

LA REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPERIEUR

ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

UNIVERSITE ABOU BAKR BELKAID

FACULTE DE MEDCINE TLEMCEM



Mémoire pour l'obtention du Diplôme de Doctorat en Médecine

Le Désir d'Allaitement Maternel chez une Cohorte de Femme

Au niveau de l'EHS Mère et Enfant Tlemcen

Encadré par :

➤ Pr SMAHI

Présenté par :

➤ MADOURI Ahmed

الرئيسية الاستاذة الدكتورة
مستشفى الأم - الطفل تلمسان
الدكتور سمير شمس الدين الدين
رئيس مصلحة مستشفى الولادة

Année Universitaire 2012-2013

REMERCIEMENTS

A notre Professeur MASSEN Zohir , Chef de service de pédiatrie ; je suis très honoré de vous avoir comme Professeur et Chef de service. votre compétence professionnelle incontestable ainsi que vos qualité humaine vous valent l'admiration et le respect de tous.

A notre Professeur et directeur de Mémoire, Monsieur SMAHI Mohammed Chems-Eddine, Chef de Service de Néonatalogie ; j'ai eu le grand plaisir de travailler sous votre direction et je vous remercie pour la gentillesse et la spontanéité avec lesquelles vous avez bien voulu diriger ce travail.

A mon cher Père

A ma chère Mère

Vous avez fait de moi ce que je suis aujourd'hui, je vous dois tout l'excellente éducation, le bien être matériel, moral, et spirituel .vous êtes pour moi l'exemple d'abnégation, de dévouement et de probité .Que ce modeste travail soit l'exaucement de vœux tant formulées.

Puisse DIEU, le Très Haut, vous accorder santé, bonheur et longue vie et faire en sorte que jamais je ne vous déçoive.

Sommaire

PARTIE THEORIQUE

I-DEFINITION DE L'ALLAITEMENT MATERNEL	(4)
I-a) INTERET D'UNE DEFINITION DE L'ALLAITEMENT MATERNEL.....	(4)
I-b) DEFINIR L'ALLAITEMENT MATERNEL.....	(4)
I-c)DEFINIR LE SEVRAGE	(5)
II-AVANTAGES DE L'ALLAITEMENT AU SEIN.....	(6)
II-a) CHEZ L'ENFANT.....	(6)
II-b)CHEZ LA MERE.....	(10)
III-COMPOSITION DE LAIT MATERNEL.....	(10)
IV-LES FACTEURS QUI INFLUENCENT LE CHOIX D'ALLAITEMENT.....	(16)

PARTIE PRATIQUE

I-INTRODUCTION.....	(20)
II-MATERIEL ET METHODES.....	(21)
III-LES RESULTATS.....	(22)
APRES L'ACCOUCHEMENT.....	(22)
UN MOIS APRES L'ACCOUCHEMENT.....	(24)
IV-DISCUSSION.....	(27)
V-CONCLUSION.....	(28)

PARTIE THEORIQUE

I. DEFINITION DE L'ALLAITEMENT MATERNEL :

I-a) Intérêt d'une définition de l'Allaitement Maternel :

La nécessité d'une définition appropriée et standardisée de l'allaitement maternel a été mise en évidence dans une revue de la littérature menée par Auerbach et dans les travaux de l'IGAB (l'Interagency Group for Action on Breastfeeding) .

En effet, les définitions du début de l'allaitement varient considérablement dans les études, une définition de l'allaitement maternel aurait donc une utilité scientifique et pratique :

- les difficultés d'interprétation des résultats des études entre elles pourraient être surmontées ;
- l'allaitement symbolique (l'enfant mis au moins une fois au sein) a contribué à des erreurs d'interprétation de la mesure des taux d'allaitement et pourrait donc être exclu des enquêtes épidémiologiques ;
- un cadre de référence serait utile à la description du niveau d'allaitement (exclusif, partiel) ;
- selon Labbok, le niveau d'allaitement devrait être complété par la description d'autres paramètres tels que : âge du nourrisson, fréquence et durée des tétées, intervalles entre deux tétées, utilisation de biberons pour les autres liquides y compris le lait maternel exprimé et les autres aliments ;
- une définition précise de l'allaitement exclusif permettrait d'avoir une cohérence des attitudes des professionnels de santé vis-à-vis des modalités de mise en route de l'allaitement maternel et des pratiques qui permettent de favoriser sa durée.

I.b) Définir l'Allaitement Maternel :

On peut définir l'allaitement de façon globale et imprécise, comme l'action des femelles des mammifères nourrissant leur progéniture grâce au lait qu'elles produisent.

Mais, Actuellement, l'absence de définition de l'allaitement dans les études est une limite à la comparaison des stratégies d'incitation à l'allaitement, à l'évaluation de sa mise en œuvre, de son niveau, de ses modalités et de sa durée.

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 ingestat, solide ou liquide, y compris l'eau ;

· L'allaitement est partiel lorsqu'il est associé à une autre alimentation comme des substituts de lait, des céréales, de l'eau sucrée ou non, ou toute autre nourriture. En cas d'allaitement partiel, celui-ci est majoritaire si la quantité de lait maternel consommé assure plus de 80 % des besoins de l'enfant ; moyen si elle assure 20 à 80 % de ses besoins et faible si elle en assure moins de 20 % ;

· la réception passive (par l'intermédiaire d'une tasse, d'une cuillère, d'un biberon) du lait maternel exprimé est considérée comme un allaitement maternel même s'il ne s'agit pas d'un allaitement au sein.

En raison du manque de consensus dans la littérature, l'adjonction de vitamines ou de sels minéraux n'a pas été prise en compte dans les définitions.

I.c) Définir un sevrage :

Le sevrage correspond à l'arrêt complet de l'allaitement maternel. Le sevrage ne doit pas être confondu avec le début de la diversification alimentaire.

Pour le suivi de l'allaitement par le professionnel de santé et l'évaluation des publications, les éléments de description d'un allaitement maternel devraient être les suivants :

- l'âge du nourrisson ;
- le niveau d'allaitement (exclusif ou partiel) ;
- la fréquence et la durée des tétées ;
- les autres aliments consommés ;
- l'utilisation de biberons pour les liquides y compris le lait maternel exprimé.

L'évolution des techniques d'aide à l'allaitement, de manière générale comme dans les cas particuliers, l'accès du public à une information de qualité, la formation des professionnels de santé et le développement des réseaux d'information et d'entraide, les mesures de santé publique faisant la promotion et protégeant l'allaitement maternel n'ont pas seulement entraîné une inversion de la tendance en faveur de l'allaitement maternel. Ces évolutions ont aussi amélioré les conditions d'allaitement et rendu ainsi cette pratique plus confortable pour la mère, aussi bien d'un point de vue social que corporel.

