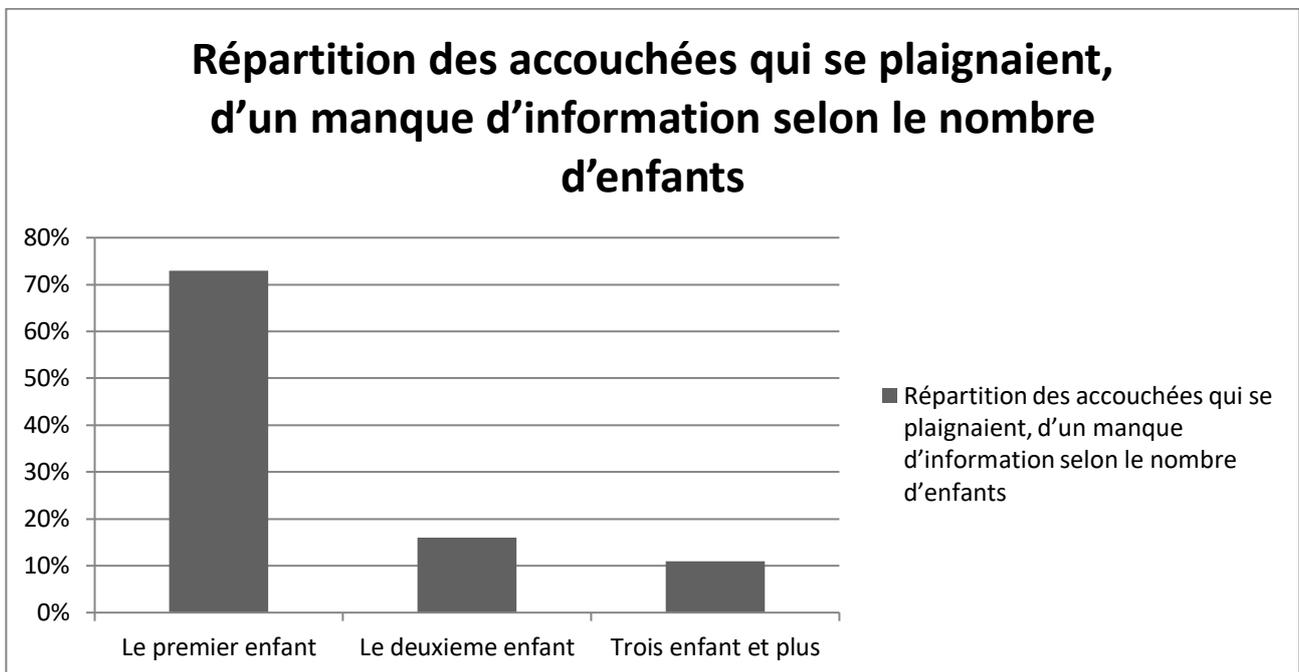
Lecture:

Sur 100 femmes accouchées ,44 se plaignaient de manque d'information dont:

- 34 avaient un âge compris entre 18 et 30 ans, soit un taux de 77%.
- 04 avaient un âge compris entre 30 et 40 ans, soit un taux de 10 %.
- 06 avaient un âge de plus de 40 ans, soit un taux de 13%.

Tableau13 : Répartition des accouchées qui se plaignaient d'un manque d'information selon le nombre d'enfants :

Nombre d'enfant	Nombre	Pourcentage(%)
Le premier enfant	32	73%
Le deuxième enfant	07	16%
Trois enfant et plus	05	11%
Total	44	100%



Graphique 08 : Répartition des accouchées qui se plaignaient, d'un manque d'information selon le nombre d'enfants

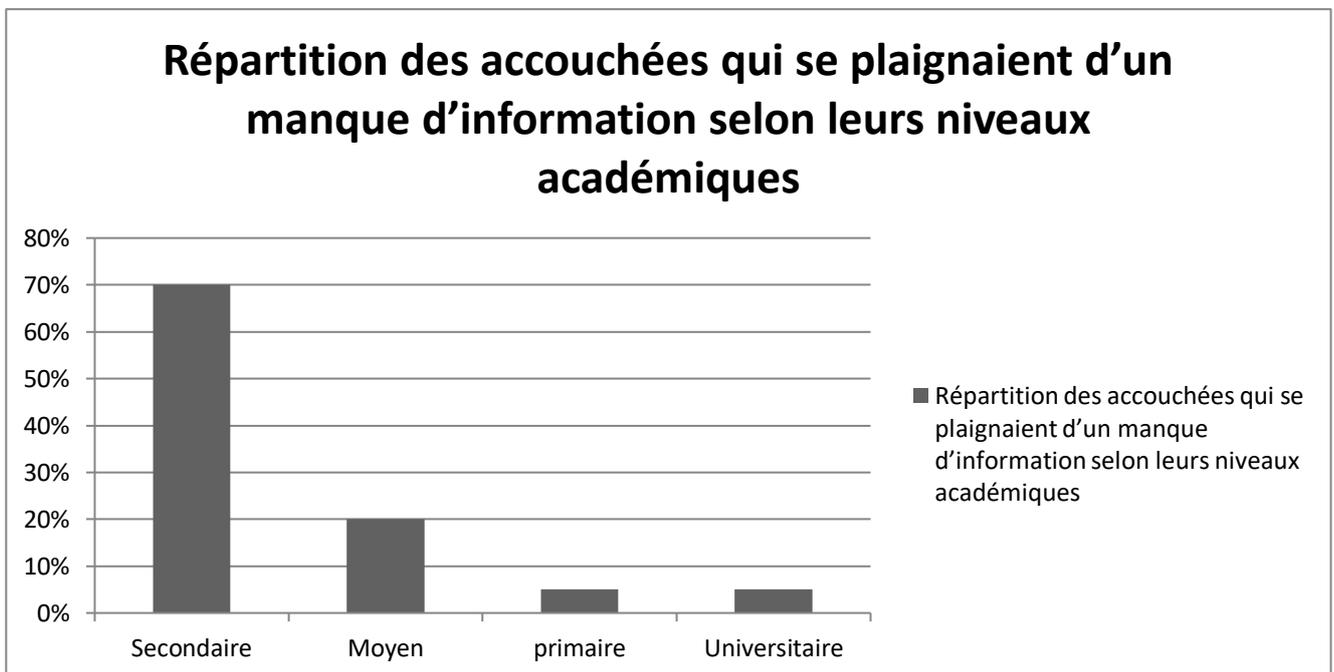
Lecture:

