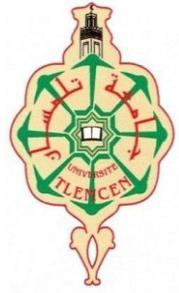


République Algérienne Démocratique et Populaire
Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique
Université Abou-Bakr Belkaid-Tlemcen



Faculté de Médecine
Département de Médecine

Mémoire pour l'obtention du diplôme de doctorat en médecine

Intitulé

L'allaitement maternel chez les nouveau-nés hospitalisés

Présenté par

LARABI Amel
KORAIB Rihab

Encadré par

Mme Benmansour Souheila Amal

Année Universitaire: 2017-2018

Remerciement :

En premier lieu nous remercions dieu le tout puissant

Nous tenons à remercier Mme Benmansour, maitre-assistante en pédiatrie, pour ses encouragements et ses conseils tout au long de la réalisation de ce travail.

Nous remercions également Pr .Smahi, chef de servie de néonatalogie de l'EHS mère-enfant de Tlemcen, qui nous a formées et accompagnées tout au long du stage avec beaucoup de patience et de pédagogie.

Enfin nous témoignons notre gratitude à tous ceux qui ont participé de près ou de loin par leurs qualités professionnelles et humaines à la réalisation de ce travail.

Table des matières

Liste des figures	6
Liste des tableaux	8
Liste des abréviations	10
Résumé	11
Introduction	12
Chapitre I : Revue de la littérature.	13
Généralité.....	13
1. Historique	13
2. Définition de l'allaitement maternel.....	14
2.1. Types de l'allaitement.....	15
2.2. L'allaitement maternel dans le monde.....	15
2.3. L'allaitement maternel en Algérie.....	16
3. Anatomie /physiologie de la lactation	16
3.1. Physiologie de la lactation	16
3.2. Anatomie du sein	17
4. Composition/variabilité du lait maternel	17
4.1. Composition du lait maternel	18
4.2. Evolution du lait maternel.....	20
5. Duré optimale de l'allaitement maternel exclusif	21
6. Impact de l'allaitement maternel	22
6.1. Pour l'enfant.....	22
6.2. Pour la mère.....	24
6.3. Pour la société.....	25
7. Les problèmes courants de l'allaitement maternel	25

7.1. complication mammaire de la lactation :	26
7.2. L'insuffisance du lait :	28
8. les contres indications de l'allaitement maternel :	28
8.1. Contre indication à l'allaitement au sein et au lait exprimé:	28
8.2. Contre indication temporaire à l'allaitement maternel et au lait exprimé	29
8.3. Contre indication temporaire à l'allaitement maternel mais pas au lait exprimé	29
8.4. Médication.....	29
9. Allaitement maternel et hospitalisation :	29
9.1. Les facteurs influençant l'allaitement maternel au cours de l'hospitalisation	30
9.2. Les moyens d'expression du lait	31
9.3. L'accueil du lait exprimé	33
9.4. Conservation du lait exprimé	33
9.5. Transport du lait exprimé	33
9.6. Réchauffement.....	33
10. Conditions de succès de l'allaitement maternel	34
Chapitre II : L'enquête sur l'allaitement maternel	35
1. Problématique.....	35
2. Objectif.....	35
3. Matériel et méthodes.....	35
3.1. Type de l'étude.....	35
3.2. Echantillon	36
3.3. Période de l'étude	36
3.4. Lieu de l'étude.....	36
4. Déroulement de l'étude.....	36
5. Questionnaire.....	37
6. Analyse des données	37
7. Résultats	37
7.1. Caractéristiques sociodémographique de la population.....	37
7.2. Caractéristiques des nouveau-nés.....	46
7.3. L'allaitement en période de l'hospitalisation	49
7.4. Facteurs associés à la poursuite d'allaitement exclusif à 03 mois	54
8. Discussion	62

9. Conclusion.....	64
10. Bibliographie.....	65
11. Annexes.....	69

Liste des figures

Figure 1 : Répartition de la population étudiée selon l'âge des mères en année	38
Figure 02 : Répartition de la population d'étudiée selon l'exercice d'une profession	39
Figure 03 : répartition de la population d'étudiée selon le niveau d'étude des mères	40
Figure 04: Répartition de la population étudiée selon la parité des mères	40
Figure 05: Répartition de la population étudiés el on le mode d'accouchement.	41
Figure 06 : la répartition de la population étudiée selon que l'habitat soit partagé avec la famille ou pas	42
Figure 07 : Répartition des mères selon la durée moyenne de l'allaitement antérieur par enfant	43
Figure 08 : Répartition des mères selon le désir d'allaiter au sein.....	43
Figure 09 : Répartition selon la duré d'allaitement maternel souhaité (chez les mères qui ont décidé d'allaiter)	44
Figure 10 : Répartition selon La raison motivant les mères pour l'allaitement au sein	45
Figure 11 : Répartition selon la présence ou pas d'information concernant l'allaitement maternel	46
Figure 12 : Répartition selon le premier liquide reçu chez les nouveau-nés à la naissance	47
Figure 13 : Répartition des nouveau-nés selon les motifs d'hospitalisation.	48
Figure 14 : Répartitions des nouveau-nés selon la duré d'hospitalisation	48
Figure 15 : type d'allaitement pendant l'hospitalisation	49
Figure 16 : Répartition des Nouveau-nés hospitalisés selon la présence des mères	50
Figure 17 : Répartition des nouveau-nés selon le type d'alimentation à 3 mois.....	51
Figure 18 : type d'allaitement à l'âge de 03 mois.....	52

Figure 19 : Durée de l'allaitement maternel à l'âge de 03 mois	52
Figure 20 : les causes de non allaitement ou à l'interruption de l'allaitement maternel avant 3 mois de vie.....	53
Figure 21 Type d'allaitement maternel à 3 mois selon l'âge des mères.....	54
Figure 22: Le taux d'AM exclusif à 3mois selon le niveau d'étude des mères.	55
Figure 23 : Allaitement maternel exclusif à l'âge de 3 mois selon l'exercice ou non de profession.....	56
Figure 24: allaitement maternel exclusif à l'âge de 3 mois selon mode d'accouchement	57
Figure 25: l'allaitement maternel exclusif à l'âge de 3 mois selon la parité.....	57
Figure 26: l'allaitement maternel exclusif à l'âge de 3 mois en fonction des motifs d'hospitalisation	58
Figure 27 : l'allaitement maternel exclusif à 3 mois en fonction de la durée d'hospitalisation des nouveau-nés	59
Figure 28 : l'allaitement maternel exclusif à 3mois en fonction de la survenu des mères pour l'allaitement	59
Figure 29 : allaitement maternel exclusif à 03 mois selon l'habitat seul ou avec la famille	60
Tableau 30 : allaitement maternel exclusif à 03 mois selon le 1 ^{er} liquide reçu.	61

Liste des tableaux :

Tableau 01 : répartition de la population étudiée selon l'âge des mères	37
Tableau 02 : répartition de la population étudiée selon l'exercice d'une profession.....	38
Tableau 03 : répartition de la population étudiée selon le niveau d'étude	39
Tableau 04 : répartition de la population étudiée selon la parité des mères	40
Tableau 05 : répartition de la population étudiée selon le mode d'accouchement	41
Tableau 06 : répartition de la population étudiée selon l'habitat seul ou avec la famille.....	41
Tableau 07 : répartition des mères selon la durée moyenne de l'allaitement antérieur par enfant	42
Tableau 08 : répartition des mères selon le désir d'allaiter au sein	43
Tableau 09 : Répartition de la population selon la durée d'allaitement maternel souhaitée par les mères	44
Tableau 10 : la répartition des mères selon les raisons motivants l'allaitement maternel.....	45
Tableau 11 : répartition des mères selon la présence d'information sur l'allaitement maternel	45
Tableau 12 : répartition des nouveau-nés selon le 01 ^{er} liquide reçu	46
Tableau 13 : Répartition des nouveau-nés selon les motifs d'hospitalisation.....	47
Tableau 14 : la répartition des nouveau-nés selon la durée de l'hospitalisation	48
Tableau 15 : type d'allaitement pendant l'hospitalisation.....	49
Tableau 16 : Répartition des Nouveau-nés hospitalisés selon la présence des mère	50
Tableau 17 : l'allaitement chez la population étudiée à 03 mois	50
Tableau 18 : type d'allaitement à l'âge de 03 mois	51

Tableau 19 : Durée de l'allaitement maternel à l'âge de 03 mois	52
Tableau 20 : causes de non allaitement ou d'interruption de l'allaitement maternel	53
Tableau 21 : l'allaitement maternel exclusif à 03 moi selon l'âge des mères.....	54
Tableau 22 : l'allaitement maternel exclusif à 03 mois selon le niveau d'étude	55
Tableau 23 : l'allaitement maternel exclusif à l'âge de 03 mois selon l'exercice de profession	56
Tableau 24 : l'allaitement maternel exclusif à l'âge de 03 mois selon le mode d'accouchement	56
Tableau 25 : l'allaitement maternel exclusif à l'âge de 03 mois selon la parité	57
Tableau 26 : allaitement maternel exclusif à 03 mois en fonction des motifs d'hospitalisation	58
Tableau 27 : allaitement maternel exclusif à 03 mois en fonction de la durée d'hospitalisation	58
Tableau 28 : allaitement maternel exclusif à 03 mois en fonction de la fréquence de survenu de la mère pour allaiter	59
Tableau 29 : allaitement maternel exclusif à 03 mois selon l'habitat seul ou avec la famille ..	60
Tableau 30 : allaitement maternel exclusif à 03 mois selon le 1 ^{er} liquide reçu.....	61

Liste des abréviations

AM : Allaitement Maternel

N-né : nouveau-né

HAS : Haute Autorité de Santé

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

IGAB : Interagency Group for Action of Breastfeeding

PVD : Pays en Voie de Développement

LLL : La Leche League

IGA : Immunoglobuline type A

IGF : Insuline Growth Factor

G-CSF : Facteur de Croissance leucocytaire

EGF : Epidermal Growth Factor

PO : Per Os

UNICEF : United Nations International Children's Emergency Fund

ESPGHAN : The European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition

AAP : Académie Américaine de Pédiatrie

IC : indice de confiance

Résumé

Face au recul de la pratique de l'allaitement maternel en Algérie et de l'influence de l'hospitalisation de certains nouveau-nés qui constitue une séparation mères-nouveau-nés dans une période très critique où ils sont dépendants de leurs mères ; nous avons réalisé une étude prospective à visée descriptive (étude cas-témoin) au niveau de l'EHS mère-enfant de Tlemcen, sur un total de 120 nouveau-nés du mois d'octobre 2017 au mois de d'avril 2018, 60 N-nés parmi eux ont été transférés en néonatalogie tandis que les 60 N-nés restants n'ont pas subi une hospitalisation, à l'aide d'un questionnaire préétabli comportant deux parties et ils ont été suivis pendant 3 mois. Le taux d'allaitement maternel exclusif à 3 mois chez la population étudiée est de 48% ; 53% chez les témoins tandis que 44% chez les N-nés hospitalisés. L'insuffisance lactée constitue la principale raison du sevrage précoce. Le taux et la durée de l'allaitement maternel sont plus importants chez les femmes au foyer, de niveau socio-économique moyen, multipares qui ont une expérience sur l'allaitement au sein, ayant accouché par voie basse, n'étant pas séparées de leurs nouveaux nés après l'accouchement, ces derniers n'ayant pas reçu de biberon en complément dans la maternité et dont l'entourage est d'avis favorable sur la question. L'enquête a révélé aussi une certaine insuffisance des connaissances des mères sur l'allaitement maternel, qui ont pour principale source l'entourage immédiat. En conclusion, beaucoup d'insuffisances restent à combler en matière de promotion de l'allaitement maternel qui représente une ressource d'une valeur sanitaire inestimable.

Mots clés : taux de l'allaitement maternel - hospitalisation - allaitement exclusif – facteurs influençant l'allaitement maternel.

Introduction

L'allaitement maternel (AM) est le moyen le plus naturel et le plus adapté pour nourrir un enfant. Malgré ses bénéfices indiscutables tant pour l'enfant que pour sa mère, sa pratique reste insuffisante en Algérie. Cette insuffisance est encore plus aggravée par une séparation mère- nouveau né (N-né) lors de son séjour au niveau de l'hôpital ainsi que par le manque d'informations de la population et la persistance d'un certain nombre de préjugés. La formation insuffisante des professionnels de la santé participe aussi au peu de soutien ressenti par les mères lors de la mise en route de leur allaitement.

En Algérie, toutes les données convergent vers le fait que l'allaitement maternel est de moins en moins pratiqué. Le taux d'allaitement maternel exclusif à six mois fait partie des taux les plus bas au monde et il n'existe aucune mesure sérieuse pour contrer ce fléau.

Les nouveau-nés hospitalisés constituent une population encore plus à risque de ne pas bénéficier des bienfaits de l'allaitement maternel. En effet, la séparation inéluctable de la mère, le séjour dans des structures totalement inadaptées au contact mère-enfant ainsi que le manque de formation du personnel sont autant d'éléments qui défavorisent l'allaitement maternel.

Dans ce contexte, il nous est apparu intéressant de déterminer le taux d'allaitement maternel à trois mois chez une population de N-nés hospitalisés au service de néonatalogie de l'EHS mère-enfant de Tlemcen ainsi que les facteurs qui peuvent l'influencer.

Chapitre I : Revue de la littérature

Généralités

L'allaitement procure de nombreux avantages pour la santé des nourrissons, de leur mère, des familles et de la société en général. Le lait maternel est adapté à l'espèce et offre une matrice bioactive unique d'éléments qui ne peuvent être reproduits par les préparations artificielles. Il contient des éléments cellulaires vivants, des substances et des hormones immunoréactives ainsi que d'autres éléments nutritifs nécessaires pour une croissance, une santé et un développement optimaux du nouveau-né.

Le lait maternel est à la fois la norme physiologique et l'alimentation idéale pour le nourrisson humain. (Naiman, 1988)

L'allaitement maternel doit être considéré comme faisant partie intégrante des soins aux nouveaux nés prématurés ou malade car il est supérieur par rapport au lait artificiel en fournissant de nombreux avantages bien documentés, y compris la diminution des effets indésirables néonatal ; tels que : septicémie, rétinopathies de prématurité.....

Cependant, certains nouveaux nés n'ont pas accès au lait maternel et restent donc vulnérables. (Fugate et al., 2015)

1. Historique

Un allaitement maternel est un phénomène biologique naturel, depuis que l'homme existe. Mais en cas de décès post-partum de la mère, ou lorsque la mère ne pouvait pas nourrir l'enfant, elle recourait au service d'une nourrice. Les nourrices étaient en générale, des femmes issues de la classe populaire. Depuis la fin du XVIème siècle, l'allaitement mercenaire gagnait le milieu aristocratique, et se répandait aussi parmi la bourgeoisie. Les mères se défaisaient de la servitude d'allaitement.