II. Avantages de l'allaitement :

II-a) Chez l'enfant :

L'allaitement maternel est bénéfique pour la prévention des allergies primaires chez l'enfant mais son effet protecteur chez les enfants prédisposés aux allergies n'est pas prouvé. Le risque d'asthme, le nombre de petits enfants souffrant de dermatite atopique, la survenue d'une rhinite allergique, l'allergie aux protéines de lait de vache seraient plus importants en l'absence d'allaitement.

Dans les pays développés, l'allaitement, de plus de 4 mois, diminue le risque d'infections respiratoires sévères nécessitant une hospitalisation; C'est surtout dans les pays en voie de développement que l'allaitement maternel permet de diminuer la mortalité par pneumonie ou infection respiratoire basse. Les études réalisées dans différents pays de cette catégorie convergent et concluent à une baisse significative de la mortalité;

L'allaitement, d'une durée supérieure à 4 mois, diminue les risques de pathologie digestive. Les études réalisées dans les pays développés notent un moindre risque de diarrhée avec entre autres, une baisse des hospitalisations pour ce motif mais c'est dans les pays en voie de développement que les études démontrent une baisse importante de la mortalité du nourrisson de moins de six mois par cause de diarrhée.

On retrouve une diminution du risque d'infections des voies aériennes supérieures et des otites moyennes aiguës chez l'enfant allaité.

On retrouve une diminution du risque d'obésité (le taux d'obésité est de 3,8 % chez les sujets allaités durant 2 mois, 2,3 % pour un allaitement durant 3 à 5 mois, 1,7 % pendant 6 à 12 mois et 0,8 % durant un an ou plus²⁶).

La fréquence des diabètes de type 1 et 2 semble moins importante dans la population des enfants ayant eu un allaitement de plus de 4 mois. La réduction du risque pour le type 2 chez l'adulte serait de 39 % et de 19 à 27 % pour celui de type 1 en fonction des études.

Wieslaw Jedrychowski et ses collègues chercheurs de l'Université Jagiellonian Medical College de Pologne ont réalisé durant 7 années une étude qui démontre que les enfants nourris durant plus de 6 mois au sein ont un QI supérieur de 3,8 à ceux nourris au biberon.

On note aussi :

Une diminution possible du risque de lymphome, de cancers, d'hypercholestérolémie chez les enfants plus âgés et les adultes ayant été allaités ;

Que les selles seraient moins acides, et cela cause moins d'érythèmes fessiers ;

Que le lait maternel se digèrerait plus facilement (entre 20 minutes et 2 heures) ;

que le lait maternel contient de la DHA (acide gras Oméga-3 très important pour le développement cérébral et rétinien) absent du lait de vache sans que l'on n'ait pu démontrer une amélioration des capacités cognitives. Certaines études tendraient à montrer que l'allaitement augmente le quotient intellectuel de l'enfant, mais cela est contesté par la plupart des études, plaidant plutôt pour une absence de preuves des bénéfices chez la totalité des enfants allaités (

le niveau intellectuel de l'enfant est actuellement corrélé à la catégorie socio-économique de la mère, notamment).

Que le développement psychomoteur serait meilleur chez les bébés allaités, notamment la préhension pouce-index et ce développement est proportionnel à la durée de l'allaitement

Un meilleur développement de la mâchoire permettant de diminuer le risque de malocclusion dentaire serait possible avec une tétée physiologique. Indépendamment de la qualité du lait, la mécanique de succion au sein serait meilleure pour éviter certaines malocclusions ou d'en réduire la gravité, à condition toutefois de ne pas poursuivre au-delà de l'âge d'évolution physiologique de la déglutition, soit vers 1 an et demi à deux ans³⁰.

Développement psychoaffectif :

Pour les psychanalystes, l'allaitement maternel constitue un élément majeur de la relation mère – enfant, « une situation qui l'implique, elle, profondément, dans son corps et dans sa vie psychique.

L' allaitement prolonge le temps de la grossesse et de la naissance et s'inscrit indissociablement dans la vie sexuelle de la femme et dans son histoire ».

Dans l'interaction mère– enfant, à cette période initiale de la vie où la mère et l' enfant sont étroitement unis en une véritable dyade, le contact étroit favorisé par l'allaitement au sein peut jouer un rôle essentiel dans la spirale transactionnelle qui lie la mère à son enfant, c' est-à-dire dans le renforcement du bien-être psycho-logique de la mère par celui de son enfant, et réciproquement.

La démonstration scientifique du rôle propre de l'allaitement au sein dans ces bénéfices affectifs pour l'enfant et pour la mère est difficile. Il faut souligner les difficultés inhérentes aux

méthodes d'évaluation des fonctions cognitives qui font appel à des instruments imparfaits, dont les estimations chiffrées ne doivent pas faire illusion.

La plupart des travaux publiés ont montré que le développement cognitif était légèrement supérieur chez les enfants nourris au sein.

Une méta-analyse publiée en 1999 a confirmé un bénéfice de 3,2 points de quotient intellectuel (QI) après ajustement pour les facteurs de confusion (âge, niveaux intellectuel, culturel et

éducatif des parents, statut socioéconomique, rang de naissance, tabagisme maternel, taille de la fratrie, etc.) ; intervalle de confiance à 95 % : 2,3– 4. Cette différence est significative et homogène, observée dès les deux premières années de vie et persiste dans l'enfance et l'adolescence. Elle augmente avec la durée de l'allaitement maternel. Elle est plus importante chez les enfants nés prématurément (5,2 contre 2,7 points chez les enfants nés à terme), suggérant que les prématurés en tirent plus d'avantages. L'analyse des données montre une amélioration globale des performances visuelles et motrices. Depuis cette méta-analyse, d'autres travaux allant dans le même sens ont été publiés. Les résultats favorables observés chez les prématurés recevant le lait de femme par sonde naso-gastrique plaident pour un avantage tenant plus au lait lui-même qu'à l'allaitement au sein.

Chez l'adulte, deux échantillons de sujets issus d'une cohorte danoise d'individus nés à Copenhague entre octobre 1959 et décembre 1961, classés à l'âge de 1 an en 5 groupes selon la durée de l'allaitement au sein, ont été évalués : le premier à l'âge moyen de 27,2 ans par le test du WAIS, le 2e à l'âge moyen de 18,7 ans par le score BPP.