Sur 100 femmes accouchées ,44 se plaignaient d'un manque d'information dont:

- 32 étaient des primipares, soit un taux de73%.
- 07étaient des deuxièmes pares ,soit un taux de 16%.
- 05 étaient des trois enfants et plus, soit un taux de 11%.

Tableau14 : Répartition des accouchées qui se plaignaient d'un manque d'information selon leur niveau académique :

Niveau académique	Nombre	Pourcentage(%)
Secondaire	31	70%
Moyen	09	20%
Primaire	02	05%
Universitaire	02	05%
Total	44	100%



Graphique 09: Répartition des accouchées qui se plaignaient d'un manque d'information selon leurs niveaux académiques

Lecture:

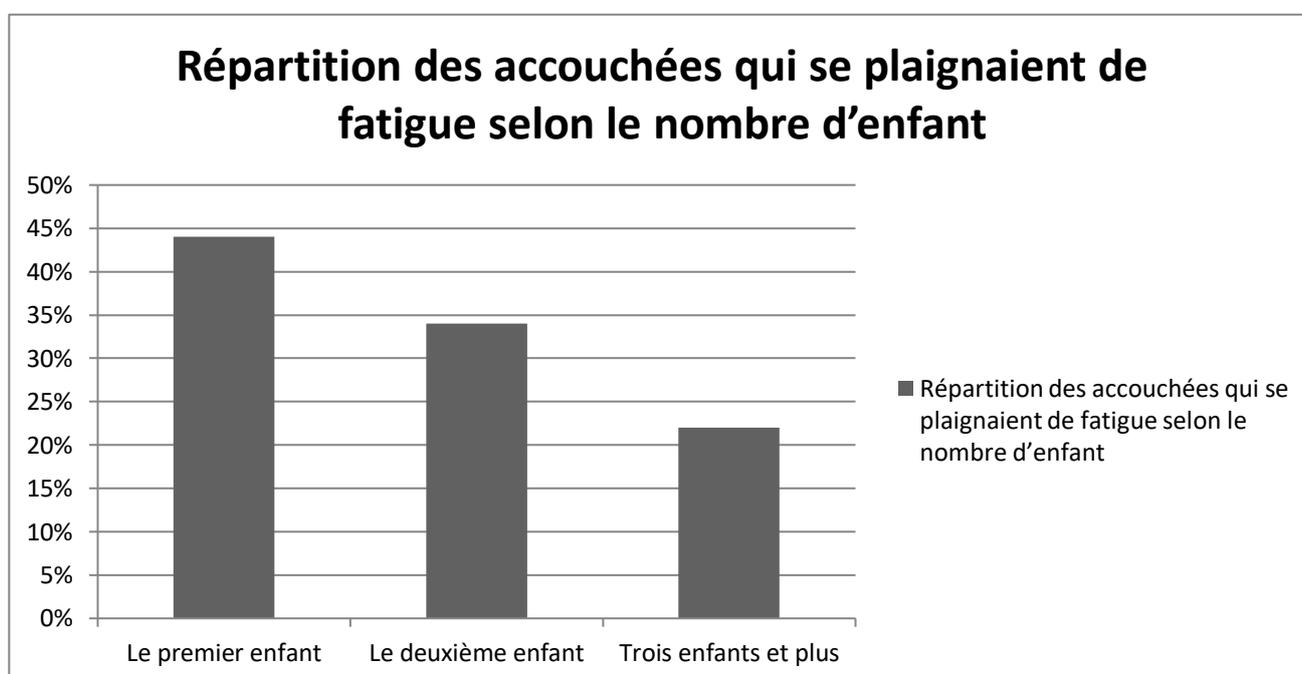
Sur 100 femmes accouchées, 44 se plaignaient d'un manque d'information dont:

- 31 avaient un niveau académique secondaire, soit un taux de 70%.
- 09 avaient un niveau académique moyen, soit un taux de 20%.
- 02 avec un niveau académique primaire, soit un taux de 05%.
- 02 avec un niveau académique universitaire, soit un taux de 05%.