Les femmes d'artisans aisées pouvaient également louer les services de nourrices. Cette pratique fut alors généralisée, et les femmes eurent recours à ce type de service jusqu'au XVIIIème siècle. Il a fallu attendre le début du XIXème siècle, avec les prétentions

exemplaires de Madame d'Épinay, pour que l'allaitement maternel retourne à la normale. L'idée d'allaiter son propre bébé, fut envisagée comme absurde par les gens de son milieu. A la fin de cette époque, naquit l'usage du lait de vache modifié. Ce fait a diminué sensiblement l'allaitement maternel, et l'on notait en 1960, le taux d'allaitement le plus bas. Il y eût beaucoup de publicités sur les produits industriels de nutrition infantile jusqu'aux pays les moins développés. Et depuis, il a connu une nouvelle progression, mais reste différent selon les pays.

Par exemple, il n'était que de 7% en Grande-Bretagne, alors qu'en Norvège, il atteignait 64%. On soutenait simplement que l'allaitement de l'enfant est un signe de pauvreté. Le lait de vache suisse pour bébé, mélangé dans de bonnes proportions, au sucre et à la farine, a été mis au point par Nestlé en 1890. Il était réservé à ceux qui avaient les moyens d'en acheter. Mais la fin du XXème siècle, marque un tournant pour la nutrition de l'enfant. Des associations d'aide aux mères, ainsi que des mesures de préservation de l'allaitement maternel se sont installées. Les conditions d'allaitement ont été améliorées, rendant ainsi plus de confort à la mère, aussi bien sur le plan corporel que social. Les informations de qualité et le développement des réseaux d'information et d'entraide, étaient accessibles au public. L'évolution des techniques d'aide à l'allaitement alliée aux mesures de santé publique, favorisent l'allaitement maternel

Avec l'amélioration des conditions d'allaitement artificiel, l'allaitement maternel est parfois considéré comme une contrainte sociale, mais non comme une alternative.

(Obladen, 2014)

Néanmoins, en France, 75% des femmes seraient pour l'allaitement pendant quelques semaines. En 1995, les mères qui allaitent à leur sortie de maternité, représentent moins de 50%. Elles sont de 60% en 2005, mais le taux d'allaitement diminue jusqu'à 5% au quatrième mois. Le Programme National Nutrition-santé, a prévu que 70% des françaises doivent allaiter durant au moins 4 mois.(Charkaluk et al., 2018)

2. Définitions

Dans les nombreuses études réalisées sur l'allaitement, nous ne trouvons pas de réel consensus sur sa définition.

Si nous nous basons sur la Haute Autorité de Santé (HAS), se référant à des travaux de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et de l'Interagency Group for Action of

Breastfeeding (IGAB), l'allaitement maternel est défini comme l'alimentation du nouveau-né ou du nourrisson par le lait de sa mère.

Dans cette définition, nous considérons également la réception passive (c'est-à dire par l'intermédiaire d'une tasse, d'une cuillère, d'un biberon) du lait maternel exprimé, comme un allaitement maternel (Futura-Sciences, 2018)

2.1. Types de l'allaitement maternel :

L'OMS distingue 3 types d'allaitement

L'allaitement exclusif : le nouveau-né ou nourrisson ne reçoit que du lait maternel. Cela exclut tout apport solide ou liquide y compris l'eau. La prise de médicaments ne remet pas en question le caractère exclusif de l'allaitement.

L'allaitement prédominant : le nouveau-né ou nourrisson reçoit, en plus du lait maternel, de l'eau sous forme d'eau pure, de jus de fruit ou d'infusions.

L'allaitement partiel : le nouveau-né ou l'enfant reçoit, en plus du lait maternel, du lait en poudre, des céréales ou d'autres aliments solides. (OMS-LANCET 2000)

Enfin, selon le mode d'administration du lait on différencie :

L'allaitement maternel actif : pour un nouveau né ou nourrisson qui tète les seins de sa mère.

L'allaitement maternel passif : qui correspond à une administration de lait maternel par l'intermédiaire de tasse, cuillère ou biberon.(Chantry et al., 2015)

2.2. AM dans le monde :

La promotion de l'allaitement est devenue une priorité aussi bien dans les PVD que dans les pays industrialisés. Tous, s'accordent à dire que le lait maternel est le meilleur aliment durant les premiers mois de vie.(Jacobson et al., 2018)

Dans la plupart des pays d'Afrique, depuis les années 70, suite aux campagnes pour l'utilisation des laits en poudre, on observe un déclin de l'allaitement au sein. Mais son délaissement est néfaste dans ces pays pauvres : le pouvoir d'achat est faible et les mères ont tendance à diluer le lait pour l'économiser, source de malnutrition.(Asare et al., 2018)

Dans les sociétés nord-américaines, la recrudescence de l'allaitement maternel s'est intégrée à l'important mouvement social des années 60-70 pour un retour à la nature. On a observé une prise de conscience des mères, de groupes de femmes, d'associations comme la Leeche League, y compris de mouvements féministes. Cela a précédé la reconnaissance médicale des bienfaits de l'allaitement maternel amorcée vers 1970. Aux États-Unis, en 2006, le taux d'allaitement à la naissance était de 74%, à 6 mois de 43,5% et à 1 an de 22,7%.

(Feldman-Winter et al., 2017)

Depuis la seconde guerre mondiale, les pays scandinaves ont eu une politique en faveur de l'allaitement au sein. Vers 1973, en Suède, seuls 30% des bébés étaient allaités à 2 mois alors que depuis 1980 : 94,4% des enfants sont allaités à la naissance, 78,5% à 2 mois, 64,1% à 4 mois et 40% à 6 mois. C'est en revendiquant leur droit que les mères ont pu bénéficier d'un congé de maternité pouvant aller jusqu'à 10 mois avec salaire intégral et 1 an avec 80% en Norvège. De nombreux pays européens affichent des taux d'allaitement à la naissance supérieurs à 90% : le Danemark, la Suède, la Norvège, la Finlande, la Suisse, la Roumanie, la Turquie. L'Allemagne et l'Italie affichent 85%, et le Royaume-Uni 63%. L'Irlande présente un taux inférieur à la France avec 42%. La France n'a pas connu cette évolution et n'a pas réellement entrepris de politique pour l'allaitement, même si on confirme une tendance à la hausse.

2.3. AM en Algérie :

L'allaitement maternel était la règle en Algérie.

Conformément aux recommandations religieuses et aux habitudes sociales

(Deux années en conformité avec le verset 233 de sourate 2 du Coran).

Cependant, avec l'indépendance du pays, deux faits déterminants ont contribué au recul de cette pratique ancestrale : les mouvements migratoires des zones rurales vers les villes et la promulgation du code du statut de la femme ayant permis à la femme d'accéder à l'éducation et au travail en dehors de son domicile.

Tout ceci coïncide avec l'adoption par les multinationales des substituts du lait maternel, d'une stratégie agressive de commercialisation.

3. Anatomie/physiologie de la lactation :

3.1. Anatomie du sein :

La glande mammaire comporte deux parties :

3.1.1. l'une externe :

L'aréole et le mamelon.

3.1.2. l'autre interne :

Qui comprend les alvéoles, les canaux lactifères et les sinus lactifères (réservoirs de lait qui sont situés sous le mamelon et l'aréole).

Les alvéoles sont tapissées de cellules épithéliales sécrétoires et sont entourées de cellules musculaires. Elles sécrètent le lait qui passe ensuite dans les canaux et se stocke dans les sinus jusqu'à la prochaine tétée.

Entre les alvéoles se trouvent du tissu conjonctif de soutien et des cellules adipeuses; le volume des seins dépend surtout du volume du tissu adipeux de sorte que des seins de petit volume sont tout à fait aptes à allaitement. (Pandya and Moore, 2011)

3.2. physiologie de la lactation

Au cours de la grossesse, sous l'influence des œstrogènes et de la progestérone, les cellules glandulaires se multiplient et la glande mammaire augmente de volume.

Au moment de l'accouchement, la baisse brutale des œstrogènes et de la progestérone ainsi que le pic de sécrétion de prolactine déclenchent la montée laiteuse.

La sécrétion lactée sera ensuite entretenue par la succion du mamelon et de l'aréole qui déclenche un réflexe neuro-hormonal :

Stimulation de la sécrétion de prolactine : elle va être responsable de la fabrication du lait; elle est aussi stimulée par le contact peau à peau (laisser le bébé avec sa mère 24h/24 h) et par le rythme nyctéméral (elle est plus élevée la nuit d'où l'importance des tétées nocturnes). La prolactine agit sur l'hypophyse pour bloquer l'ovulation d'où l'effet contraceptif de l'allaitement exclusif.

Stimulation de la sécrétion d'ocytocine : elle provoque la contraction des cellules myoépithéliales des canaux lactifères et est responsable de l'éjection du lait; elle est aussi stimulée par la vue de l'enfant et ses cris ainsi que par la relaxation. Elle est inhibée par le stress. Une stimulation insuffisante de l'ocytocine peut aboutir à l'engorgement.

L'ocytocine agit également sur les fibres musculaires de l'utérus ce qui accélère l'expulsion du placenta et arrête le saignement utérin. (Kessler et al., 2014)

4. Composition/variabilité du lait maternel

4.1. Composition du lait maternel

Le lait maternel est parfaitement adapté aux besoins nutritionnels du nourrisson. Il est composé à plus de 88 % d'eau ce qui convient parfaitement à son hydratation. Les 12 % restants sont constitués de divers nutriments présents en quantités spécifiques pour assurer le bon développement du nourrisson aussi bien au niveau physique que cérébral.

(Andreas et al., 2015a)

4.1.1. Lipides :

Le lait maternel contient en moyenne 35 g/L de lipides. Ils représentent la source la plus importante de calories soit 40 à 55 % des apports caloriques de l'enfant.

La grande majorité de ces lipides sont des triglycérides (97 à 98 %). Le reste est composé de cholestérol et d'acides gras.

Le cholestérol retrouvé à une teneur de 200 à 300 mg/L dans le lait maternel, Les acides gras (polyinsaturés, essentiels ou à plus longue chaîne)

Le lait maternel contient une lipase qui, combinée à l'action des acides biliaires du nouveau-né, permet de digérer les graisses. (Mazzocchi et al., 2018)

4.1.2. Glucides :

Le lait maternel mature contient environ 75 g/L de glucides, majoritairement sous forme de lactose (63g) et d'oligosaccharides (12g).

Le lactose est un disaccharide composé d'une molécule de glucose et d'une molécule de galactose.

Les oligosaccharides sont formés de 5 sucres (glucose, galactose, N-acétylglucosamine, fructose, acide sialique) et ont une structure ramifiée. On en compte plus de 200 différents qui constituent de véritables prébiotiques. (Montreuil and Mullet, 1960)

4.1.3. Protéines :

Le lait humain contient un faible taux de protéines : entre 8 et 10 g/L, ce qui est en adéquation avec la croissance staturale lente du petit humain par rapport aux autres mammifères. Ces protéines ont un rôle nutritionnel mais la plupart sont des facteurs protecteurs, des facteurs de transport des vitamines, des hormones ou encore des enzymes.

Les protéines sont très spécifiques du lait humain, on peut les diviser en deux groupes :

- 40 % sont des caséines formant des micelles de petite taille

- 60 % sont des protéines solubles du lactosérum

Ce pourcentage élevé de protéines solubles et les micelles de petite taille expliquent le fait que le lait maternel humain coagule plus finement que les autres dans l'estomac du nourrisson.

La digestion se fait donc plus rapidement et le nourrisson doit être nourri à une fréquence plus importante.

Il existe différents types de caséine : La caséine majoritaire dans le lait humain est la caséine β dont l'hydrolyse conduit à des peptides à propriétés opioïdes ainsi que de caséine κ , hautement glycosylée qui a des effets stimulants sur les bifidobactéries.

Les protéines solubles confèrent au lait maternel humain de nombreuses propriétés biologiques. En effet, certaines ont un rôle fonctionnel essentiel telles que les immunoglobulines en particulier les IgA de type sécrétoire qui apportent une protection immunitaire à l'enfant.

De nombreux facteurs de croissance sont également retrouvés dans cette catégorie : l'Insuline Growth Factor (IGF), le facteur de croissance leucocytaire (G-CSF) ou encore l'Epidermal Growth Factor (EGF) qui stimule la formation des muqueuses gastriques et intestinales.

On y retrouve encore des enzymes en particulier une lipase, ou des lactoferrines qui ont un rôle dans l'assimilation du fer. (Andreas et al., 2015a)

4.1.4. Autres composants :

La teneur en sels minéraux du lait maternel humain est faible ce qui est bien adapté aux besoins du nouveau-né ainsi qu'à l'immaturité de ses reins. Des oligo-éléments tels que le fer et le zinc ont une bonne biodisponibilité . De ce fait un nouveau-né né à terme et allaité pendant les 6 premiers mois de sa vie n'a pas besoin d'une supplémentation en fer. Après 6 mois de vie, la poursuite de l'allaitement combiné à la diversification alimentaire permet de couvrir les besoins en fer du nourrisson.

Le lait maternel contient diverses vitamines qui représentent un apport suffisant pour le nourrisson excepté pour les vitamines D et K. La quantité de vitamine D dans le lait dépend exclusivement des apports reçus par la mère. Si celle-ci a des apports alimentaires faibles et s'expose peu au soleil, l'enfant risquera de développer un rachitisme. C'est pourquoi une supplémentation en vitamine D est recommandée chez le nourrisson à raison de 1000 -1200 UI/jour durant toute la période d'allaitement exclusif.

La teneur en vitamine K ne dépend pas des apports alimentaires de la mère, le lait en contient 2 à 3 $\mu\text{g/L}$. Cependant une supplémentation est nécessaire pour prévenir le risque de maladie

hémorragique du nouveau-né. Cette supplémentation est proposée dès la naissance. Le protocole diffère selon si l'enfant est né à terme ou non. Les enfants nés à terme reçoivent une dose de 2 mg PO de vitamine K dès la naissance, une seconde dose de 2 mg PO entre 72 et 96 heures de vie et une troisième dose de 2 mg PO à un mois de vie. (Eriksen et al., 2018)

4.2. Evolution du lait maternel :

La composition du lait maternel varie d'une femme à l'autre. Chez une même femme, elle varie en fonction des caractéristiques génétiques, de la durée de gestation ou du temps écoulé depuis l'accouchement. Elle varie également au cours de la tétée .

L'état nutritionnel de la mère n'influence pas le volume de lait produit et influence très peu sa composition. A l'exception de sa teneur en acides gras, en micronutriments tels que les vitamines, l'iode ou le sélénium.

4.2.1. Depuis la naissance :

4.2.1.1. Le colostrum

Le colostrum ou lait immature est sécrété durant les 3 à 5 premiers jours suivant l'accouchement. Il est produit en petites quantités. De couleur jaune-orangé, il a une texture plutôt épaisse et collante. Il est moins riche en lipides et en lactose que le lait mature, et de plus faible densité énergétique. Il apporte 450 à 480 kcal/L contre 650 à 700 kcal/L pour le lait mature.