Après ajustement pour les facteurs de confusion possibles (en particulier classe sociale et niveau d'éducation des parents), une association positive nette avec la durée de l'allaitement au sein a été démontrée : le résultat du test WAIS augmente ainsi significativement de 99,4 à 101,7–102,3–106 et 104 pour des durées d'allaitement respectives de moins d'un mois–2 à 3 mois–4 à 6 mois – 7 à 9 mois, et plus de 9 mois. Le score du BPP augmente significativement, pour ces mêmes durées d'allaitement de 38 à 39,2–39,9–40,1 et 40,1.

Cependant, cette affirmation de la supériorité du lait maternel pour le développement intellectuel de l'enfant est très controversée.

Une méta-analyse récente, reprenant toutes les publications consacrées au sujet de 1929 à 2001 n'en retient que 40 pertinentes, dont 27 (68 %) concluent à de meilleures performances cognitives, mais la plupart souffrent de biais méthodologiques. Les deux études ayant bénéficié de la meilleure méthodologie selon les auteurs de cette méta-analyse

concluent, pour l'une, à un effet positif significatif et, pour l'autre, à une absence d'effet. Pour d'autres auteurs, la controverse ne porte pas sur le fait que le QI soit légèrement supérieur, de l'ordre de 3 à 4 points, mais sur l'affirmation que cette

Différence reflète un avantage nutritionnel propre au lait de femme ou, au moins, un avantage directement lié à l'allaitement au sein. La différence pourrait tenir au fait que les femmes nourrissant leur bébé leur assurent un environnement affectif différent et une stimulation cognitive plus grande :

plusieurs études ont montré que l'allaitement maternel est associé à des niveaux socioéconomique et éducatif plus élevés.

Parmi les facteurs susceptibles d'expliquer les bénéfices de l'allaitement maternel sur le développement psychoaffectif, certains pourraient tenir au lait lui-même, à sa richesse en certains nutriments comme les AGPI à longue chaîne, en particulier le DHA dont le rôle dans les maturations de la rétine et du cortex cérébral est démontré ; le DHA, comme l'AA, est ajouté aujourd'hui aux préparations spécifiquement destinées aux prématurés, mais est absent de la plupart des préparations pour nourrissons.

Chez des nourrissons décédés de mort subite, la teneur en DHA du cortex cérébral est plus élevée chez les enfants nourris au lait maternel que chez ceux nourris avec une préparation pour nourrissons, et il existe, comme chez l'animal, une corrélation entre DHA érythrocytaire et DHA du cortex cérébral. Un autre avantage a été rapporté à la richesse en acide sialique des oligosaccharides du lait de femme, seul composant pouvant être libéré de ces oligosaccharides et absorbé au niveau du grêle. Cet acide sialique renforcerait significativement le pool disponible pour la synthèse des sphingolipides.

Au total, l'allaitement maternel, que ce soit pour des raisons psychoaffectives, nutritionnelles ou environnementales, apporte un bénéfice sur le plan cognitif, modeste mais démontré dans la majorité des études, qui persiste à l'âge adulte.

D'une façon générale, chez le nouveau-né de petite taille (moins de 2 500 g), l'allaitement maternel diminue la mortalité et la morbidité, et améliore la croissance et le développement cérébral.

Dans les pays non industrialisés, l'accès à une source d'eau potable de bonne qualité, préalable indispensable à l'utilisation de substituts de lait humain, est souvent peu aisé, avec un risque de contamination infectieuse important. L'allaitement maternel est d'autant plus recommandé dans ce contexte, avec la possibilité de sauver près de 1,3 million d'enfants chaque année si l'allaitement était massivement utilisé.

II-b) Chez la mère :

L'allaitement induit une continuité avec la sécrétion des hormones de grossesse

Il provoque une élévation du taux d'ocytocine ce qui induit la contraction de l'utérus après l'accouchement, et diminue les hémorragies du postpartum et permet à l'utérus de retrouver ses dimensions habituelles plus rapidement ;

La prolactine qui induit la sécrétion de lait provoque un apaisement et une somnolence chez la mère et le nourrisson ;

Il permet souvent à la mère de revenir à son poids d'avant la grossesse en utilisant les réserves accumulées ;

Il retarde l'arrivée du retour de couches (reprise des menstruations après la grossesse) : sans allaitement, les règles reviennent en général sous 3 mois. Un allaitement dit « complet » peut porter ce délai bien au-delà de 6 mois, ce qui évite les cas d'anémie chez la mère. Pendant cette période, et sous certaines conditions (notamment que l'enfant tète au moins 6 fois par 24 heures), la femme n'est pas fertile (voir planification familiale naturelle). Cependant, en raison de grandes variations individuelles, l'allaitement n'est pas considéré comme une contraception efficace ;

Selon des études : Dans ces conditions, la protection contraceptive est assurée à plus de 98 %

- l'allaitement doit être exclusif ou quasi exclusif, à la demande, jour et nuit ;
- l'aménorrhée doit persister (elle disparaît avec le retour de couches) ;
- la période considérée est les 6 premiers mois du post-partum.

Il améliorerait la minéralisation osseuse et diminuerait le risque de cancer ovarien et du sein ;

Le bénéfice financier pendant le temps d'un allaitement exclusif.

III. COMPOSITION DU LAIT MATERNEL :

III-1) Composition du lait maternel et changements au cours du temps :

1.a) Colostrum :

Le premier lait sécrété par la mère après l'accouchement s'appelle le **colostrum**. C'est un lait épais, translucide ou coloré (parfois presque orangé). Le colostrum répond tout de suite

aux besoins essentiels du bébé qui vient de naître. Il apporte sous un faible volume et dans les bonnes proportions tous les éléments complexes dont le nouveau-né a besoin.

- Le colostrum est naturellement peu abondant, entre 20 à 50 ml par tétée au début, une quantité qui augmente rapidement. Il convient au très petit estomac du nouveau-né. Il est très bien assimilé, n'occasionne pas de surcharge rénale et produit peu de déchets non digérés.
- Le colostrum est abondant en cellules vivantes et anticorps qui protègent le bébé contre les agressions microbiennes du milieu ambiant. Il contient beaucoup de protéines (23 g/l), des facteurs de croissance, des sucres directement assimilables (oligosaccharides), des vitamines, des sels minéraux et des acides aminés libres (20 %).
- Le colostrum est moins riche en lipides et en lactose, il a une densité énergétique moindre (450– 480 contre 650–700 kcal/L) ; il est en revanche plus riche en cellules immuno-compétentes (10 fois plus), en oligosaccharides (22 à 24 g/L contre 12 à 13 g/L), et en protéines (22 contre 11 g/L). L'augmentation porte sur les protéines solubles fonctionnelles comme les immunoglobulines, en particulier les IgAs, les lactoferrines, différents facteurs de croissance (G-CSF, EGF, IGF 1), les différentes cytokines, alors que les caséines sont pratiquement absentes. Tous ces éléments contribuent à protéger le nouveau-né, qui est particulièrement vulnérable aux infections.
- Le colostrum a des propriétés laxatives :

Le méconium sera évacuer d'autant plus vite, que le bébé sera nourrit rapidement.