Axe02: La fatigue

Tableau15: Répartition des accouchées qui se plaignaient de fatigue selon le nombre d'enfant

Nombre d'enfant	Nombre	Pourcentage(%)
Le premier enfant	10	44%
Le deuxième enfant	08	34%
Trois enfants et plus	05	22%
Total	23	100%



Graphique 10 : Répartition des accouchées qui se plaignaient de fatigue selon le nombre d'enfant

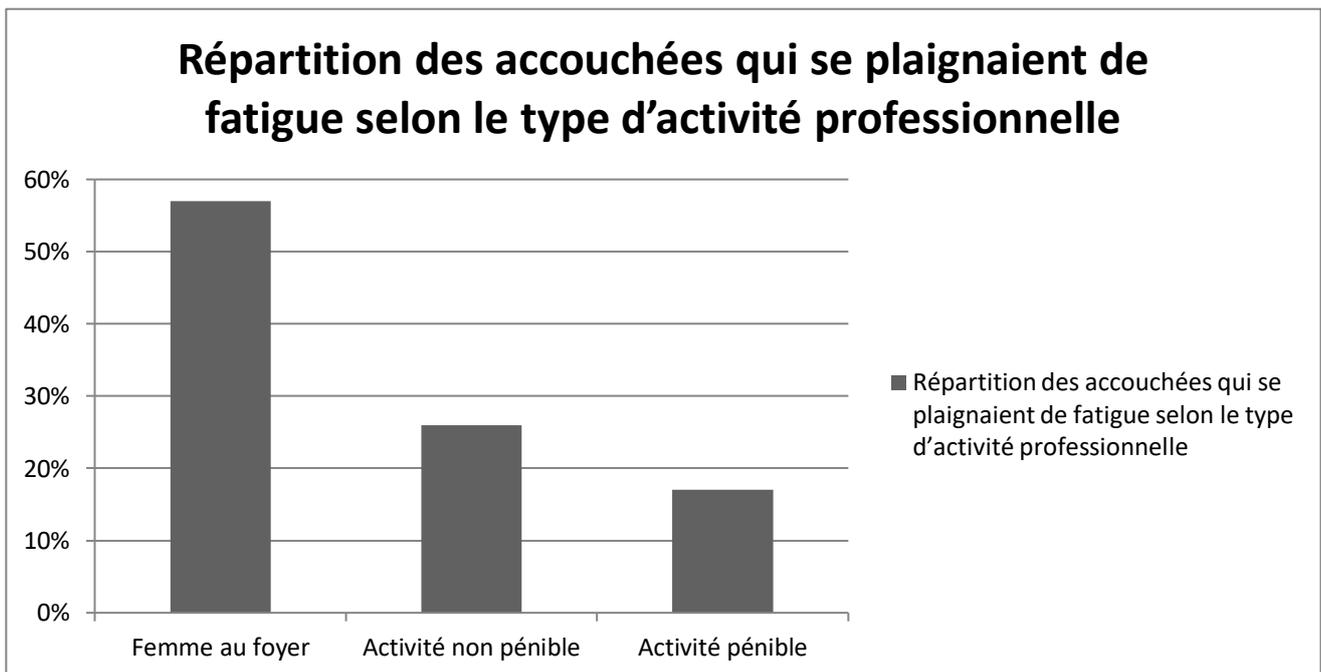
Lecture:

Sur 100 femmes accouchées ,23 se plaignaient de fatigue dont:

- 10 étaient des primipares, soit un taux de 44%.
- 08 étaient des deuxième pares, soit un taux de 34%.
- 05 étaient des multipares, soit un taux 22%.

Tableau 16 : Répartition des accouchées qui se plaignaient de fatigue selon le type d'activité professionnelle :

Type d'activité professionnelle	Nombre	Pourcentage(%)
Femme au foyer	13	57%
Activité non pénible	06	26%
Activité pénible	04	17%
Total	23	100%



Graphique 11 : Répartition des accouchées qui se plaignaient de fatigue selon le type d'activité professionnelle

Lecture:

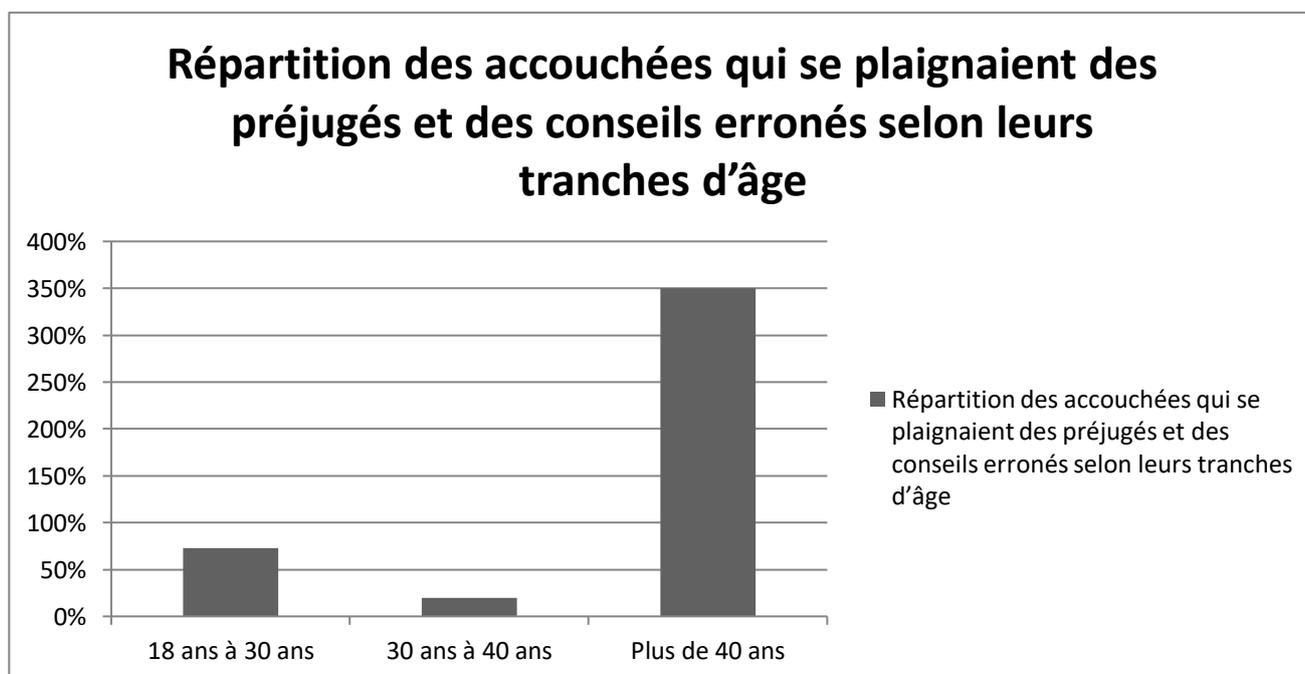
Sur 100 femmes accouchées ,23 se plaignaient de fatigue dont:

- 13 ce sont des femmes au foyer, soit un taux de 57%.
- 06 pratiquent une activité professionnelle non pénible, soit un taux de 26%.
- 04 pratiquent une activité professionnelle pénible, soit un taux de 17%.

Axe03 : Les préjugés et les conseils erronés

Tableau17 : Répartition des accouchées qui se plaignaient des préjugés et des conseils erronés selon leurs tranches d'âge :

Tranches d'âge (année)	Nombre	Pourcentage(%)
18 ans à 30 ans	11	73%
30 ans à 40 ans	03	20%
Plus de 40 ans	01	07%
Total	15	100%



Graphique 12: Répartition des accouchées qui se plaignaient des préjugés et des conseils erronés selon leurs tranches d'âge

Lecture:

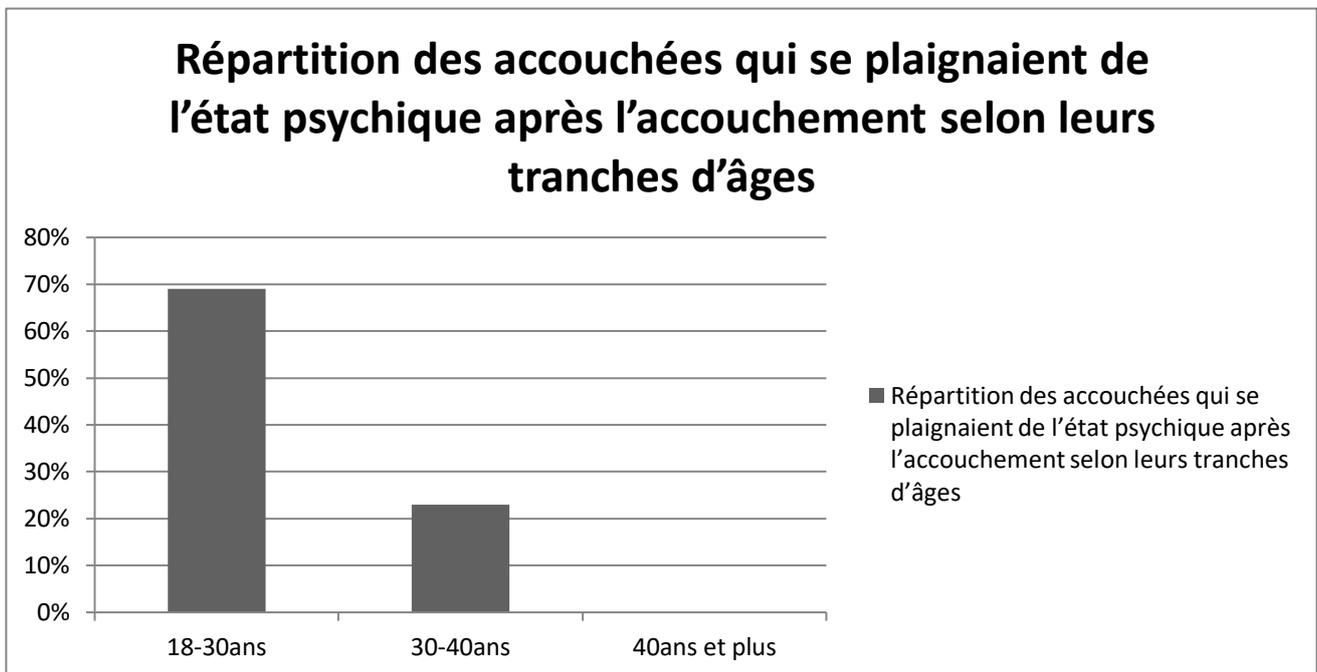
Sur 100 femmes accouchées ,15 se plaignaient des préjugés et des conseils erronés dont :

- 11 avaient un âge compris entre 18 et 30 ans, soit un taux de 73%.
- 03 avaient un âge compris entre 30 et 40 ans, soit un taux de 20%.
- 01 avaient un âge de plus de 40 ans, soit un taux de 07%.