Toutefois sa composition en protéines est plus importante. Il contient en majorité des protéines solubles et très peu de caséines. Au sein de ces protéines solubles, on retrouve surtout des immunoglobulines de type A (IgA) des facteurs de croissance et des cytokines. (Ye et al., 1995)

Le colostrum est reconnu pour favoriser le développement gastro-intestinal du nouveau-né et surtout pour lui procurer une première immunisation efficace.

Il a des effets laxatifs, ce qui permet au bébé d'expulser le méconium (premières selles verdâtres) ainsi que la bilirubine présente dans les intestins et ainsi d'éviter un éventuel ictère néonatal. (Menchetti et al., 2016)

Sa composition varie en fonction de la durée de la grossesse. En effet, plus le bébé est né prématurément plus le colostrum est riche en protéines, minéraux, acides gras insaturés et apporte ainsi de l'énergie au nouveau-né.

La durée de sécrétion du colostrum peut se prolonger plusieurs heures ou plusieurs jours après une naissance prématurée. C'est ce qu'on appelle le phénomène de compensation et de protection pour les nouveau-nés les plus immatures. (Grilo et al., 2013)

4.2.1.2. Le lait pré-terme :

Le lait pré-terme, appelé également lait de transition est produit au cours des 15 jours suivant l'accouchement. Il est plus liquide que le colostrum et d'aspect blanchâtre.

Sa composition évolue progressivement jusqu'à celle du le lait mature. En effet, sa concentration en lipides et en lactose augmente progressivement tandis que celle en protéines diminue.

Chez la maman, cette transition peut se traduire par une « montée de lait ». (Boyce et al., 2016)

4.2.1.3. Le lait mature :

Le lait mature est sécrété dans les 3 semaines à 1 mois qui suivent l'accouchement. Cette évolution est possible grâce à la fermeture des jonctions serrées des alvéoles mammaires et à l'activation de la lactogénèse de stade 2.

L'évolution progressive de la composition du lait est adaptée aux besoins progressifs du nouveau-né pour sa croissance, sa maturation immunitaire et à son développement cérébral. (Newburg, 2001)

4.2.2. Au cours de la tétée :

Au fur et à mesure que le bébé tète, le lait change de composition. Au début de la tétée, le lait a une faible teneur en lipides. A l'inverse, il est riche en lactose, en sucres, en protéines, en vitamines, en minéraux et en eau. Petit à petit, la teneur en graisses et en micelles de caséine augmente tandis que la teneur en sucres diminue.

C'est pourquoi le bébé doit téter suffisamment longtemps pour recevoir la bonne quantité de nutriments dont il a besoin. Seul un apport suffisant en lipides lui procure la sensation de satiété. (Andreas et al., 2015b)

5. Durée optimale de l'AM exclusif :

Les recommandations concernant la durée optimale d'un allaitement maternel sont nombreuses et reprennent dans leur grande majorité les recommandations internationales

proposées conjointement par l'Organisation mondiale de la santé(OMS) et le Fond des Nations Unies pour l'enfance (Unicef).

Ainsi, l'OMS et l'Unicef ont recommandé en 2001«un allaitement maternel exclusif dans les 6 premiers mois de vie et la poursuite de l'allaitement pendant l'introduction d'aliments sûrs et adéquats jusque l'âge de 2ans ou plus».

Pour permettre aux mères de parvenir à appliquer ces préconisations, il est alors recommandé un allaitement exclusif au sein, à la demande, débuté dès la 1^{re} heure suivant la naissance et l'éviction de biberons, sucettes et tétines.

À noter que selon l'OMS et l'Unicef, l'allaitement maternel partiel ne doit être envisagé qu'en cas d'indication médicale (Déclaration conjointe OMS/Unicef de 1989 des 10 conditions pour le succès de l'allaitement).

Mais le débat sur la durée optimale de l'allaitement maternel n'est pas clos et tout récemment, la société européenne de gastroentérologie, hépatologie et nutrition pédiatriques (ESPGHAN) a abaissé ce seuil à 4mois indiquant que la diversification alimentaire était optimale dès cet âge.

Très controversée, cette recommandation européenne a fait l'objet d'un nombre important de critiques et semble notamment soulever la question de conflits d'intérêts.

Outre Atlantique en revanche, l'Académie américaine de pédiatrie (AAP) réaffirmait en 2012 qu'on disposait dorénavant de suffisamment de preuves pour recommander une durée optimale de 6mois d'AM exclusif suivi d'un AM partiel lors de l'introduction d'aliments solides (i.e. au moins un an voire plus), alors que le Comité nutrition de cette même académie a recommandé en 2008 une diversification alimentaire entre 4 et 6mois.(Chantry et al., 2015)

6. Impact de l'allaitement maternel :

6.1. sur la santé de l'enfant :

6.1.1. le développement cognitif :

l'allaitement maternel est associé à un meilleur développement cognitif des enfants.

Cet effet est d'autant plus renforcé que les mères allaitent de façon exclusive et prolongée. Cela s'explique par la composition du lait maternel ou par le comportement des mères avec leur enfant ou encore par leur niveau socioculturel, voire même par toutes ces composantes à la fois.(Bernard et al., 2017)

6.1.2. les infections :

Infection gastro-intestinal : L'allaitement maternel est associé à une diminution de l'incidence des infections gastro-intestinales et cet effet est d'autant plus important que l'allaitement soit exclusif et prolongé.

Otites aiguës et infections respiratoires : L'allaitement maternel est associé à une diminution de la fréquence des otites et des infections respiratoires. Cependant, l'effet de sa prolongation sur la prévention de ces infections n'est pas totalement prouvé. (Doherty et al., 2018)

6.1.3. Maladies atopiques (eczéma, allergies et asthme) :

L'allaitement maternel est associé à une diminution de la fréquence des dermatites atopiques ainsi que de l'eczéma.

En revanche, le lien entre allaitement maternel et prévention globale des allergies ne semble pas établi.

L'effet protecteur de l'AM sur la prévention de l'asthme est controversé et n'est pas prouvé.

(de Muralt, 1981)

6.1.4. Obésité et risque cardiovasculaire :

L'allaitement maternel semble associé à une diminution de la fréquence de l'obésité et des maladies vasculaires(Aguilar Cordero, 2015)

6.1.5. Mort inattendue de nourrisson :

L'allaitement maternel semble associé à une diminution de l'incidence de la mort inattendue du nourrisson. Cependant, les études épidémiologiques sont d'un niveau de preuve insuffisant pour recommander l'allaitement maternel comme moyen de prévention de la mort inattendue du nourrisson (accord professionnel). De plus, les preuves disponibles actuellement dans

la littérature ne permettent pas de considérer la tétine comme un moyen de prévention de la mort inattendue du nourrisson. En conséquence, l'utilisation de la tétine ou sucette en vue de réduire le risque de prévention de la mort inattendue du nourrisson n'est donc pas recommandée. (Gunther, 1975)

6.1.6. L'ictère néonatal :

La perte de poids importante du nouveau né, plus fréquente chez les enfants allaités, semble un facteur associé au risque d'hyperbilirubinémie. Le risque d'ictère, en particulier nucléaire, reste cependant faible d'autant que les travaux ayant étudié la relation AM et hyperbilirubinémie sont d'un faible niveau de preuves. L'allaitement ne semble donc pas prévenir le risque d'ictère néonatal.

Au total, dans le cadre de la prévention d'un grand nombre de maladies à plus ou moins long terme (otites, infections gastro-intestinales, maladies atopiques, obésité et maladies cardiovasculaires...) un allaitement maternel exclusif et prolongé est recommandé. (Waite and Taylor, 2016)

6.2. sur la mère :

6.2.1. Le poids :

les données issues d'études observationnelles de qualité indiquent que l'allaitement maternel est associé à une moindre rétention des kilogrammes pris pendant la grossesse. Si à 18 Mois du post-partum, 200 Grammes en moyenne par kilogramme pris pendant la grossesse seront conservés, les femmes qui allaitent jusqu'à 6 Mois conservent en moyenne 2Kg de moins que celles n'ayant pas allaités. (McGuire, 2013)

6.2.2. aspect esthétique des seins :

Si des modifications de l'aspect des seins apparaissent après la grossesse, ces modifications semblent plus liées à la grossesse qu'à la pratique de l'allaitement maternel. (Turck et al., 2013)

6.2.3. la sexualité et la libido :

L'allaitement maternel semble associé pour les femmes à une diminution du désir sexuel et de l'excitation, ainsi qu'à une fréquence accrue de dyspareunies dues à une moindre lubrification du vagin sous l'effet de perturbations hormonales. (Rosenberg and Potts, 1962)

6.2.4. le moral de la femme :

L'allaitement Maternel est associé à une fréquence moins élevée de dépression du post-partum. Néanmoins, les études dont on dispose actuellement sont d'un niveau de preuve insuffisant pour recommander l'allaitement maternel comme un moyen de prévention de la dépression du post-partum. (Figueiredo et al., 2013)

6.2.5. Cancer hormono-dépendant :

Pour réduire l'incidence du cancer du sein, un allaitement maternel prolongé est recommandé. (González-Jiménez et al., 2014)

6.3. Sur la société :

L'allaitement est bénéfique pour la société de multiples manières, en particulier dans le domaine économique.

Les familles font des économies en n'achetant pas de préparations pour nourrissons et/ou autres aliments infantiles. Elles font des économies également en dépensant moins en frais médicaux, parce que leur bébé est moins souvent malade.

Les institutions de santé économisent de l'argent dans la réduction des coûts liés au traitement des bébés malades (si plus de mères allaitent).

les gouvernements diminuent les importations en achetant moins de préparations pour nourrissons et d'aliments infantiles (pour les nombreux pays non producteurs). Ils peuvent également faire des économies sur les services de santé avec une population en meilleure santé.

Allaiter est un droit pour toutes les femmes et tous les enfants, et ce droit devrait être protégé. Les évaluations économiques servent seulement à mieux apprécier la valeur globale de l'allaitement et du lait maternel. (Saunders, 2010)

7. Les problèmes courants de l'allaitement maternel :

De nombreuses femmes cessent l'allaitement en raison des difficultés rencontrées plutôt que par choix. Ces difficultés peuvent être, entre autres, liées à une altération de la satisfaction maternelle, à la reprise d'une activité professionnelle, à une irritabilité infantile, une inquiétude relative à la production suffisante de lait et une quantité de lait insuffisante mais surtout aux complications mammaires de l'allaitement qui incluent affections et douleurs du mamelon, l'engorgement mammaire, la mastite et l'abcès mammaire. D'autres Facteurs peuvent influencer la décision d'une femme de cesser l'allaitement incluant le manque de soutien, le modèle culturel, le défaut d'information ou des connaissances erronées des femmes ou de leur entourage.

7.1. complication mammaire de la lactation :

7.1.1. Affection du mamelon :

Les mamelons peuvent être endommagés au début de l'allaitement maternel avec l'apparition de rougeurs, d'irritations, de crevasses ou de fissures et être responsables de douleurs très intenses. L'incidence de la douleur et des traumatismes des mamelons varie entre 34% et 96% des femmes qui allaitent.

Les données concernant la position du nourrisson ne permettent pas de recommander une pratique plutôt qu'une autre dans la prévention des affections du mamelon . Quelle que soit la technique utilisée (manuelle ou tire-lait), l'expression des seins dans le post-partum ne semble pas être associée à une amélioration des douleurs et des atteintes mamelonnaires.(Tanguay et al., 1994)

7.1.2. L'engorgement mammaire :

Environ deux jours après la naissance, les seins se remplissent de lait, augmentent de taille et deviennent plus lourds, mais de façon Non douloureuse en situation normale. De présentation généralement bilatérale, l'engorgement mammaire survient au début de la période de l'allaitement maternel et associe cliniquement un gonflement généralisé des seins, des douleurs, un œdème diffus, une rougeur cutanée, une peau qui peu paraître luisante, une diminution du débit de lait ou encore une légère augmentation de la température (<38,4°C).

L'engorgement mammaire est un évènement physiologique de la lactation. Il peut être source d'inconfort et de douleurs, et les mesures visant à limiter son intensité sont essentielles et ont un impact sur la survenue de complications ou d'échec de l'allaitement.(Berens, 2015).

7.1.3. La mastite :

C'est une complication inflammatoire et infectieuse d'un des seins au cours de l'allaitement. Le diagnostic est clinique, incluant des douleurs du sein, une chaleur locale, une tension mammaire, un œdème unilatéral, un érythème cutané systématisé de forme triangulaire.

La mastite peut être associée à des frissons, des myalgies et de la fièvre. Elle survient le plus souvent dans les trois premiers mois du post-partum. Le terme de mastite englobe dans sa définition deux situations cliniques: La lymphangite qui est assimilable à la mastite inflammatoire et la galactophorite qui peut être considérée comme une mastite infectieuse, la différence étant le caractère infecté ou non du lait.

Peu d'études contrôlées ont examiné les facteurs de risque de mastite. Traditionnellement, ceux rapportés sont la primiparité, le stress et un accompagnement inadapté à la phase précoce.

En cas de suspicion de mastite, un prélèvement bactériologique du lait est recommandé ainsi que l'administration immédiate d'une antibiothérapie probabiliste anti-staphylococcique. L'interruption de l'allaitement par le sein infecté est recommandée en cas d'infection avérée, tout en poursuivant son drainage par un tire-lait. (Spencer, 2008)

7.1.4. Abscess mammaire puerpéral :

L'abcès mammaire est une collection de pus qui se crée dans le sein. Il est responsable de douleurs intenses souvent pulsatiles et insomniantes. Il existe souvent une fièvre et un placard rouge de la peau du sein, qui est souvent gonflé et tendu.

Le diagnostic d'abcès est basé sur l'examen clinique, avec cependant des situations ambiguës qui peuvent justifier la pratique d'une échographie du sein.

La poursuite de l'allaitement du sein controlatéral est recommandée associée à un drainage du sein affecté par un tire-lait. En raison du caractère infectieux (au même titre que la mastite infectieuse) l'allaitement du sein affecté doit être interrompu.

Le délai de reprise de l'allaitement au décours du traitement de l'abcès n'est pas connu, mais serait envisageable dès que les douleurs et la cicatrisation cutanée permettent. (Martic and Vasilj, 2012)

7.2. L'insuffisance du lait :

La perception d'insuffisance de lait est une des principales raisons d'interruption précoce de l'allaitement . La séparation mère-enfant, notamment en cas d'accouchement prématuré, est une situation favorisant la perception d'insuffisance de lait par la mère.

Il n'existe pas de données qui contre-indiquent l'allaitement des femmes ayant des antécédents de chirurgie esthétique des seins (prothèse ou plastie de réduction) .

Ces situations exposent cependant à des difficultés de l'allaitement en particulier une insuffisance de lait.

Il n'y a pas d'argument scientifique pour recommander l'utilisation de tire-lait pour améliorer l'allaitement maternel.

Il n'y a pas d'argument scientifique pour recommander l'utilisation des galactagogues à base de plantes (fenugrec, La galéga, le chardon-marie, l'anis, le basilic, le fenouil, la mauve, la verveine, le cumin, le raisin et le café) pour améliorer l'allaitement maternel.