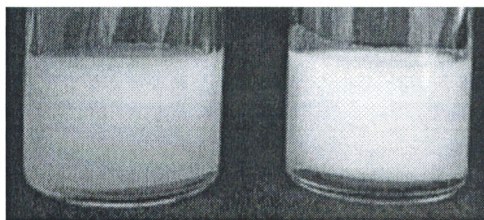
1-b) Lait de transition (Colostrum) au lait de maturité :

Après les premiers jours, la consistance se fluidifie, le volume augmente légèrement, la proportion des composants se modifie. C'est le lait de transition (colostral), un mélange de colostrum et de lait à maturité. Au bout de 2 à 3 jours, au moment de la « montée laiteuse », le volume de lait produit augmente brusquement. Le lait devient plus blanc. Environ 14 jours après la naissance, c'est le lait à maturité qui est produit (qui prend souvent un aspect bleuté, parfois translucide, ce qui ne signifie pas une baisse des qualités nutritives). Avec l'âge du bébé, le lait continue à augmenter en volume (mais même plus grand, il ne boira guère plus de 180ml à chaque tétée, chaque femme produisant environ 750ml de lait/ 24h). La composition correspond à l'âge et aux besoins du bébé.

	lait maternel	colostrum
Valeur calorique	72 Kcal	67 Kcal
Protéines	1,1g	plus élevé, très riche en anticorps (IgA)
Lipides	3,8g	moins gras mais très riche en vitamines A, E et K
Glucides	7g	moins de lactose
Minéraux		plus riche, en particulier Na, Zinc

Tableau 1 : montrant la valeur calorique du colostrum et lait mature

2) Composition essentielle du lait humain :



L'image représente deux échantillons de 25 ml de lait maternel pompé à partir du même sein d'une même femme pour illustrer combien le lait maternel humain peut varier en peu de temps. L'échantillon de gauche est le premier lait (teneur en eau plus élevée et moindre teneur en matières grasses ; il satisfait la soif). L'échantillon de droite est celui qui provient du sein presque vidé, correspondant à une fin de tétée. Sa teneur en eau est moindre, mais son taux de matières grasses est plus élevé ; il satisfait la faim.

Les composants majeurs du lait maternel sont : l'eau (87,5 % environ), les glucides (7 % environ), les lipides (4 % environ), les protides (1 % env.), les micronutriments (0,5 % environ). Mais ces proportions et ces composants sont amenés à se modifier constamment en fonction des besoins et de l'âge du bébé, de l'heure de tétée ou des débuts et fins de la tétée. Le lait maternel subit une évolution importante entre le colostrum des premiers jours et le lait à maturité vers trois semaines.

- La teneur des différents composants du lait maternel est également propre à l'espèce et directement proportionnelle à la vitesse de croissance du nouveau-né et au poids du cerveau.

- Chez l'humain qui a une croissance lente (140 jours pour doubler de poids) et un cerveau énorme (1 200 g), le profil du lait est faible en protéides et lipides, mais présente un taux élevé de glucides nécessaires à la construction du cerveau.
- Le profil de composition du lait maternel est relativement stable de par le monde et ne varie que dans une faible proportion en fonction du mode de vie et de l'alimentation de la mère.

De par la spécificité de sa composition, et contrairement au lait de vache, le lait humain se conserve relativement bien.

3) Composition biologique du lait maternel et tableau comparatif avec le lait de vache :

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

3-a) Protéines et substances azotées (Tableau 2) :

La teneur en protéines du lait de femme, comprise entre 8 et 12 g/L, est nettement inférieure à celle des autres mammifères.

Néanmoins, elle est parfaitement adaptée aux besoins du nourrisson en raison d'une excellente absorption et d'une parfaite adéquation du profil de ses acides aminés. Les protéines du lait de femme sont aussi très spécifiques ; même les caséines, qui ne représentent que 40 % des protéines (contre 80 % dans le lait de vache) sont différentes. Les caséines du lait de femme forment des micelles beaucoup plus petites que celles du lait de vache.

Il s'agit surtout de la caséine β dont l'hydrolyse conduit à des peptides (caséomorphines) à propriétés opioïdes et de la caséine κ hautement glycosylée, dont la fraction C terminale a des effets bifidogènes.

Enfin, un pourcentage élevé de protéines (60 %) ne précipite pas avec les caséines ; elles sont dites « protéines solubles ».

Ce pourcentage élevé de protéines solubles et les micelles de caséine de petite taille expliquent la coagulation plus fine du lait de femme dans l'estomac du nourrisson, contribuant à une vidange gastrique plus rapide.

Parmi ces protéines solubles, certaines ont un rôle fonctionnel essentiel comme les immunoglobulines, en particulier les IgA de type sécrétoire (IgAs) (0,5 à 1 g/L), les lactoferrines, le lysozyme, la bétadéfensine 1, des enzymes (en particulier une lipase), des facteurs de croissance comme l'insulin-like growth factor (IGF1), le transforming growth factor (TGF), les facteurs de croissance leucocytaire (G-CSF) et l'epidermal growth factor (EGF), qui a une action trophique sur les muqueuses gastrique et intestinale.

On trouve aussi de l'érythropoïétine, des protéines de liaison des folates, des vitamines B12 et D, de la thyroxine et des corticostéroïdes, et différentes cytokines, pro-inflammatoires (TNF- α , IL 1 β , IL 6, IL 8, IL 12, IL 18) ou anti-inflammatoires (IL10, TGF β 2), dont le rôle physiologique reste à préciser.

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

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

3-b) Lipides et digestibilité des graisses (Tableau 2) :

Si la teneur en lipides (35 g/L en moyenne) est proche de celle du lait de vache, la digestibilité et le coefficient d'absorption des graisses du lait de femme sont très supérieurs (80 % contre 60 % dans les premiers jours, atteignant rapidement 95 % contre 80 % à 3 mois pour le lait de vache).