Axe 04 : l'état psychique de l'accouchée après l'accouchement

Tableau 18 : Répartition des accouchées qui se plaignaient de l'état psychique après l'accouchement selon leurs tranches d'âges :

Tranche d'âge	Nombre	Pourcentage(%)
18-30 ans	09	69%
30-40 ans	03	23%
40 ans et plus	01	08%
Total	13	100%



Graphique 13 : Répartition des accouchées qui se plaignaient de l'état psychique après l'accouchement selon leurs tranches d'âges

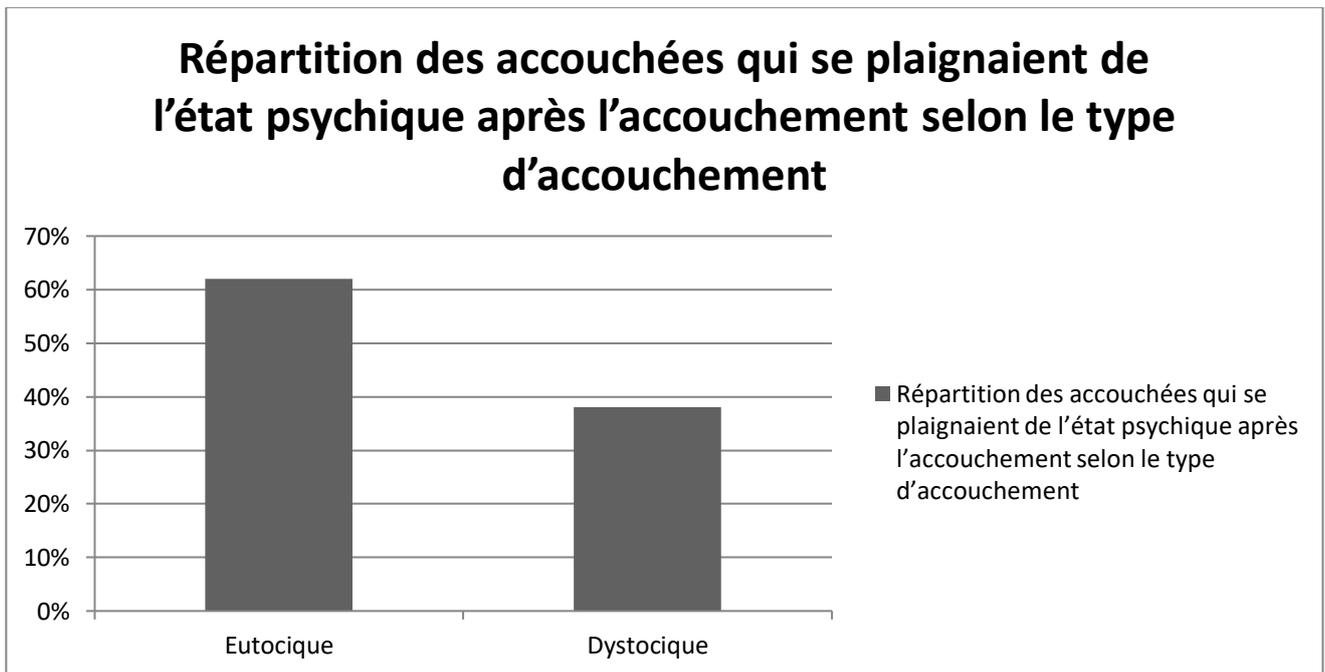
Lecture:

Sur 100 femmes accouchées ,13 se plaignaient de l'état psychique après l'accouchement dont :

- 09 avaient un âge compris entre 18-30ans dont 69%
- 03 avaient un âge compris entre 30-40 ans dont %23
- 01 avait un âge de plus de 40 ans soit 08%

Tableau 19: Répartition des accouchées qui se plaignaient de l'état psychique après l'accouchement selon le type d'accouchement

Le type d'accouchement	Nombre	Pourcentage(%)
Eutocique	08	62%
Dystocique	05	38%
Total	13	100%



Graphique 14 : Répartition des accouchées qui se plaignaient de l'état psychique après l'accouchement selon le type d'accouchement

Lecture:

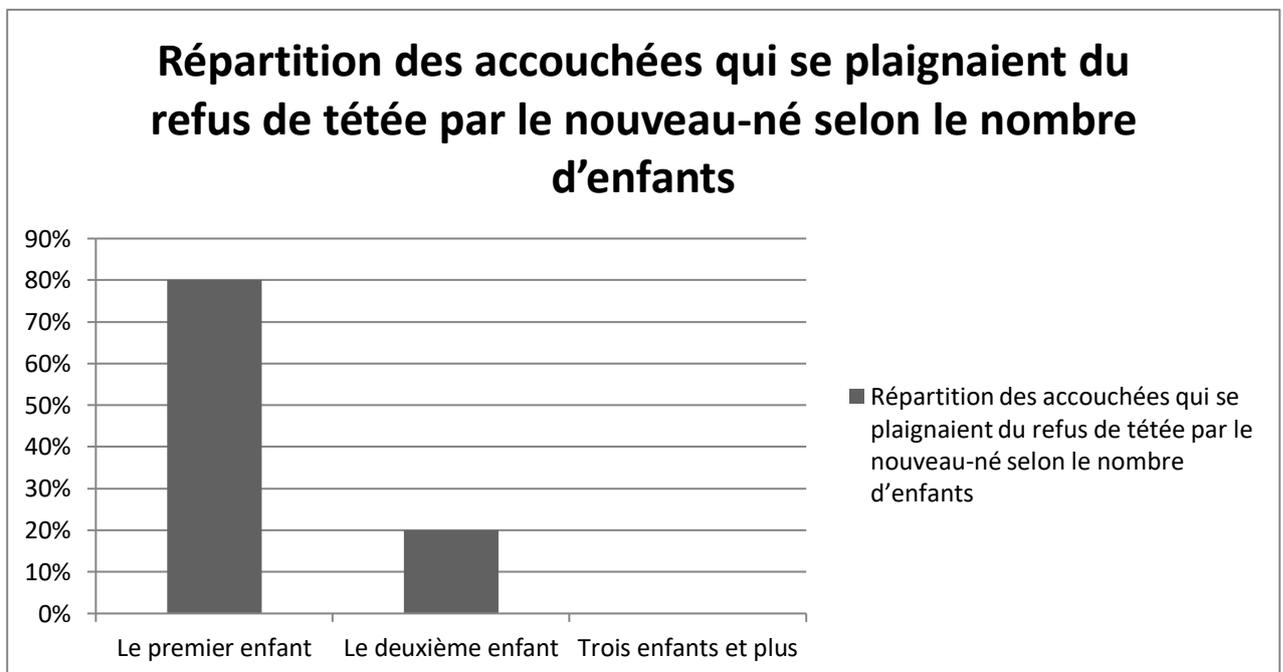
Sur 100 femmes accouchées ,13 se plaignaient de l'état psychique après l'accouchement dont :

- 08 avaient un accouchement eutocique, soit un taux de 62%.
- 05 avaient un accouchement dystocique, soit un taux de 38%.

Axe05 : le refus de tétée par le nouveau-né

Tableau 20 : Répartition des accouchées qui se plaignaient du refus de tétée par le nouveau-né selon le nombre d'enfants

Nombre d'enfant	Nombre	Pourcentage(%)
Le premier enfant	04	80%
Le deuxième enfant	01	20%
Trois enfants et plus	00	0%
Total	05	100%



Graphique 15: Répartition des accouchées qui se plaignaient du refus de tétée par le nouveau-né selon le nombre d'enfants

Lecture:

Sur 100 femmes accouchées ,05 se plaignaient du refus de tétée par le nouveau-né dont :

- 04 étaient des primipares, soit un taux de80%.
- 01était une deuxième pare, soit un taux de20%.

12 Discussion générale

Les résultats de notre recherche montrent que la plupart des femmes qui viennent d'accoucher ne connaissent pas l'importance de la première tétée et ces bénéfices pour le couple mère- enfant.

- 44 % d'entre elles justifiant cela à un manque d'information, ce groupe rassemble en majorité des jeunes femmes primipares ne dépassant pas la trentaine, avec un modeste niveau intellectuel, un grand nombre de ces femmes n'avaient pas réalisées les consultations prénatales pour préparation à la naissance.

- 23 % se plaignaient d'une fatigue en post partum ,pour la majorité de ces accouchées sont des femmes jeunes , certaines d'entre elles pratiquaient une activité professionnelle pénible.

- 15% avaient des préjugés, pour la plupart de ces accouchées sont des femmes jeunes , primipares , un niveau académique modéré vivant parmi des familles nombreuses.

- 13 % se plaignaient d'un état psychique déficient après l'accouchement pour des raisons multiples comme :un manque de soutien par les proches pendant la grossesse , la majorité de ces accouchées sont des femmes jeunes, un peu plus de la moitié des primipares ayant eut un accouchement dystocique , plus de la moitié d'entre elles pratiquaient une activité professionnelle pénible.

- 05 % se plaignaient du refus de tétée par le bébé, La majorité de ces accouchées sont des femmes jeunes primipares.

Donc selon les résultats de notre étude les facteurs qui empêchent l'allaitement sont :

➤ **L'âge jeune**

➤ **La primiparité**

- Comme c'est le premier enfant la mère n'a aucune expérience avec l'allaitement maternel, parfois une primipare ne sait même pas comment porter son petit , elle peut se plaindre qu'il refuse de téter, tandis que celle qui ne sait pas comment donner le sein à lui.

- Le premier accouchement est très fatigant ,c'est pour cela dans l'heure qui suit la naissance la nouvelle maman est très épuisée.

- La primiparité augmente également le risque des lésions périnéales sévères lors de l'accouchement, ainsi que le risque de douleurs périnéales persistantes dans le post-partum qui rend la tétée précoce difficile.

- Comme c'est le premier bébé, la nouvelle mère n'a pas d'expérience elle est plus affectée par

les préjugés et les conseils erronés.

- La période du post-partum est une période de très grande fragilité chez la femme, Marquée par de très nombreux bouleversements physiques, psychiques, hormonaux et sociaux ; cette période affecte sur le démarrage de l'allaitement maternel ,C'est une période de transition qui touche aussi bien les primipares que les multipares. Elle peut cependant être plus marquée chez les mères d'un premier enfant , que leur famille ou conjoint les soutiens ou non.
- le fait de « devenir mère » pour la première fois peut s'avérer être une expérience angoissante voire même douloureuse pour certaines femmes qui ont un effet négatif sur l'allaitement précoce.