(Marcellin and Chantry, 2015)

8. Les contre-indications de l'allaitement maternel

8.1. Contre-indications à l'allaitement au sein et au lait exprimé

La galactosémie classique, un trouble métabolique génétique rare.

L'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). (Note: les recommandations sur l'allaitement maternel et le VIH peuvent être différentes dans d'autres pays)

L'infection de la mère par le virus lymphotrope T humain de type I ou de type II (HTLV1 ou 2).

Mère utilisant une drogue illicite, comme la PCP (phéncyclidine) ou la cocaïne (Exception: les mères dépendantes des stupéfiants qui sont inscrites à un programme de méthadone

supervisé et qui ont un dépistage négatif de l'infection au VIH et d'autres drogues illicites peuvent allaiter).

Mère suspecte ou confirmée au diagnostic de l'infection par le virus Ebola.

8.2. Contre-indications temporaires à l'allaitement et au lait exprimé

Mère infectée par une brucellose non traitée.

Prise par la mère de certains médicaments.

Mère subissant une imagerie diagnostique avec des produits radiopharmaceutiques.

Mère ayant une infection active par le virus de l'herpès simplex (HSV) avec des lésions présentes sur le sein (Note: Les mères peuvent allaiter directement du sein non affecté si les lésions sur le sein affecté sont complètement couvertes pour éviter la transmission).

8.3. Contre-indications temporaires à l'allaitement mais pas au lait exprimé

Mère présentant une tuberculose active non traitée.

(Remarque: La mère peut recommencer à allaiter une fois qu'elle a été traitée de façon appropriée pendant deux semaines et qu'elle n'est plus contagieuse).

Mère présentant une infection active à la varicelle qui s'est développée dans les 5 jours précédant l'accouchement ou dans les 2 jours qui ont suivi l'accouchement.

8.4. Médications

Peu de médicaments sont contre-indiqués pendant l'allaitement. Bien que de nombreux médicaments passent dans le lait maternel, la plupart n'ont aucun effet négatif connu sur l'approvisionnement en lait ou sur le bien-être du nourrisson. Cependant, les soignants devraient toujours peser les risques et les avantages lors de la prescription de médicaments aux mères allaitantes.

9. Allaitement maternel et hospitalisation :

Il arrive qu'un bébé tombe malade. Si la maladie n'est pas grave et peut être traitée à domicile l'allaitement maternel dans ce cas est poursuivi sans aucune difficulté en général. Il faut conseiller à la mère d'augmenter le nombre des tétées particulièrement lorsque son bébé est fébrile ou diarrhéique. Par contre, lorsque le bébé est hospitalisé, il peut arriver que l'alimentation orale ne soit pas permise sur le plan médical de façon temporaire.

Pour les nouveau-nés prématurés ou malades, Bien que fortement recommandé, l'allaitement maternel reste plus difficile, moins fréquent et moins long dans cette population. De nombreux facteurs maternels, néonataux, liés à l'environnement hospitalier et / ou aux soins, souvent intriqués, constituent autant de potentiels obstacles à l'initiation et / ou la poursuite de l'allaitement dans les situations d'hospitalisation.

9.1. Les facteurs influençant l'allaitement maternel au cours de l'hospitalisation :

9.1.1. Liés nouveau-né:

Lors de son hospitalisation, le nouveau né subit :

- Des agressions physiques (soins, rythme biologique perturbé).
- Sensorielles (bruits inconnus) .
- Des traumatismes affectifs (séparation maternelle perturbation).

La situation de rupture, familiale et sociale, liée à une hospitalisation est une période difficile à laquelle il faut porter une attention toute particulière. De ce fait, la continuité de l'allaitement maternel apparaît pendant cette période un élément stabilisateur à la fois pour le nouveau née et pour sa mère.

Il peut arriver parfois lorsque le bébé est hospitalisé que l'alimentation orale ne soit pas permise sur le plan médical temporairement, l'immaturation de la succion du prématuré... constituant des obstacles à la poursuite de l'allaitement .(Heilbronner et al., 2017)

9.1.2. Liés à la mère :

Cependant, l'hospitalisation peut avoir une incidence sur le déroulement de l'allaitement Souvent la mère constate une baisse de sa sécrétion lactée (perturbation de l'hygiène de vie de la mère, manque d'intimité, stress de l'hospitalisation)

Parfois, la succion directe au sein n'est pas possible selon l'état clinique de l'enfant .La mère doit alors recourir à d'autres méthodes pouvant compliquer l'allaitement si elle n'est pas soutenue et accompagnée dans sa démarche par les professionnels de santé.

Tous ces facteurs peuvent entraîner une diminution de la sécrétion de lait. Les personnels de soins ne sont cependant pas toujours formés pour aider ces mères à maintenir leur allaitement. Le discours est souvent incohérent par manque de connaissances. Le passage de l'allaitement maternel à l'allaitement artificiel se fait alors sans cause objective.(Khasawneh and Khasawneh, 2017)

9.1.3. Liés aux personnels de la santé :

En ce qui concerne le nouveau-né, de nombreux articles professionnels soulèvent le manque de cohérence des professionnels de santé, le manque de personnel et de temps pour accompagner les mères dans l'apprentissage de l'allaitement

Les personnels de soins ne sont cependant pas toujours formés pour aider ces mères à maintenir leur allaitement.

Le discours est souvent incohérent par manque de connaissances dans ce cas, il faudrait que la mère tire son lait plusieurs fois par Jour et le jette pour entretenir la lactation pour que son bébé retrouve l'allaitement maternel, une fois que la voie orale est permise pour l'alimentation. L'alimentation orale peut être permise chez le bébé hospitalisé, et dans ce cas l'allaitement maternel est tout à fait possible soit directement au sein, soit à la tasse ou à travers une sonde de gavage une fois le lait extrait.(Spiesser-Robelet et al., 2018)

9.2. Moyens d'expression du lait :

Quelle que soit la méthode utilisée pour exprimer votre lait, nous vous conseillons de tirer votre lait régulièrement et aussi souvent que si votre bébé était au sein, c'est à dire 6 à 8 fois par jour sans oublier la nuit, mais pas obligatoirement sur des horaires réguliers.

Pour exprimer votre lait, plusieurs moyens sont à votre disposition :

- Expression manuelle ;
- Tire-lait manuel ;
- Tire-lait électrique - dans le service de pédiatrie ;
- Téterelle à usage unique .

9.2.1. Expression manuelle

En alternative au tire-lait, vous pouvez tirer votre lait manuellement. Avant de commencer l'extraction, lavez-vous soigneusement les mains.

Ne pas pincer, ni glisser, ni étirer : ce serait douloureux et peu efficace.

Continuez jusqu'à ce que le lait ne coule plus, puis changez de sein.

Alternez afin que le lait coule régulièrement.

Si vous souhaitez effectuer une séance manuelle complète, vous pouvez continuer pendant 20 à 30 minutes. Sinon démarrez avec le tire-lait.

Massez doucement le sein, en posant les mains à plat et en exerçant de légers mouvements sur tout le sein.

Penchez vous un peu en avant pour que le lait coule plus facilement.

Formez un « C » avec les doigts, le mamelon se trouvera entre le pouce et l'index.

Si vos seins sont volumineux, soulevez le sein avant d'appuyer.

Pressez en direction du thorax.

Comprimez le sein entre le pouce et l'index. Continuez la compression vers l'arrière du sein et évitez de faire glisser les doigts vers le mamelon.

Relâchez la pression et répétez le processus.

Pressez... Comprimez... Relâchez... (Steurer and Smith, 2018)

Tire-lait électrique

Lavez-vous soigneusement les mains avant d'utiliser l'appareil.

La phase de stimulation (illustrée sous forme de gouttes) dure 2 minutes.

La phase d'extraction (illustrée sous forme de carrés) se déclenche automatiquement.

Lorsque le lait ne coule pas, vous pouvez remettre 2 à 3 fois le tire-lait en phase de stimulation (en appuyant sur le bouton de droite) ou extraire à la main.

La durée d'une séance varie selon votre choix : 15 mn par sein ou 20 mn si vous tirez les deux en même temps.

La puissance d'aspiration varie d'une femme à l'autre. Adaptez-la en fonction de votre confort et de l'efficacité de l'extraction.

La quantité de lait tirée dépend surtout de la fréquence des séances. L'utilisation du double set vous permet d'augmenter la sécrétion de lait. (Morton et al., 2012)

9.2.2. Tire-lait manuel

Le tire-lait est un appareil particulier qui permet de soutirer artificiellement le lait maternel. Il se présente sous forme d'un cône de réception à appliquer sur le tétou, en verre ou en plastique, et d'un corps qui se termine par une poire en latex. En exerçant une pression et un relâchement de ce dernier, l'appareil aspire le lait.

Le tire-lait existe aussi en mode électrique. Quelque soit le modèle que vous aurez choisi, il fait participer le papa dans cette opération, et c'est aussi bénéfique pour votre couple.

L'appareil est employé pour constituer un stock journalier de lait lorsque vous travaillerez.

C'est un allaitement indirect. Si vous avez également une mauvaise qualité de tétée, ou engorgement de vos seins, vous pouvez avoir recours à son service. Néanmoins, la charge du biberon avec cette méthode, habituera petit à petit votre bébé à oublier vos seins.

(Keim et al., 2017)

9.3. L'accueil de lait

Pour chaque séance de tire-lait, à l'hôpital comme à la maison, le personnel vous fournit des biberons à usage unique.

Si vous utilisez le double set, ne transvasez pas le lait des deux biberons dans un seul afin de le garder le plus propre possible en limitant les manipulations.

Un biberon stérile, son étiquetage et sa bonne conservation garantissent la sécurité de votre enfant. Soyez partenaire de soin en :

vérifiant que l'étiquette porte bien le nom, le prénom

la date de naissance de votre enfant ainsi que l'unité de soins dans laquelle il est hospitalisé notant la date et l'heure à laquelle vous avez tiré le lait.

9.4. Conservation du lait

4 h maximum à température ambiante (20-25°C) - (temps entre le début du recueil et la fin de consommation par le bébé) ;

48 h maximum au réfrigérateur à une température inférieure ou égale à 4°C ; laissez un thermomètre de réfrigérateur en permanence dans votre réfrigérateur.

4 mois au congélateur à une température de -18°C. Le lait décongelé est à consommer dans les 24 h et il ne doit jamais être recongelé.

Attention, si vous souhaitez congeler votre lait, faites-le immédiatement.

Ne congelez pas du lait qui a déjà été conservé au réfrigérateur.

Votre lait peut avoir un aspect différent après la conservation, mais il suffit alors de le remuer.

9.5. Transport

Transportez le lait dans une glacière ou dans un sac isotherme avec pack de réfrigération pour que la chaîne du froid soit respectée.

9.6. Réchauffage

Faites tiédir le lait au bain-marie dans une casserole, un chauffe-biberon ou sous le robinet d'eau chaude. Agitez, puis vérifiez la température du lait en versant quelques gouttes sur la surface interne de l'avant-bras.

N'utilisez pas le four à micro-ondes, il diminue la qualité nutritionnelle du lait et comporte un risque élevé de brûlure.

Le lait sorti du réfrigérateur doit être consommé dans l'heure qui suit (si laissé à température ambiante) et dans la demi-heure qui suit lorsqu'il a été réchauffé.

10. Dix conditions pour le succès de l'allaitement

Étape 1 : Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants.

Étape 2 : Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.

Étape 3 : Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique.

Étape 4 : Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance.

Étape 5 : Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.

Étape 6 : Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.

Étape 7 : Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour.

Étape 8 : Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant.

Étape 9 : Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.

Étape 10 : Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique. (Naiman, 1988)

Chapitre II : L'enquête sur l'allaitement maternel

1. Problématique

L'AM est un véritable enjeu de santé publique. Il a suscité et suscite toujours de nombreux travaux nationaux et internationaux.

Dans plusieurs pays dont l'Algérie, le taux d'AM reste toujours en déclin pour différentes raisons socio-culturelles.

L'hospitalisation du nouveau-né dans les heures ou les jours suivant sa naissance constitue une séparation presque inéluctable de la diade mère-enfant et entrave de ce fait le bon déroulement, voire même la mise en route de la lactation. Elle pourrait de ce fait, avoir un impact direct sur la durée totale de l'allaitement maternel.

2. Objectifs

2.1 Objectif principal

Déterminer le taux d'allaitement maternel exclusif à trois mois chez les nourrissons ayant été hospitalisés en période néonatale à l'EHS mère-enfant de Tlemcen.

2.2 Objectif secondaire

Identifier les facteurs influençant la durée de l'allaitement maternel exclusif à trois mois chez ces enfants.

3. Matériel et méthodes :

3.1.Type de l'étude

Il s'agit d'une étude séquentielle descriptive, portant sur un échantillon de nouveau nés hospitalisés comparé à un groupe témoin.

- Critères d'inclusion :

Les cas :

Nouveau né hospitalisé en néonatalogie de l'EHS mère-enfant de Tlemcen durant la période l'étude, après consentement de la mère

Les témoins :

Nouveau né né vivant en maternité de l'EHS mère-enfant de Tlemcen durant la période de l'étude et ne nécessitant pas d'hospitalisation, après consentement de la mère.

- Critères de non inclusion :

Grands prématurés, nouveau-nés présentant des asphyxies sévères ou des entérocolites ulcéro-nécrosantes.

Nouveau né dont la mère ne s'est jamais présenté au service de néonatalogie.

- Critères d'exclusion

Nouveau né décédé durant son hospitalisation ou avant l'âge de trois mois.

Nouveau né dont les mères n'ont pas répondu à l'appel téléphonique à trois mois.

3.2. Population de l'étude : C'est un échantillon de 60 nouveau-nés hospitalisés appariés sur 60 témoins non hospitalisés.

3.3. Période de l'étude :

Notre étude a débuté au mois d'octobre 2017 et s'est terminée au mois de mai 2018.

Cette période a été nécessaire pour le recrutement et le suivi sur trois mois des 120 nouveau nés.

3.4. Lieu de l'étude

L'étude a été menée à la maternité et au service de néonatalogie de l'EHS mère enfant de Tlemcen.

Les femmes qui accouchent dans cette maternité ne bénéficient pas d'une formation sur l'allaitement maternel avant pendant ou après leur séjour. Le séjour dure en moyenne 24 heures. Les chambres d'hospitalisation ne sont pas individuelles.

Le service de néonatalogie est composé de trois unités de soins de différents niveaux et comprend une salle d'allaitement maternel. Aucune mère n'est hospitalisée avec son nouveau-né. L'accès au service pour les mères est libre en journée et en dehors des heures de soins. Les mères ont la possibilité d'envoyer leur lait tiré ou de tirer leur lait sur-place pour administration aux nouveau-nés alimentés par sonde ou pour l'alimentation en dehors des heures de visite. Ceci est conditionné par le fait que le lait soit transporté et conservé selon les normes en vigueur.

Le personnel n'a pas reçu de formation certifiante sur l'allaitement maternel.