La meilleure digestibilité des graisses tient à la présence, dans le lait de femme, d'une lipase dépendante des acides biliaires du nouveau-né qui compense, au niveau duodéal, l'insuffisance des lipases pancréatiques ;

S'y ajoute la structure différente des triglycérides : 70 % de l'acide palmitique (25 % des acides gras totaux) étant en position 2 sur le glycérol, il est bien absorbé sous forme de monoglycéride, ce qui n'est pas le cas avec le lait de vache.

Le lait de femme est riche en cholestérol (2,6 à 3,9 mM/L) alors que le lait de vache en contient peu (0,3 à 0,85 mM/L).

La cholestérolémie est d'ailleurs plus élevée chez le nourrisson au sein. Il faut rappeler le rôle du cholestérol dans la structure des membranes, comme précurseur hormonal et dans le développement cérébral.

Le lait de femme contient des acides gras polyinsaturés (AGPI), acides gras essentiels mais aussi leurs homologues supérieurs, en particulier acide arachidonique (AA : 0,46 g/100 g d'acides gras) dans la série linoléique (n-6) et acide docosa-hexaénoïque (DHA : 0,25 g/100 g d'acides gras) dans la série α -linoléique (n-3). Cette teneur dépend des apports alimentaires en acides gras n-6 et n-3 de la femme allaitante.

L'AA et le DHA ont un rôle démontré dans les processus de maturation cérébrale et rétinienne. L'immatunité chez le prématuré des processus d'élongation et surtout de désaturation qui permettent leur synthèse à partir des deux acides gras essentiels ont conduit à un consensus sur la nécessité d'une supplémentation spécifique et équilibrée en AA et en DHA des préparations pour prématurés.

3-c) Glucides et oligosaccharides du lait de femme (Tableau 2) :

Globalement, le lait de femme mature contient 75 g/L de glucides, dont 63 g de lactose et 12 g d'oligosaccharides, alors que le lait de vache ne comporte que du lactose. Formés de 5 sucres élémentaires (glucose, galactose, N-acétylglucosamine, fucose, acide sialique), de structure ramifiée, les oligosaccharides constituent une originalité majeure du lait de femme : ils sont plus de 130 et constituent de véritables prébiotiques. Non digestibles au niveau du grêle, à l'exception de l'acide sialique qui peut en être clivé puis absorbé, ils jouent un rôle essentiel

dans la mise en place de l'écosystème bactérien colique dominé, chez l'enfant au sein, par les bifidobactéries, en particulier *Bifidobacterium bifidum*.

Le rôle de ces oligosaccharides (quasiment absents du lait de vache) dans la protection vis-à-vis des infections digestives, mais aussi extradigestives, est aujourd'hui bien argumenté.

3-d) Autres composants du lait de femme (Tableau 2) :

La teneur relativement faible en azote et en sels minéraux (2,50 g/L) permet de limiter la charge osmolaire rénale à des valeurs assez faibles (93 mOsm/L), alors qu'elle est beaucoup plus élevée pour le lait de vache (308 mOsm/L).

Cette faible charge osmolaire rénale constitue une sécurité en cas de pertes hydriques excessives, par transpiration ou diarrhée, en permettant de mieux assurer le maintien à l'équilibre de la balance hydrominérale.

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

Pour 100 mL	Lait de vache	Préparations pour nourrissons	Lait de femme mature (après J ₄ -J ₅)
Poudre (g)		12,6-15	
Calories (kcal)	65	66-73	67
Protides (g)	3,7	1,5-1,9	1
Caséine (%)	80	60-80 ^a 44-50 ^b	40
Lipides (g)	3,5	2,6-3,8	3,5
Acide linoléique (mg)	90	350-740	350
Acide α -linoléique (mg)	Traces	30-100	37
Glucides (g)	4,5	6,7-9,5	7,5
Lactose (%)	100	47-100	85
Dextrine-maltose (g)	0	1,1-2,6	0
Autres sucres	Aucun	Amidon, glucose, fructose, saccharose	Oligosaccharides
Sels minéraux (mg)	900	250-500	210
Sodium (mg)	48	16-28	16
Calcium (mg)	125	43-93	33
Calcium/Phosphore	1,25	1,2-1,9	2
Fer (mg)	0,03	0,7-1	0,05

^a Préparations à protéines non modifiées.

^b Préparations à protéines adaptées.

Tableau 2 Teneurs indicatives en énergie, protides, lipides, glucides et minéraux du lait de femme, du lait de vache et des préparations pour nourrissons, destinées aux nourrissons de la naissance à 4 –6 mois (au 1er janvier 2004)

4) Différence générale entre allaitement maternel et substituts de lait :

Le lait maternel est adapté à l'enfant selon son âge et selon le moment de la tétée. Le lait maternel intègre de multiples constituants qu'il est impossible d'inclure dans les substituts de lait, en particulier les anticorps qui contribuent à la protection de l'enfant contre les infections. Selon Fairbank, on retrouve dans la littérature très peu d'exemples de l'intérêt clairement démontré des substituts de lait. Les inconvénients potentiels de l'alimentation artificielle concernent la contamination lors des étapes de préparation du biberon ou lors de son nettoyage, les défauts de stérilisation (même si les risques sont potentiellement très faibles dans les pays industrialisés), les erreurs de dosage de la poudre de lait aboutissant à une surconcentration de la préparation, les erreurs dans les processus de fabrication et enfin le coût de ces substituts de lait. Une estimation du coût lié à l'utilisation des substituts de lait est donnée dans l'ouvrage de l'OMS/UNICEF *Feeding and nutrition of infants and young children*.

IV-Les facteurs qui influencent le choix d'allaiter :

L'allaitement maternel est plus répandu chez les femmes appartenant à des milieux Favorisés et ayant fait des études plus poussées.

Les mères choisissent l'allaitement maternel parce qu'elles en retirent un investissement Émotionnel et des gratifications comme un sentiment d'utilité, une satisfaction physique, une image de soi positive, une affirmation de leur féminité.

Les mères non allaitantes justifient leur choix par l'importance donnée à leur activité professionnelle, l'image sociale négative de la femme allaitante, leurs conceptions éducatives et la volonté égalitaire de partage des tâches dans le couple que le biberon faciliterait.

Selon les rares études portant sur le moment du choix du mode d'allaitement, celui-ci se situe avant la grossesse pour plus de la moitié des mères. Le groupe de travail souligne l'importance de l'éducation sanitaire et le nécessaire renforcement de la place de l'allaitement maternel dans la société.

Les campagnes médiatiques nationales ou locales n'influencent pas directement les pratiques d'allaitement. Elles peuvent favoriser l'émergence d'un environnement favorable au soutien à l'allaitement maternel et contribue r au changement d'attitude à l'égard de cette pratique.