➤ **Le niveau académique faible**

Les femmes qui ont un niveau académique élevé sont plus conscientes que les autres, pendant la grossesse elles se préparent à l'allaitement maternel en cherchant toutes les informations qu'ils concernent via des sources fiables (sites de recherche, chaînes You Tube,...) comme résultats elles sont moins affectées par les préjugés et les mauvais conseils.

➤ **La non réalisation des consultations prénatales pour préparation à la naissance**

Une préparation à la naissance consiste à une formation théorique et pratique fournie par un professionnel de santé qualifié ex : médecin, puéricultrice, infirmier...sur le déroulement de la grossesse , de l'accouchement et le jour qui s'en suivent. Cette préparation s'étend dans le temps et comprend plusieurs séances dont les thématiques sont différents, parmi les principaux thématiques c'est l'allaitement maternel.

La gestante qui réalise ces consultations va être informée sur tout ce qu'il concerne l'allaitement maternel : les avantages, la pratique, l'importance du démarrage précoce...ainsi qu'elle va avoir des réponses à toutes ses questions.

➤ **L'activité professionnelle pénible**

D'un côté la femme qui exerce un métier pénible pendant sa grossesse (déplacement manuel de charges lourdes , des tâches imposantes des mouvements ou des postures engendrant une fatigue...) après l'accouchement elle sent très épuisée, d'un autre côté que sa période de grossesse était stressante et non confortable elle peut se trouver en mauvais état psychique après la naissance .

c'est ce qui a fait refuser la mise précoce au sein comme elle peut refuser carrément l'allaitement maternel.

➤ **La durée longue du travail de l'accouchement**

Le travail est la première étape de l'accouchement, qui s'étend du début des contractions utérines jusqu'à la dilatation complète du col de l'utérus, il dure 6 à 18 heures chez la primipare et 2 à 10 heures chez la multipare.

Le grand épuisement après un travail long rend l'allaitement maternel difficile la première heure.

➤ **Vivre dans une famille nombreuse**

Les membres de la famille peuvent influencer la femme par les préjugés et les mauvais conseils concernant l'allaitement maternel exemple :

- Il faut absolument jeter le colostrum les premiers jours et donner du lait artificiel en attendant.

➤ **La grossesse non désirée**

Lorsque la grossesse n'est pas désirée, la femme va être dans un mauvais état psychique, après l'accouchement il est fort probable qu'elle va refuser de porter son enfant et de l'allaiter, si elle ne le rejette pas complètement.

➤ **L'absence du soutien familial pendant la grossesse**

La grossesse est une période sensible durant laquelle la gestante a besoin de l'appui et l'encouragement de la part de sa famille et surtout de la part de son mari pour bien vivre sa grossesse.

Lorsque la gestante ne reçoit pas le soutien familial elle peut se retrouver dans un mauvais état psychique , après la fatigue de la grossesse et de l'accouchement, il est possible qu'elle n'aura pas l'envie d'allaiter son petit

➤ **L'accouchement dystocique**

L'accouchement dystocique : c'est l'accouchement qui entraîne des difficultés essentiellement mécanique qui nécessitent des manœuvres obstétricales.

Après un accouchement dystocique la femme sera dans un état d'épuisement extrême, ce qui rend l'allaitement précoce difficile.

Conclusion

Notre travail a montré que le manque d'information sur l'allaitement maternel était un élément prédominant dans l'arrêt de l'allaitement maternel. Ceci est d'autant plus vrai que la mère est jeune, qu'elle a un niveau d'instruction faible et qu'elle ne travaille pas.

D'autres travaux sont nécessaires avec des échantillons plus larges et plus homogènes pour préciser l'impact des campagnes de sensibilisations ainsi que des réseaux sociaux sur le taux d'allaitement maternel.