4. Déroulement de l'étude

Après consentement de la mère, un questionnaire était rempli pour chaque nouveau né durant la période de l'hospitalisation pour les cas, et durant le séjour en maternité pour les témoins. Les données provenaient des informations du dossier médical, du personnel soignant et des mères. Après trois mois, les mères ont été recontactées par téléphone pour collecter le reste des informations à renseigner sur le questionnaire.

5. Questionnaire :

Le questionnaire comportait trois parties (Annexe) :

1^{ère} partie : Identification des caractères sociodémographique de la mère ; son histoire avec l'allaitement maternel

2^{ème} partie : Identification du nouveau-né ; type d'allaitement qu'il reçoit

3^{ème} partie : Concerne les nouveau- nés qui ont été hospitalisés et comporte le motif d'hospitalisation, le type d'allaitement, la durée du séjour...puis à 3 mois par appel téléphonique précisant type d'allaitement après l'hospitalisation et la cause d'une éventuelle interruption ou introduction du lait artificielle

6. Analyse des données

Les résultats ont été analysés à l'aide du logiciel Excel 2007.

Les références bibliographiques ont été rédigées à l'aide du logiciel Zotero.

7. Résultats :

7.1. Caractéristiques socio démographiques de la population

7.1.1. Répartition de la population selon l'âge des mères

L'âge des mères	mères des N-nés non hospitalisés	mères des N-nés hospitalisés
<20	8(13%)	5(8%)
20-30	32(53%)	33(55%)
30-40	13(22%)	21(35%)
40-47	7(12%)	1(2%)

Pourcentage entre parenthèse

Tableau 01 : Répartition de la population selon l'âge des mères

La moyenne d'âge des mères était pour :

Les N-nés non hospitalisés : 29 ans

Les N-nés hospitalisés : 28 ans

IC : N-nés non hospitalisés : [17-46]

N-nés hospitalisés : [17-41]

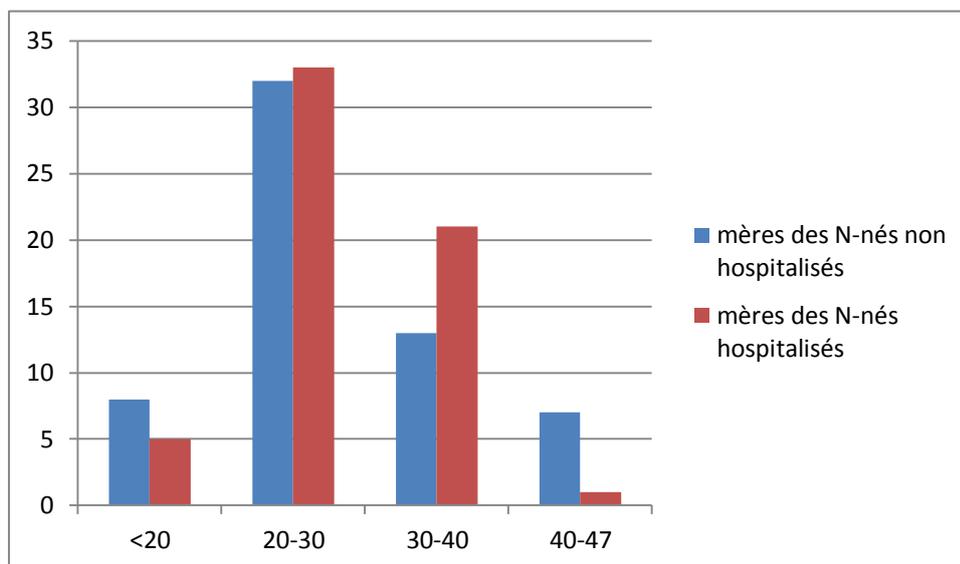


Figure 01: Répartition de la population selon l'âge des mères en années

Nous remarquons que la tranche d'âge des 20 à 30 ans est la plus fréquente dans les deux cas.

7.1.2. Répartition de la population selon l'exercice ou pas d'une profession par les mères

	mère des N-nés non hospitalisés	mères des N-nés hospitalisés
Avec profession	11(18%)	9(15%)
Femme au foyer	49(82%)	51(85%)

Pourcentage entre parenthèse

Tableau 02 : Répartition de la population selon l'exercice ou pas d'une profession

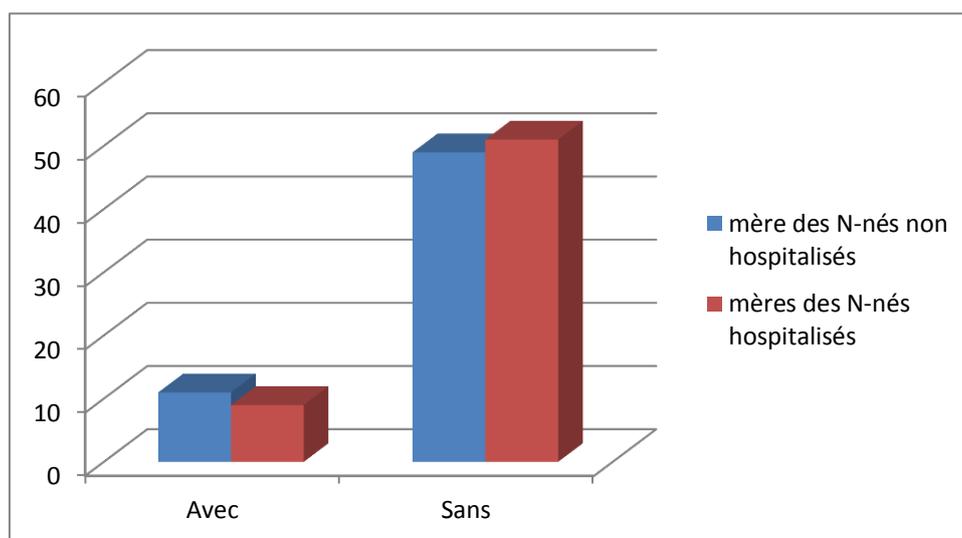


Figure 02 : Répartition de la population selon l'exercice ou pas d'une profession.

On note que la majorité des mères dans les deux cas n'exercent aucune profession.

7.1.3. Répartition de la population selon le niveau d'étude des mères

Niveau d'étude	mère des N-nés non hospitalisés	mères des N-nés hospitalisés
Aucun	1(2%)	2(3%)
Primaire	8(13%)	8(13%)
moyenne	12(20%)	15(25%)
secondaire	23(38%)	20(33%)
universitaire	16(27%)	16(27%)

Pourcentage entre parenthèse

Tableau 03 : Répartition de la population selon le niveau d'étude des mères

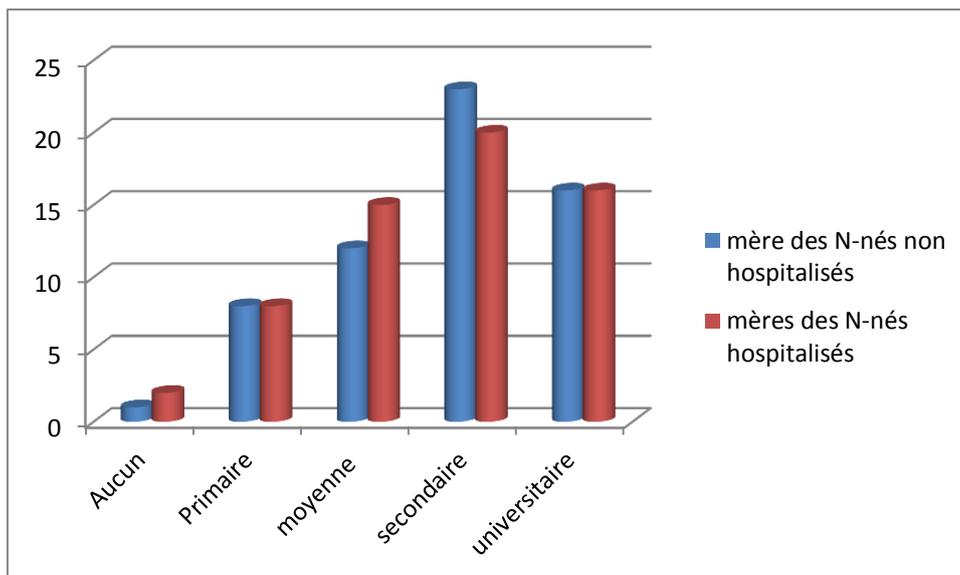


Figure 03 : Répartition de la population selon le niveau d'étude des mères

On note que le niveau secondaire est le plus représenté.

7.1.4. Répartition de la population selon la parité des mères

La parité	mère des N-nés non hospitalisés	mères des N-nés hospitalisés
mère des N-nés non hospitalisés	23(38%)	37(62%)
mère des N-nés hospitalisés	26(43%)	34(57%)

Pourcentage entre parenthèse

Tableau 04 : Répartition de la population selon la parité des mères

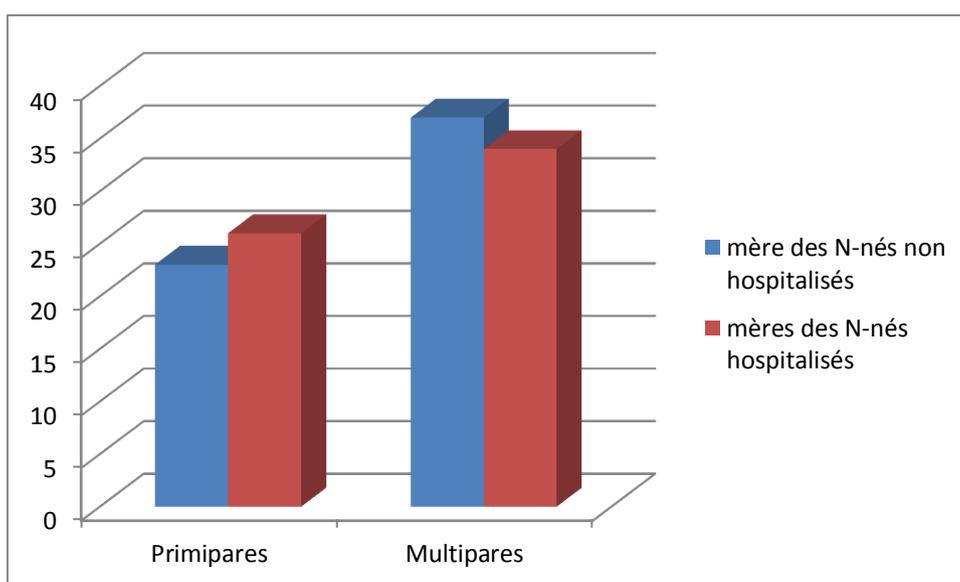


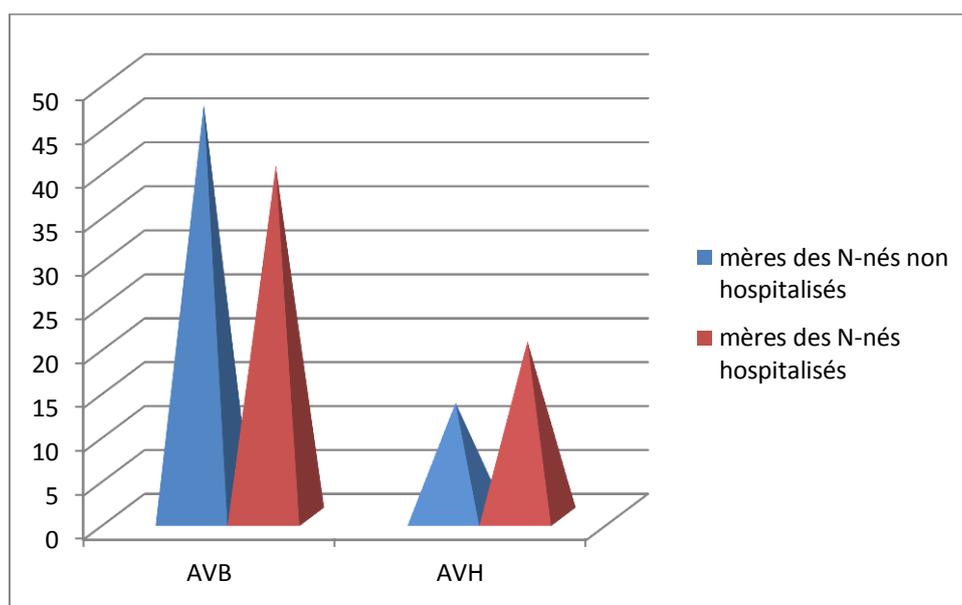
Figure 04: Répartition de la population selon la parité des mères

7.1.5. Répartition de la population selon le mode d'accouchement

Mode d'accouchement	mères des N-nés non hospitalisés	mères des N-nés hospitalisés
Voie basse	47(78%)	40(67%)
Césarienne	13(22%)	20(33%)

Pourcentage entre parenthèse

Tableau 05 : Répartition de la population selon le mode d'accouchement



AVB : accouchement par voie basse ; AVH : accouchement par voie haute

Figure 05: Répartition de la population selon le mode d'accouchement

7.1.6. Répartition de la population selon que l'habitat soit partagé avec la famille ou pas

Habitat	mères des N-nés non hospitalisés	mères des N-nés hospitalisés
Seul	31(52%)	28(47%)
Partagé	29(48%)	32(53%)

Pourcentage entre parenthèse

Tableau 06 : répartition de la population étudiée selon l'habitat seul ou avec la famille

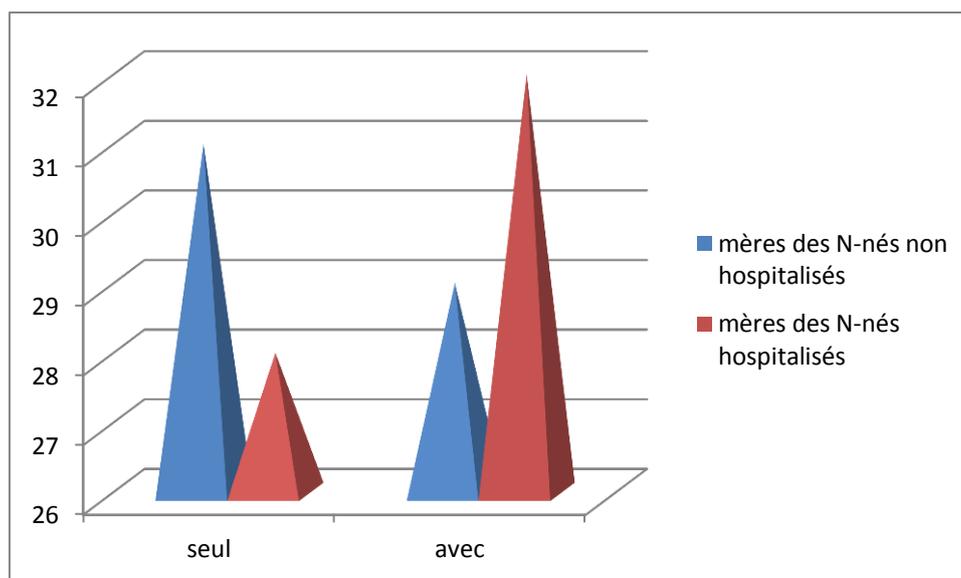


Figure 06 : la répartition de la population étudiée selon que l'habitat soit partagé avec la famille ou pas