Seules les annonces télévisées répétées semblent avoir une influence sur l'intention ultérieure d'allaiter (grade C). Le groupe de travail recommande qu'une information appropriée soit donnée à l'école pour renforcer l'intention d'allaiter.

Les interventions qui encouragent l'allaitement maternel avant la naissance

Toute rencontre avec une femme enceinte doit être l'occasion pour les professionnels de santé d'aborder le mode d'alimentation du nouveau-né et en particulier l'allaitement maternel. Il est recommandé d'évaluer l'expérience de la future mère, ses connaissances, ses désirs et de lui donner des informations sur les modalités de mise en œuvre de l'allaitement. Cette information prénatale s'adresse également au futur père, celui-ci jouant un rôle de soutien de la mère.

En période prénatale, l'information seule, délivrée individuellement ou en groupe, a un impact limité sur les taux d'allaitement exclusif et sur la durée de l'allaitement maternel (grade C).

En revanche, des programmes structurés utilisant une approche de groupe ou individuelle, à l'hôpital ou en dehors, et s'appuyant sur l'association de plusieurs techniques éducatives (groupe de discussion, cours de préparation à l'accouchement, brochures, vidéo, manuel

Allaitement maternel – Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant

d'auto-apprentissage) augmentent le taux d'allaitement maternel à la naissance et, dans certains cas, sa poursuite.

Des études montrent que l'action des mères ayant allaité avec succès, formées à la conduite de l'allaitement et supervisées, renforce la décision des femmes qui ont décidé d'allaiter et

les aide à réaliser effectivement cet allaitement. Ce type d'intervention est

Recommandé.

Chez les femmes de faible niveau de ressources ou appartenant à des minorités ethniques, des contacts durant la période pré et postnatale avec des mères expérimentées améliorent la mise en œuvre et la durée de l'allaitement maternel

PARTIE PRATIQUE

I-INTRODUCTION :

L'organisation mondiale de la santé (OMS) et le Fond des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) recommandent un allaitement maternel exclusif jusqu'au l'âge de 6 et combiné à une nourriture complémentaire jusqu'à un an et plus.

La prévalence de l'allaitement maternel varie considérablement d'un pays à un autre. Elle est de 73% au Canada en 1994, de 91% en Italie en 1999, et de 83.8% en Australie en 1999. Aux Etats Unis, le taux d'allaitement maternel a augmenté de 33.5% en 1975 à 54% en 1980 et 59.7% en 1984. Ce taux est resté relativement stable depuis le début des années 80 jusqu'en 1995. En 1995, 60% des jeunes mamans allaitaient et 20% d'entre elles continuaient à le faire après six (06)mois.

En Scandinavie, la prévalence de l'allaitement maternel est très élevée. En Suède, elle était en 1945 d'environ 95% à 2 mois mais elle a chuté progressivement jusqu'en 1972 (23). Au cours des années suivantes, la prévalence a graduellement augmenté pour atteindre 80%. Cette progression initiée en 1972, a débuté avec la prise de conscience par les mères instruites des bienfaits immunologiques et nutritionnels de l'allaitement. L'adoption par le parlement suédois de lois garantissant aux mamans allaitantes 80% de leur salaire pendant

9 mois après l'accouchement (actuellement 12 mois) a également contribué à cette augmentation. La prévalence de l'allaitement maternel a augmenté secondairement entre 1990 et 1998 (23), particulièrement entre 6 mois et 9 mois, due en partie à l'adoption par les maternités suédoises de l'initiative "Hôpitaux amis des bébés" lancée par l'OMS et UNICEF.

Dans plusieurs contrées, la durée de l'allaitement exclusif au sein a été corrélée positivement avec le milieu rural ou suburbain, le niveau d'instruction supérieur et l'éducation prénatale, tandis qu'une corrélation négative a été rapportée avec le travail de la femme et le fait de recevoir du lait artificiel à la maternité. La durée de l'allaitement au sein est déterminée par l'âge maternel, la supplémentation alimentaire dont le lait artificiel, l'éducation de la mère et la perception de l'allaitement par de cette dernière.

Dans d'autres études, c'est essentiellement le travail de la femme et particulièrement à plein temps qui a été retenu comme déterminant pour la durée d'allaitement au sein. Ailleurs, ce sont essentiellement les traditions familiales d'allaitement au sein et les expériences antérieures d'allaitement au sein, le support social durant la période d'allaitement et la classe sociale qui déterminent la durée d'allaitement au sein

En Algérie, le taux de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de six mois : ne représente que 7% dans la société algérienne a indiqué la chargée de programme alimentaire national au Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière dans la

déclaration a l' APS à l'occasion de la semaine mondiale de l'allaitement maternel instituée par l'OMS et l' UNICEF (1^{er} au 7 Aout 2012).

L'allaitement maternel « qui est un vaccin naturel pour l'enfant mal exploité en Algérie ne représentait que 7% en Algérie .Alors que dans les pays voisins ce taux variait entre 30 et 47%, la spécialiste a déploré le recul de l'allaitement maternel bien que 95% des naissances surviennent en milieu hospitalier , rappelant que dans les pays scandinaves le taux d'introduction de l'allaitement maternel a atteint 90 à 95% grâce aux campagnes de sensibilisation a ses bienfaits .

II-MATERIEL ET METHODES

II-a) OBJECTIFS DE L'ETUDE :

L'objectif principal de cette étude est de préciser le désir d'allaitement au sein chez cet échantillon de femmes qui ont accouché au niveau de l'EHS Tlemcen, et de faire une comparaison de ce désir avec le taux d'allaitement maternel effectif après 01 mois, ainsi que la relation entre ce désir et certains facteurs telles que : l'âge, niveau intellectuel et le mode d'accouchement.

II-b) CHOIX DE LA METHODE :

Il s'agit d'une enquête transversale descriptive .cette étude a été réalisé entre 01 Novembre et 31 Décembre. Auprès d'un échantillon de 115 femmes qui ont accouché au niveau de l'Etablissement Hospitalier Spécialisé MERE-ENFANT (EHS Tlemcen) durant cette période d'étude.

II-c) QUESTIONNAIRE (ANNEXE) :

Un questionnaire était rempli pendant le séjour en Maternité (EHS Mère Enfant Tlemcen) pour recueillir des variables sociologiques et médicales et pour connaitre le déroulement de l'allaitement maternel dans ses premiers mois (pour une durée d'un mois). Des communications téléphoniques ont été effectuées après 1 mois.