Des études interventionnelles dans des structures où exercent des consultants en lactation seraient également intéressantes.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Briend A. L'alimentation de complément: recommandations actuelles [Complementary feeding: current recommendations]. *Med Trop (Mars)*. 2009 Jun;69(3):298-302. French. PMID: 19702158.
2. Haute Autorité de Santé. Allaitement maternel - Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2002.
3. A.Arsan, F.Mosser, A.M.Dartois, M. du fraysseix, Alimentation de l'enfant de la naissance à 3ans ,5éme édition, page du 25 à 41.
4. Dinleyici M, Barbieur J, Dinleyici EC, Vandenplas Y. Functional effects of human milk oligosaccharides (HMOs). *Gut Microbes*. 2023 Jan-Dec;15(1):2186115. doi: 10.1080/19490976.2023.2186115. PMID: 36929926; PMCID: PMC10026937.
5. Pretorius CE, Asare H, Genuneit J, Kruger HS, Ricci C. Impact of breastfeeding on mortality in sub-Saharan Africa: a systematic review, meta-analysis, and cost-evaluation. *Eur J Pediatr*. 2020 Aug;179(8):1213-1225. doi: 10.1007/s00431-020-03721-5. Epub 2020 Jun 26. PMID: 32592027.
6. BEKHTAOUI Assia (2021), Facteurs associés à la pratique de l'allaitement selon les données de l'enquête par Grappes à Indicateurs Multiples MICS6 . *Revue EL-Bahith en Sciences Humaines et Sociales* , Vol 13 (04) / 2021.Algérie : Université KasdiMarbah Ouargla ,(P.P.591-598)
7. Adarmouch L, Abourrahouat A, Sebbani M, Amine M, Sbihi M. Sevrage des nourrissons avant six mois à Marrakech: facteurs associés et prévalence [Weaning before the age of 6 months in Marrakech: associated factors and prevalence]. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2013 Oct;61(5):429-35. French. doi: 10.1016/j.respe.2013.05.023. Epub 2013 Aug 28. PMID: 23993045.
8. Bouanene I, ELMhamdi S, Sriha A, Bouslah A, Soltani M. Connaissances et pratiques des femmes de la région de Monastir (Tunisie) concernant l'allaitement maternel [Knowledge and practices of women in Monastir, Tunisia regarding breastfeeding]. *East Mediterr Health J*. 2010 Aug;16(8):879-85. French. PMID: 21473131.
9. Patrick Tounian, Françoise Sarrio alimentation de l'enfant de 0 à 3ans, 2eme édition, page 8 à 17.
10. Han AA, Buerger AN, Allen H, et al. Assessment of ethanol exposure from hand sanitizer use and potential for developmental toxicity in nursing infants. *J Appl Toxicol* 2022;42:1424-42.
- 11 La nutrition du nourrisson né à terme et en santé. *Paediatr Child Health*. 1998 Mar-Apr;3(2):113-6. French. PMCID: PMC2851282
- 12 Crenshaw JT. Healthy Birth Practice #6: Keep Mother and Baby Together- It's Best for Mother, Baby, and Breastfeeding. *J Perinat Educ*. 2014 Fall;23(4):211-7. doi: 10.1891/1058-1243.23.4.211. PMID: 25411542; PMCID: PMC4235060
- 13 .Colson SD, Meek JH, Hawdon JM. Optimal positions for the release of primitive neonatal reflexes stimulating breastfeeding. *Early Hum Dev*. 2008 Jul;84(7):441-9. doi: 10.1016/j.earlhumdev.2007.12.003. Epub 2008 Feb 19. PMID: 18243594.

14. sevrage de votrebébé. Paediatr Child Health. 2004 Apr;9(4):264–5. French. PMCID: PMC2720510.

Résumé

L'allaitement maternel exclusif est recommandé jusqu'à l'âge de 6 mois, ainsi que sa poursuite avec l'ajout d'aliments complémentaires jusqu'à l'âge de 2 ans.

Il s'agit d'une étude analytique menée auprès de 100 femmes au niveau de l'EHS TLEMCEN et EPSP SIDI CHAKER TLEMCEN du 21/12/2023 au 20/05/2024.

Un questionnaire a permis de recueillir les données nécessaires qui ont été saisies et analysées.

Les résultats ont montré qu'il y a plusieurs facteurs qui empêchent le démarrage précoce de l'allaitement tels que le manque d'information, les conseils erronés, l'état psychique et le refus de téter par le bébé.

Les résultats ont montré aussi une association entre l'allaitement maternel et les facteurs qui l'affectent tels que l'âge, le type d'accouchement, le niveau académique, la primiparité et la profession de la maman.

Notre travail a montré que le manque d'information sur l'allaitement maternel était un élément prédominant dans l'arrêt de l'allaitement maternel. Ceci est d'autant plus vrai que la mère est jeune, qu'elle a un niveau d'instruction faible et qu'elle ne travaille pas.

Summary

Exclusive breastfeeding is recommended until the age of 6 months, as its continuation with the addition of complementary foods until the age of 2 years.

This is an analytical study carried out among 100 women at the EHS TLEMCEN and EPSP SIDI CHAKER TLEMCEN from 12/21/2023 to 05/20/2024.

A questionnaire made it possible to collect the necessary data which was entered and analyzed.

The results showed that there are several factors that prevent early initiation of breastfeeding such as lack of information, incorrect advices, mental state and the baby refusal to breastfeeding.

The results also showed an association between breastfeeding and factors that affect it such as age, type of delivery, academic level, primiparity and profession of the mother.

Our word showed that the lack of information on breastfeeding was a predominant element in stopping breastfeeding. This is all the more true if the mother is young, has a low level of education and does not work.

ملخص

يوصى بالرضاعة الطبيعية الحصرية حتى عمر 6 أشهر، وكذلك استمرارها مع إضافة الأطعمة التكميلية حتى عمر السنتين.

هذه دراسة تحليلية أجريت على 100 امرأة على مستوى مستشفى الأم و الطفل بتلمسان و كذلك العيادة متعددة الخدمات بسبدي شاعر تلمسان ما بين 2023/12/21 إلى 2024/05/20 .

وقد أتاح الاستبيان جمع البيانات اللازمة التي تم إدخالها وتحليلها.

وأظهرت النتائج أن هناك عدة عوامل تمنع البدء المبكر بالرضاعة الطبيعية مثل نقص المعلومات والنصائح غير الصحيحة والحالة النفسية ورفض كما أظهرت النتائج وجود علاقة بين الرضاعة الطبيعية والعوامل المؤثرة عليها كالعمر، ونوع الولادة، والمستوى التعليمي للطفل للرضاعة الطبيعية الدراسي، والبكرية، ومهنة الأم.

أظهر عملنا أن نقص المعلومات حول الرضاعة الطبيعية كان عنصرا سائدا في وقفها وخاصة إذا كانت الأم صغيرة السن، غير عاملة و ذات مستوى تعليمي منخفض.