7.1.7 Répartition de la population selon l'expérience des mères dans l'allaitement (pour les multipares) :

Durée d'allaitement antérieur	mères des N-nés non hospitalisés	mères des N-nés hospitalisés
N'ont pas allaité	1(3%)	3(9%)
0-03 mois	8(22%)	6(18%)
03-06 mois	5(13%)	6(18%)
06-12 mois	6(16%)	11(32%)
12-24 mois	17(46%)	8(23%)

Pourcentage entre parenthèse

Tableau 07 : Répartition des mères selon la durée moyenne de l'allaitement antérieur par enfant

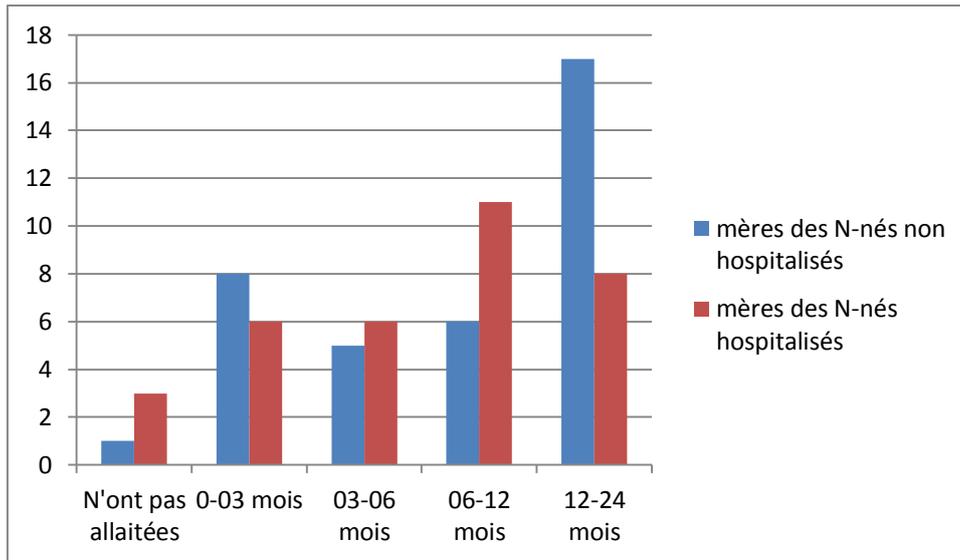


Figure 07 : Répartition des mères selon la durée moyenne d'allaitement antérieur par enfant
On ne note pas de différence importante entre l'expérience d'allaitement dans les deux groupes.

7.1.8. Répartition des mères selon le désir d'allaiter

Désir d'allaitement	mères des N-nés non hospitalisés	mères des N-nés hospitalisés
Oui	57(95%)	56(93%)
Non	3(5%)	4(7%)

Pourcentage entre parenthèse

Tableau 08 : Répartition des mères selon le désir d'allaiter au sein.

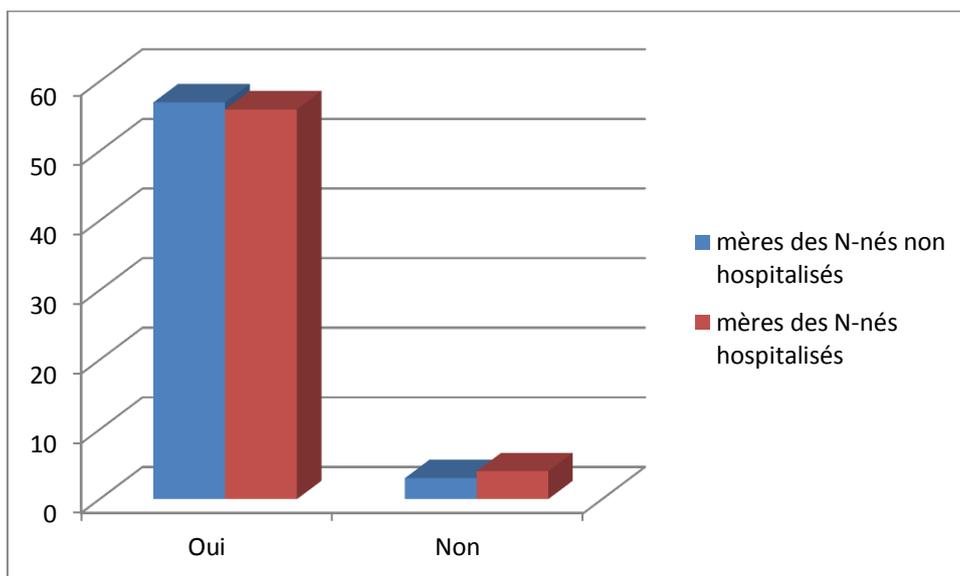


Figure 08 : Répartition des mères selon le désir d'allaiter au sein
La majorité des mères déclarent vouloir allaiter.

7.1.9. Répartition de la population selon la durée d'allaitement maternel souhaitée par les mères

durée souhaitée	mères des N-nés non hospitalisés	mères des N-nés hospitalisés
0-6 mois	3(5%)	2(4%)
6-12 mois	7(13%)	3(5%)
12-24 mois	44(77%)	45(80%)
Je ne sais pas	3(5%)	6(11%)

Pourcentage entre parenthèse

Tableau 09 : Répartition de la population selon la durée d'allaitement maternel souhaitée par les mères

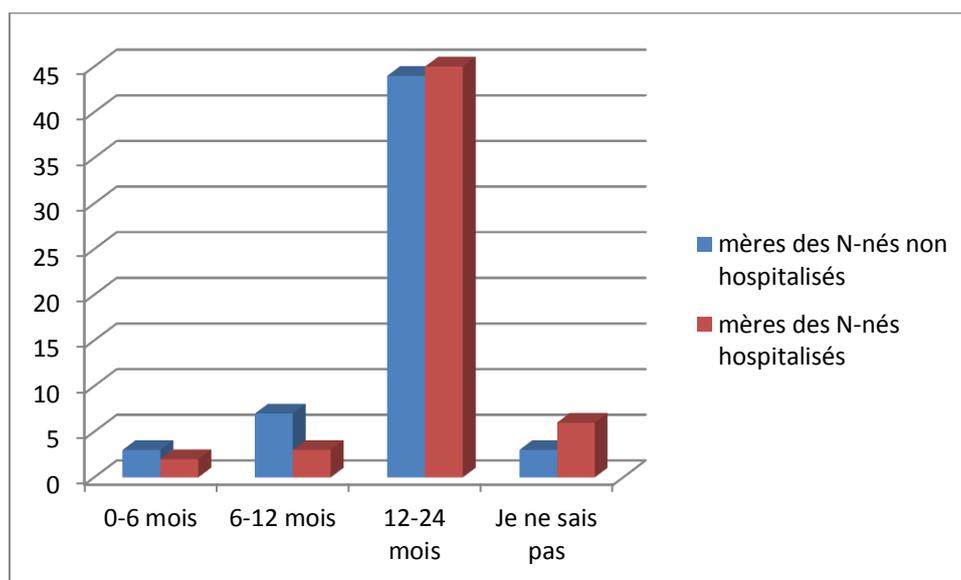


Figure 09 : Répartition selon la durée d'allaitement maternel souhaité (chez les mères qui ont décidé d'allaiter)

Il ressort que la majorité des mères souhaiteraient allaiter au moins 12 mois.

7.1.10. Répartition de la population selon les raisons motivants l'allaitement maternel

	mères des N-nés non hospitalisés	mères des N-nés hospitalisés
Santé du N-né	37(65%)	31(55%)
Santé de la mère	6(11%)	0
Economique	3(5%)	5(9%)
Autre	4(7%)	0
Je ne sais pas	7(12%)	20(36%)

Pourcentage entre parenthèse

Tableau 10 : Répartition des mères selon les raisons motivants l'allaitement maternel

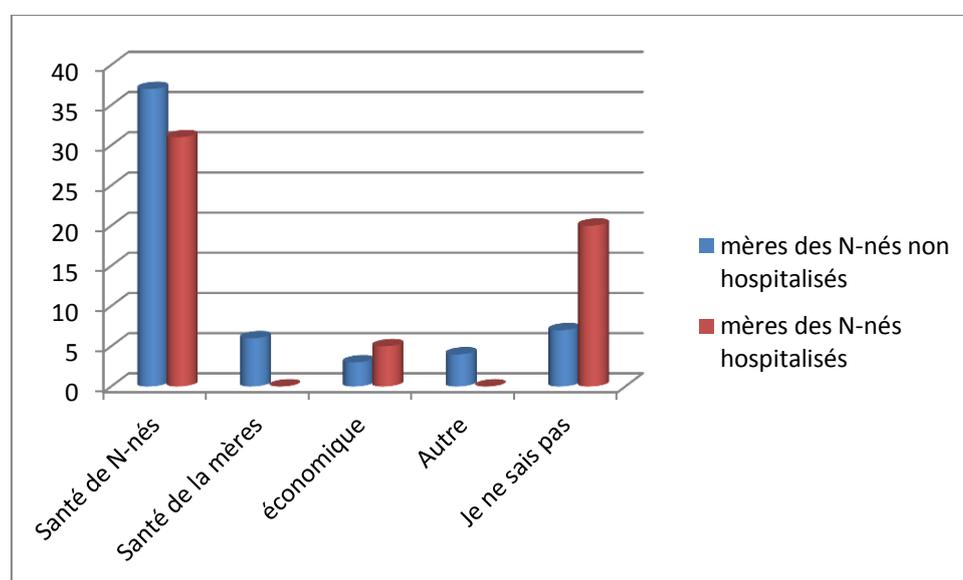


Figure 10 : Répartition selon La raison motivant les mères pour l'allaitement au sein

Les bienfaits pour la santé du nouveau-né sont la principale motivation des mères à allaiter.

7.1.11. Répartition de la population selon l'information antérieure sur l'allaitement maternel

Présence d'information	mères des N-nés non hospitalisés	mères des N-nés hospitalisés
Oui	9(15%)	22(37%)
Non	51(85%)	38(63%)

Pourcentage entre parenthèse

Tableau 11 : répartition des mères selon la présence d'information sur l'allaitement maternel

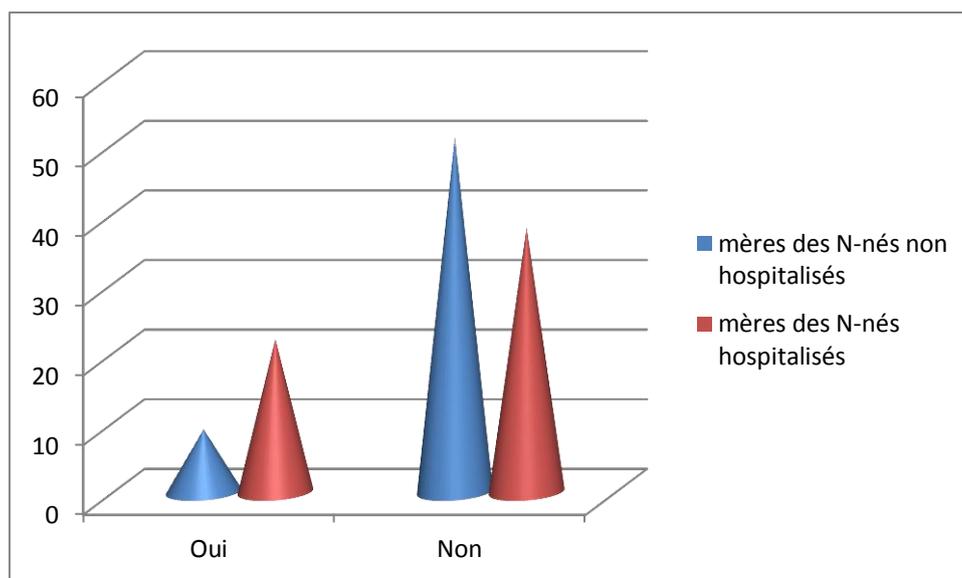


Figure 11 : Répartition selon la présence ou pas d'information concernant l'allaitement maternel

La majorité des mères dans les deux groupes déclarent n'avoir jamais reçu d'information sur l'allaitement maternel.

7.2 Caractéristiques des nouveau-nés :

7.2.1 Répartition des nouveau-nés selon le premier liquide reçu à la naissance

le 1er liquide reçu	mères des N-nés non hospitalisés	mères des N-nés hospitalisés
lait maternel	31(52%)	25(42%)
lait artificiel	17(28%)	35(58%)
eau sucré	7(12%)	0
autre	5(8%)	0

Pourcentage entre parenthèse

Tableau 12 : Répartition des nouveau-nés selon le premier liquide reçu

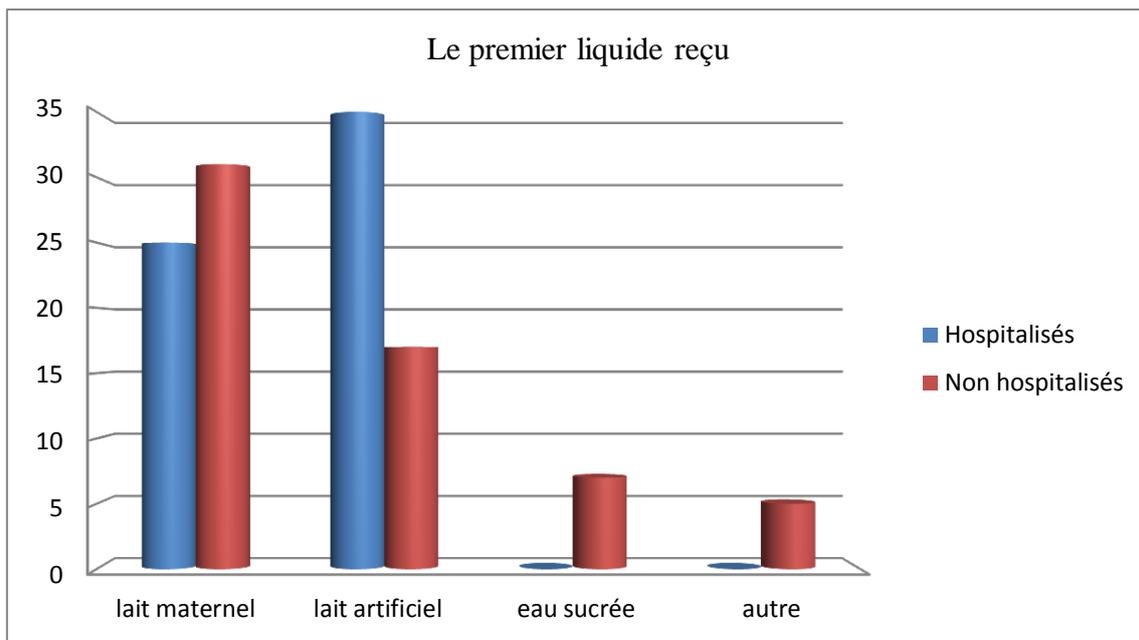


Figure 12 : Répartition des nouveau-nés selon le premier liquide reçu à la naissance

Les enfants hospitalisés ont plus souvent reçu du lait artificiel alors que ceux non hospitalisés ont plus souvent reçu du lait maternel.