II-d) METHODE DE COLLECTION DES DONNEES :

Chaque jour un médecin interne passe dans les unités de la maternité pour interroger les femmes qui ont accouché en J1, J2 et J3 de post partum . Et aussi pour recueillir les informations nécessaires concernant leurs désirs d'allaiter naturellement .et après un délai d'un mois les femmes sont appelées pour savoir si elles allaitent toujours au sein.

La saisie des données et l'analyse statistique a été réalisée à l'aide de système Epi info version 6 .

III-LES RESULTATS :

L'étude porte sur un échantillon de 115 femmes qui ont accouché au niveau de l'EHS Tlemcen soit un accouchement par voie haute ou par voie basse durant la période de l'étude .dont 03 femmes sont primipares et le reste est des multipares (112 femmes). L'âge minimum des femmes était 15ans et l'âge maximum 40 ans ,parmi elles il avait 22 femmes qui ont l'âge entre 15 ans et 25 ans. 63 femmes entre 26 ans et 35 ans et 30 femmes ont plus de 36 ans.

Durée d'allaitement	pas d'allaitement	1 mois	3 mois	6 mois	plus de 6 mois
Nb	13	12	10	10	70
Fréq	11,3%	10,4%	8,7%	8,7%	60,9%

III-a) LES RESULTATS APRES L'ACCOUCHEMENT :

Tableau 1 : Répartition des fréquences selon la durée d'allaitement :

Le désir quel montre cet échantillon de femmes pour l'allaitement maternel est de 88.7%.

La majorité des femmes qui sont interrogées souhaitent (Désir) allaiter, avec une durée qui dépasse les six mois (60.9% des femmes) alors que un taux de femmes qui est estimée à 11.3% ne souhaitent pas allaiter naturellement.

Tableau 2 : Répartition des fréquences selon le niveau intellectuel des femmes :

Niveau intellectuel	pas d'allaitement	1 mois	3 mois	6 mois	plus de 6 mois
Universitaire	2	0	1	0	10
Baccalauréat	0	1	3	1	13
Ni l'un ni l'autre	10	11	6	9	48

Figure 1 : répartition des fréquences selon le niveau intellectuel et la durée de l'allaitement maternel :

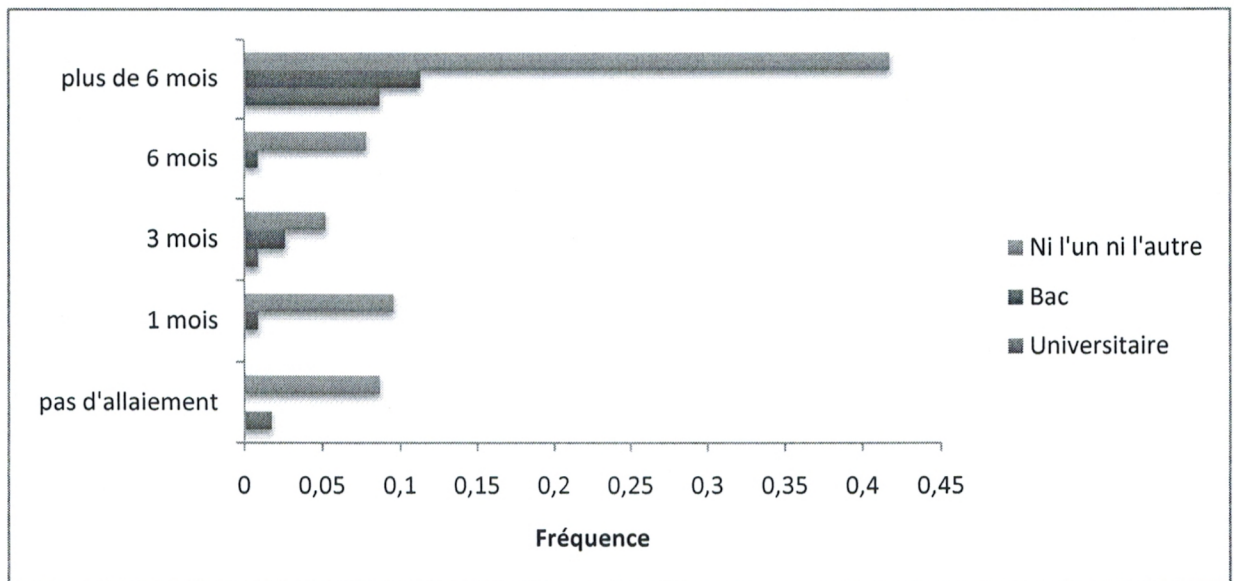


Tableau 3 : Répartition des fréquences selon le mode d'accouchement :

mode d'accouchement	pas d'allaitement	1 mois	3 mois	6 mois	plus de 6 mois
normal	7	9	7	7	60
césarien	5	3	1	4	12

Fig2.répartition des fréquences selon le mode d'accouchement par césarienne :

Accouchement par césarienne

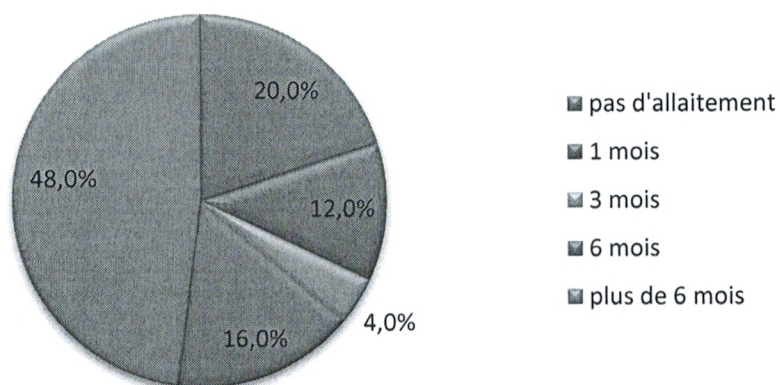
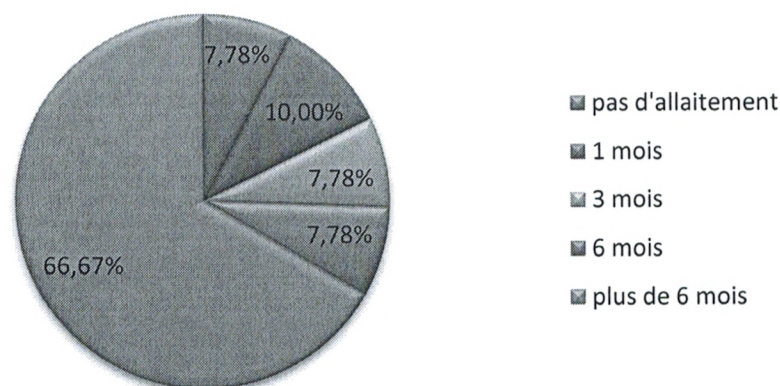


Figure 3 : répartition des fréquences selon le mode d'accouchement normal :

Accouchement normal



III-b) RESULTATS APRES UN MOIS DE L'ACCOUCHEMENT :

Après 01 mois, des appels téléphoniques ont été fait avec les femmes qui ont accouché au niveau de l'EHS dont 69 femmes elles ont répondu à nos questionnaire.