7.2.2 Répartition des nouveau-nés selon les motifs d'hospitalisation

Motif d'hospitalisation	prématurité	Fièvre	ictère	DR	asphyxie	autre
Effectif	7(12%)	6(10%)	14(23%)	11(18%)	8(13%)	14(23%)

Pourcentage entre parenthèse

Tableau 13 : Répartition des nouveau-nés selon les motifs d'hospitalisation

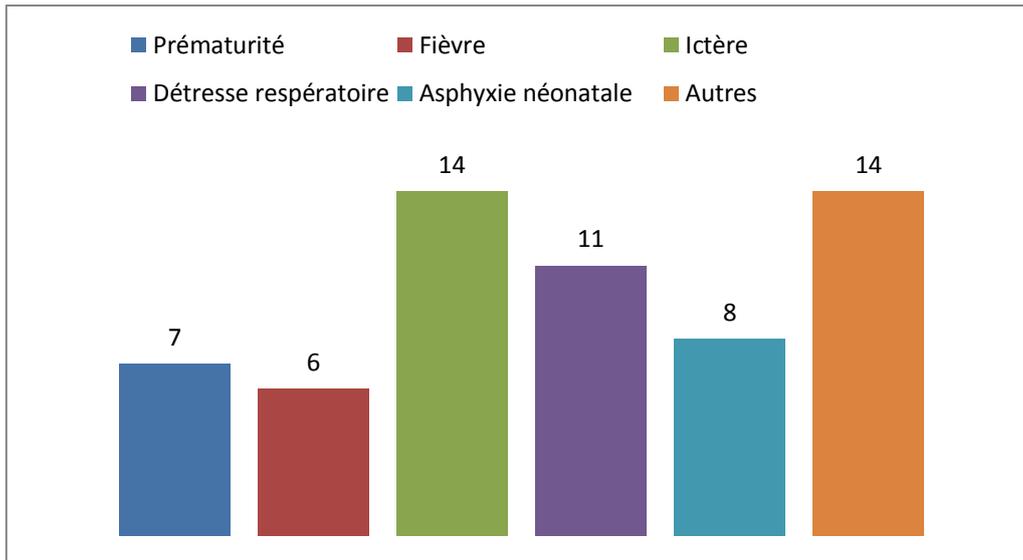


Figure 13 : Répartition des nouveau-nés selon les motifs d'hospitalisation

7.2.3 Répartition des nouveau-nés selon la durée d'hospitalisation

Durée d'hospitalisation	1-5 jours	5-10 jours	10-20 jours	20-30 jours
Effectif	21(35%)	23(38%)	10(17%)	6(10%)

Pourcentage entre parenthèse

Tableau 14 : Répartition des nouveau-nés selon la durée d'hospitalisation

La durée moyenne d'hospitalisation est de 09 jours

IC : [1-30]

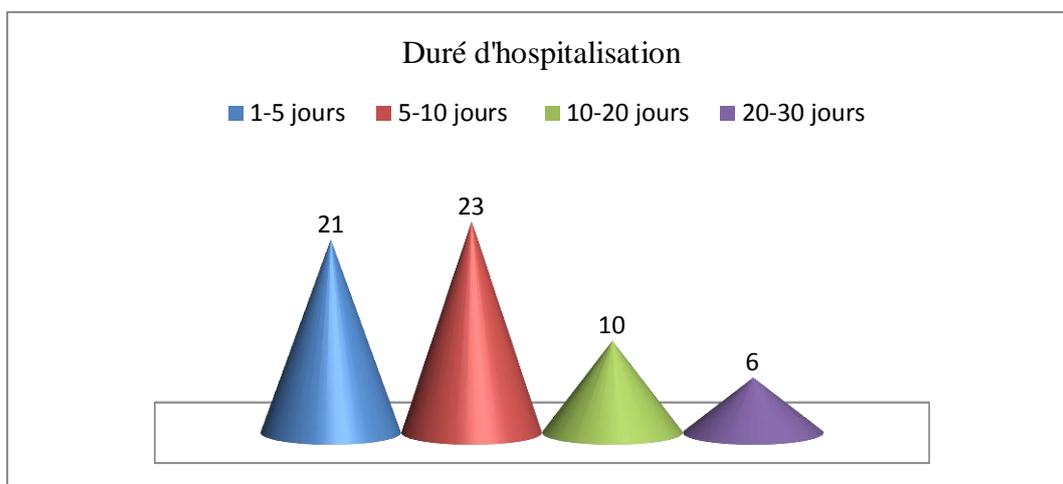


Figure 14 : Répartitions des nouveau-nés selon la durée d'hospitalisation

7.3 L'allaitement en période de l'hospitalisation :

7.3.1. Type d'alimentation pendant l'hospitalisation :

Type d'alimentation	Effectif
Allaitement maternel	3(5%)
Allaitement artificiel	10(17%)
Allaitement mixte	47(78%)

Pourcentage entre parenthèse

Tableau 15 : Type d'alimentation pendant l'hospitalisation

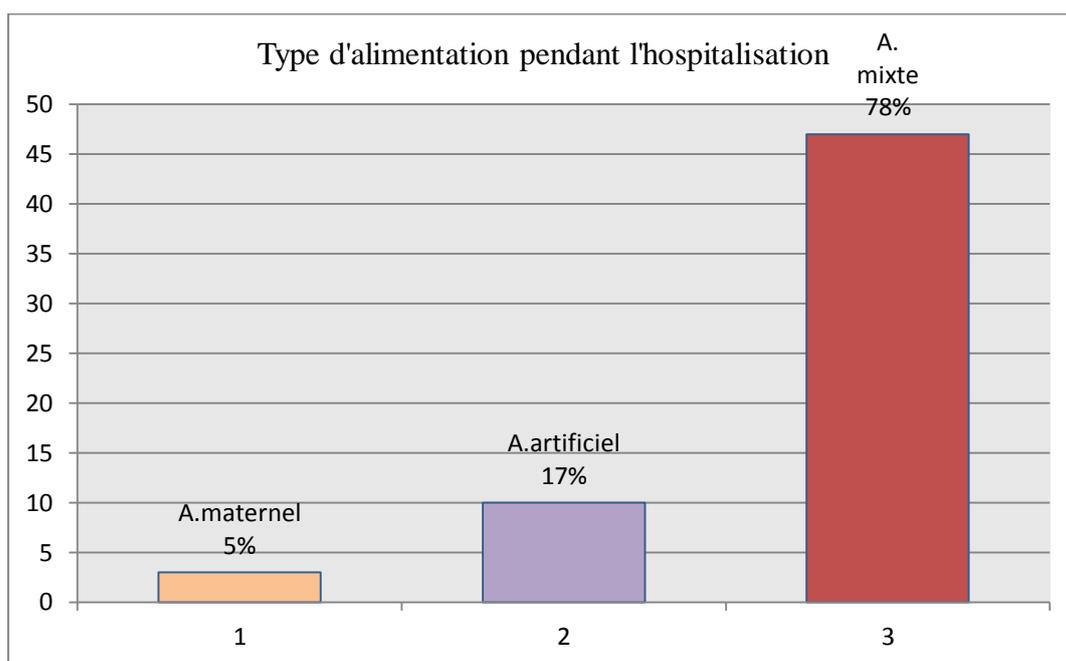


Figure 15 : Type d'allaitement pendant l'hospitalisation.

Il n'y a presque pas de nouveau-né recevant un allaitement maternel exclusif durant l'hospitalisation.

7.3.2. La présence des mères auprès des nouveau-nés hospitalisés

Fréquence de survenu	Une fois/jour	2 fois/jour	3 fois/jour	plus de 3 fois/jour
Effectif	12(23%)	10(19%)	15(28%)	16(30%)

Pourcentage entre parenthèse

Tableau 16 : Répartition des Nouveau-nés hospitalisés selon la présence des mère

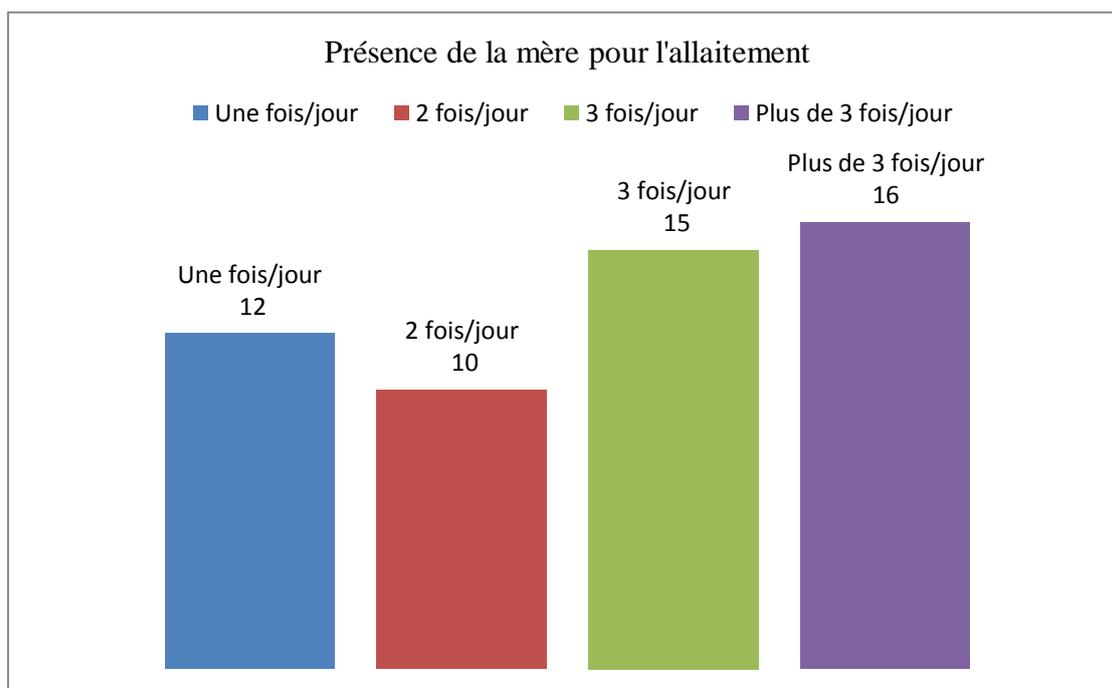


Figure 16 : Répartition des Nouveau-nés hospitalisés selon la présence des mères.

7.3.3. Le taux d'allaitement à 3 mois chez la population étudiée

Allaitement maternel	58(48%)
Allaitement artificiel	48(40%)
Allaitement mixte	14(12%)

Pourcentage entre parenthèse

Tableau 17 : l'allaitement chez la population étudiée à 03 mois

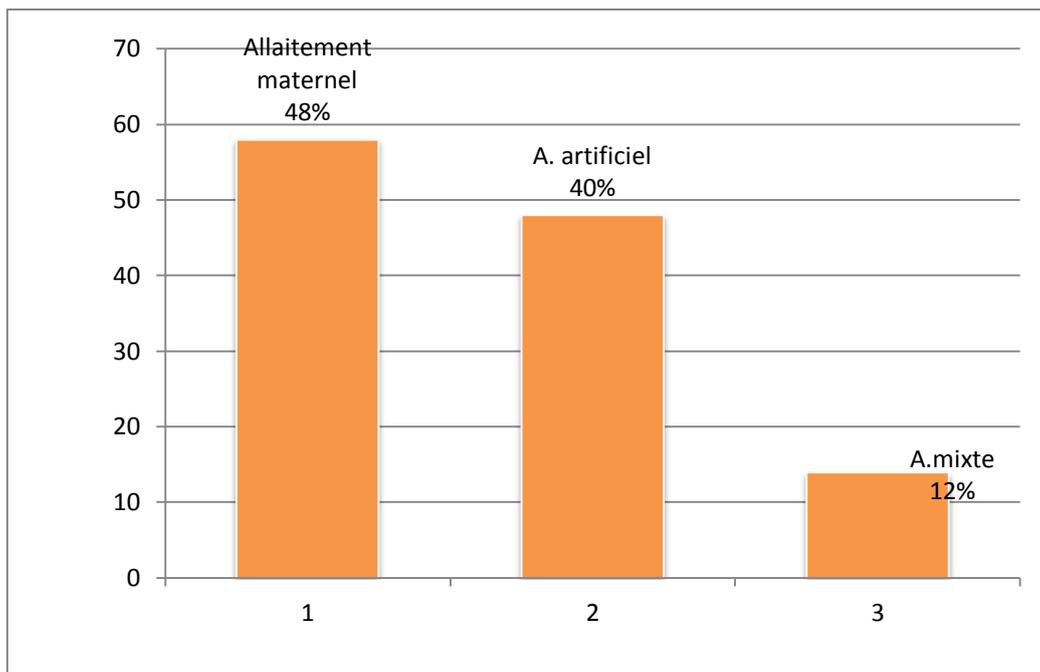


Figure 17 : Répartition des nouveau-nés selon le type d'alimentation à 3 mois

A l'âge de trois mois, 48% des nouveau-nés étaient encore allaités au sein.