La fréquence de l'allaitement maternel après 01 mois de l'accouchement est estimée à 77%.

1. La fréquence de l'allaitement maternel pour une durée d'allaitement à 01 mois en fonction de l'âge :

a. l'âge entre 15 et 25 ans :

	Femmes qui allaitent	Femmes qui n'allaitent pas	Total
Nbre de femmes	11	02	13
fréquence	84%	16%	100%

b.l'âge entre 26 et 35ans :

	Femmes qui allaitent	Femmes qui n'allaitent pas	Total
Nbre de femmes	30	08	38
fréquence	79%	21%	100%

c.l'âge plus de 36 ans :

	Femmes qui allaitent	Femmes qui n'allaitent pas	Total
Nbre de femmes	12	06	18
fréquence	67%	33%	100%

2. La fréquence de l'allaitement maternel pour une durée d'un mois en fonction de mode d'accouchement :

a. Césarienne :

	Femmes qui allaitent	Femmes qui n'allaitent pas	Total
Nbre de femmes	11	05	16
fréquence	69%	31%	100%

b. selon le mode d'accouchement normal :

	Femmes qui allaitent	Femmes qui n'allaitent pas	Total
Nbre de femmes	44	09	49
fréquence	83%	17%	100%

3.La fréquence de l'allaitement maternel pour une durée d'un mois répartie selon de niveau intellectuel :

a.Niveau universitaire :

	Femmes qui allaitent	Femmes qui n'allaitent pas	Total
Nbre de femmes	07	03	10
fréquence	70%	30%	100%

b.Niveau baccalauréat :

	Femmes qui allaitent	Femmes qui n'allaitent pas	Total
Nbre de femmes	10	02	12
fréquence	84%	16%	100%

c.Les femmes qui n'ont aucun niveau intellectuel :

	Femmes qui allaitent	Femmes qui n'allaitent pas	Total
Nbre de femmes	36	11	47
fréquence	76%	24%	100%

IV) DISCUSSION

Avant les années 1980, l'allaitement maternel ne préoccupait guère les professionnels de santé, sa pratique était universelle.

Vers la fin des années 1980 commençait un déclin de l'allaitement maternel en faveur de l'allaitement artificiel. Ainsi à l'échelle nationale, le taux de l'allaitement maternel exclusif a beaucoup diminué, ce déclin rapide de sa pratique tire une sonnette d'alarme et représente un vrai problème de santé publique. De même à l'échelle mondiale les chiffres du taux d'allaitement maternel exclusif à six mois (Durée recommandée par l'OMS) restent très faibles : 11% dans des études françaises, 29% dans des études brésiliennes et 9% dans une autre italienne. La tendance à la régression de cette pratique est en rapport avec le progrès dans la fabrication et la commercialisation des laits industriels, le manque d'information et de sensibilisation des mères d'une part et d'autre part le manque de formation des professionnels de santé.

Notre étude a été réalisée au niveau de l'EHS Tlemcen, permettant l'accueil des femmes de toute la région de Tlemcen. L'échantillon de 115 femmes est considéré représentatif de la population générale au niveau de la région et non pas au niveau national (diversité culturelle). Dans notre enquête le taux de désir chez les femmes qui souhaitent allaiter naturellement est de 88.7%. Ce taux élevé, montre l'adhérence de ces femmes à l'allaitement maternel. En comparant ce résultat avec le résultat trouvé à 01 mois après (77%), on distingue qu'il n'y a pas une différence significative entre le désir d'allaitement après l'accouchement et sa pratique. Même si cette différence n'était pas significative, elle représente comme même un manque à gagner. Plus de 2/3 de ces femmes désirent allaiter naturellement pour une durée qui dépasse les 6 mois. Ainsi que parmi les 13 femmes qui ont un niveau universitaire, dix femmes parmi elles souhaitent allaiter au sein pour une durée de plus de 6 mois. Un accouchement par voie basse encourage plus à l'allaitement maternel qu'un accouchement par césarienne.

V-CONCLUSION

Au vu de résultats, On peut dire que les femmes de la région de Tlemcen montrent une vraie adhérence à l'allaitement maternel par leurs désirs malgré le manque de l'information et de la communication avec les familles.

La majorité des femmes n'ont niveau intellectuel modeste d'où la nécessité de la sensibilisation et aussi la formation du personnels de santé pour le maintien de l'allaitement maternel à une longue durée.

QUESTIONNAIRE (ANNEXE)

1) Dans quelles tranches d'âge vous situez-vous ?

15 à 25 ans 26 à 35 ans 36 ans et plus

2) Pour l'allaitement au sein veuillez noter la durée svp.

1 mois

3 mois

6 mois

Plus de 6 mois

3) Quel été le mode de vote accouchement ?

Césarienne

Normal

4) Si vous avez allaité un ou plusieurs de vos enfants, quelles étaient les raisons pour lesquelles vous avez arrêté ?

5) Avez-vous noté que vos enfants allaités au sein tombent malades que leurs frères allaités au biberon ?

Oui

Non

6) Si je peux me permettre de savoir votre niveau intellectuel ?

Universitaire

Baccalauréat

Ni l'un ni l'autre

Bibliographie :

- ✓ B.Salavane,C.de Laury,C.Guerrissi,k.casteletbon,Taux d'Allaitement Maternel à la maternité et au 1^{er} mois de l'enfant 2012,Etude Epifane.
- ✓ F.Noirhomme-Renard,Q Noirhomme,Les facteurs associés à l'Allaitement Maternel prolongé au delà de 03 mois,Journal de Pédiatrie et de Puériculture 2009.
- ✓ B ,Branger,M.Cebron ,G.Richerot,M.Coraulier,Les facteurs influençant l'Allaitement Maternel chez 150 femmes ,ARCH Pédiatr 1998.
- ✓ V.Siret ,C.Castel,P,Boileau ,K,Castetbon,L.Foix l'Hélias,Facteurs associés à l'Allaitement Maternel de nourrisson jusqu'au 6 mois.ELSEVIER MASSON 2008