7.3.4. Type d'alimentation à l'âge de 3 mois :

	N-nés non hospitalisés	N-nés hospitalisés
Allaitement maternel	32(53%)	26(44%)
Allaitement artificiel	19(32%)	29(48%)
Allaitement mixte	9(15%)	5(8%)

Pourcentage entre parenthèse

Tableau 18 : type d'allaitement à l'âge de 03 mois

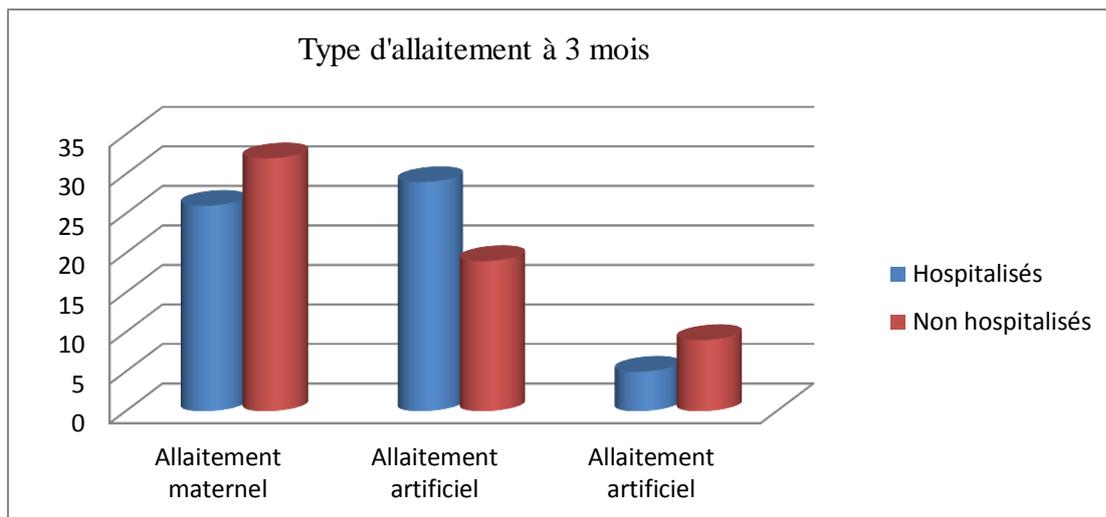


Figure 18 : Type d'allaitement maternel à l'âge de 3 mois

7.3.5. La durée de l'allaitement maternel exclusif à 3 mois chez tous les nouveau-nés

Durée de l'AM exclusif	Moins de 1 mois	1 à 2 mois	2 à 3 mois	Au moins 3 mois
Hospitalisés	14(26%)	8(15%)	5(9%)	26(49%)
Non hospitalisés	17(28%)	4(7%)	7(12%)	32(53%)

Pourcentage entre parenthèse

Tableau 19 : Durée de l'allaitement maternel exclusif à 03 mois

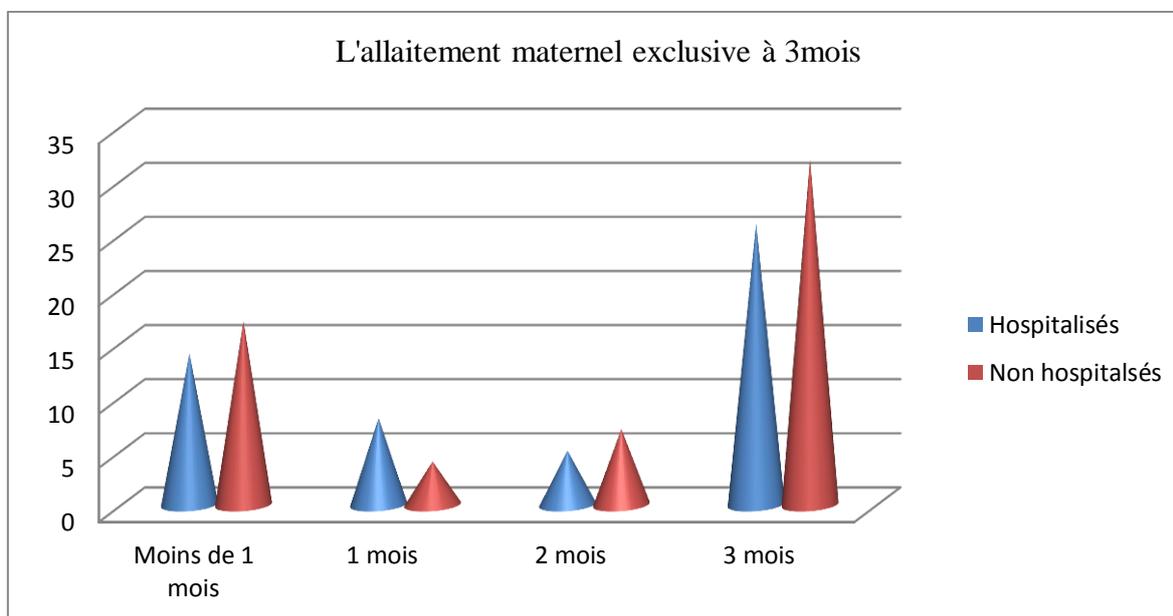


Figure 19 : Durée de l'allaitement maternel exclusif à 3 mois

Que le nouveau-né soit hospitalisé ou pas un quart des mères ont arrêté l'AM exclusif à 1 mois.

7.3.6. Cause de non allaitement ou d'interruption de l'allaitement au sein :

Cause de l'arrêt de l'AM ou de l'introduction du lait artificiel	mères des N-nés non hospitalisés	mères des N-nés hospitalisés
insuffisance du lait	15(53%)	14(52%)
maladie du mamelon	3(11%)	1(4%)
prise médicamenteuse	7(25%)	1(4%)
réhospitalisation du NN	0	3(11%)
refus par le NN	2(7%)	5(18%)
autre	1(4%)	3(11%)

Pourcentage entre parenthèse

Tableau 20 : causes de non allaitement ou d'interruption de l'allaitement maternel

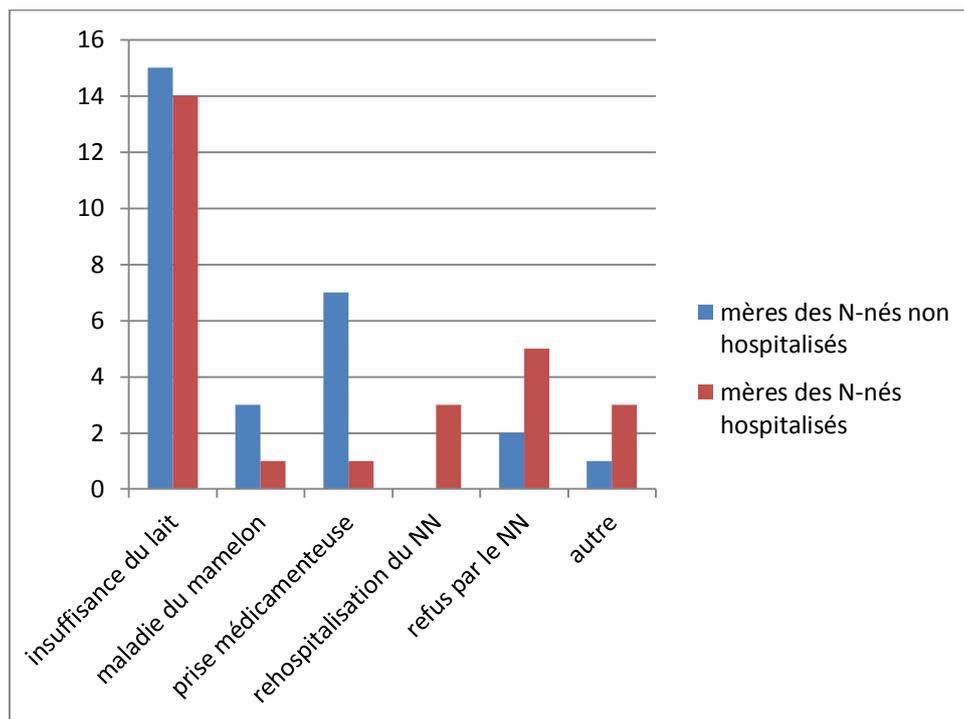


Figure 20 : les causes de non allaitement ou à l'interruption de l'allaitement maternel avant 3 mois de vie

La perception par la mère d'une insuffisance lactée a été la première cause d'arrêt d'AM dans les deux groupes

7.4. Facteurs associés à la poursuite de l'allaitement exclusif à 03 mois :

7.4.1. L'allaitement maternel exclusif à 3 mois selon l'âge des mères :

L'âge des mères	N-nés non hospitalisés	N-nés hospitalisés
<20	2(6%)	4(15%)
20-30	17(53%)	14(54%)
30-40	9(28%)	6(23%)
40-46	4(13%)	2(8%)

Pourcentage entre parenthèse

Tableau 21 : l'allaitement maternel exclusif à 03 mois selon l'âge des mères

La moyenne :

N-nés non hospitalisés : 30 ans

N-nés hospitalisés : 28 ans

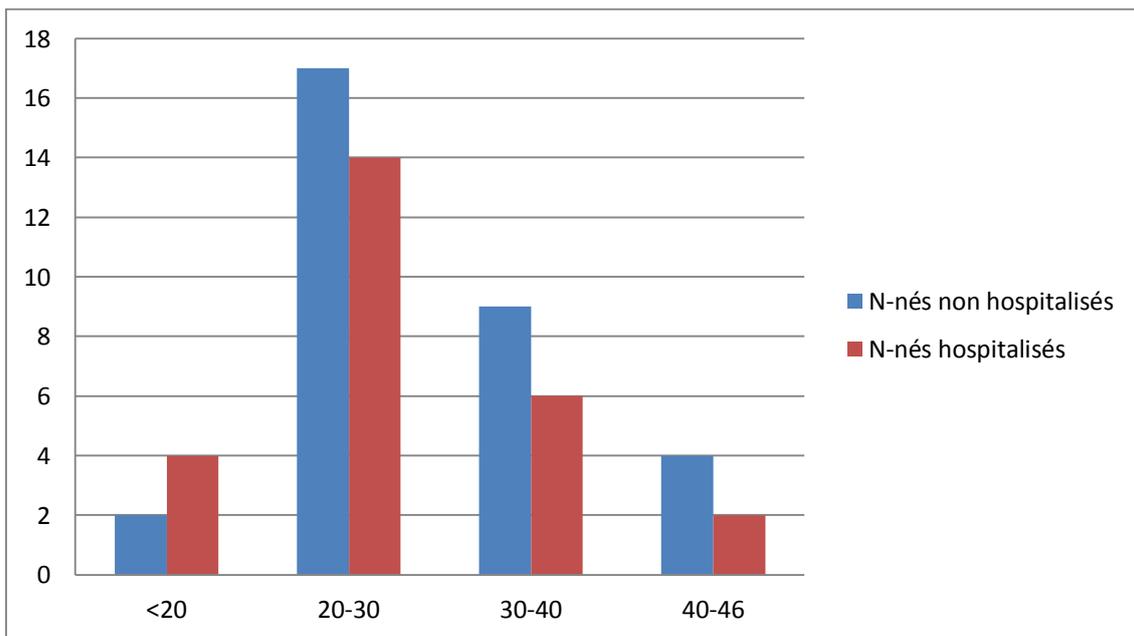


Figure 21 : Type d'allaitement maternel à 3 mois selon l'âge des mères

7.4.2. L'allaitement maternel exclusif à 3 mois selon le niveau d'étude :

Niveau d'étude	N-nés non hospitalisés	N-nés hospitalisés
Aucun	1(3%)	1(4%)
Primaire	3(9%)	3(12%)
Moyenne	5(16%)	7(27%)
Secondaire	16(50%)	6(23%)
Universitaire	7(22%)	9(35%)

Pourcentage entre parenthèse

Tableau 22 : l'allaitement maternel exclusif à 03 mois selon le niveau d'étude

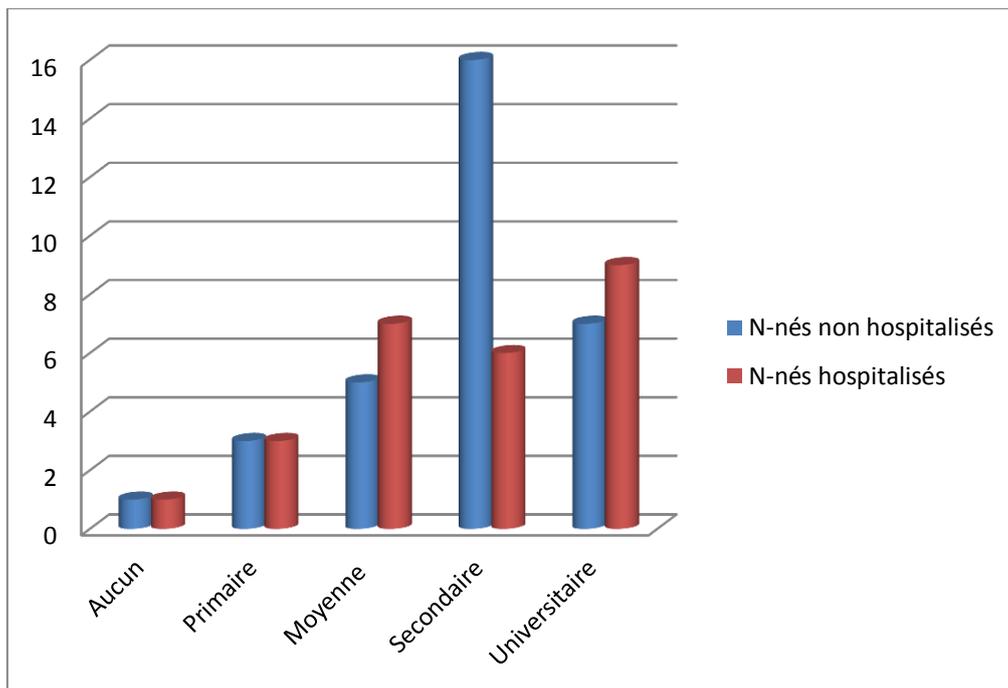


Figure 22: Le taux de l'allaitement maternel exclusif à 3mois selon le niveau d'étude des mères.

7.4..3. Allaitement maternel exclusif à l'âge de 3 mois selon l'exercice de profession :

La profession	N-nés non hospitalisés	N-nés hospitalisés
Avec P	4(13%)	5(19%)
Sans P	28(87%)	21(81%)

Pourcentage entre parenthèse

Tableau 23 : l'allaitement maternel exclusif à l'âge de 03 mois selon l'exercice de profession

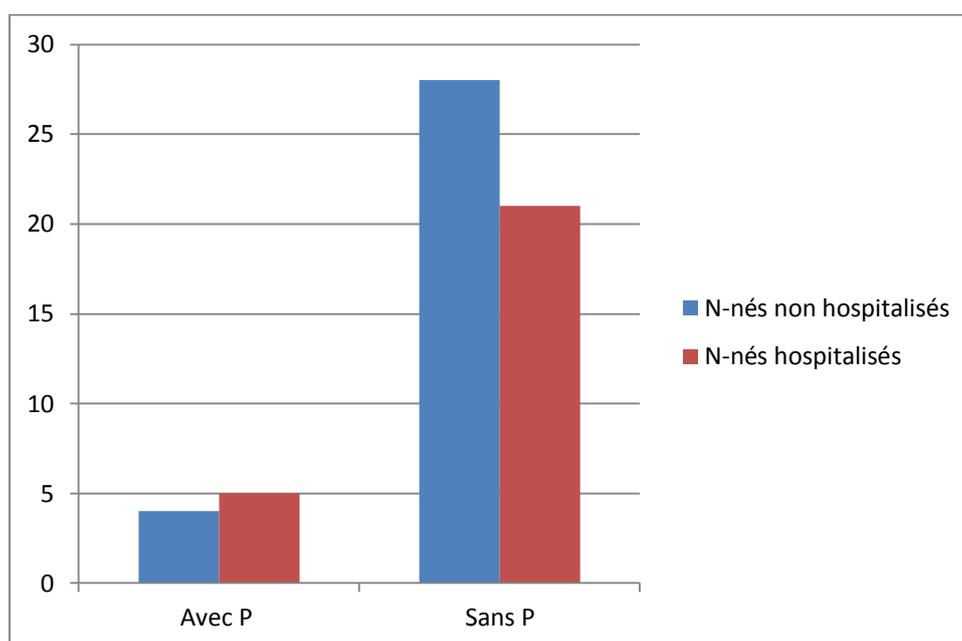


Figure 23 : Allaitement maternel exclusif à l'âge de 3 mois selon l'exercice ou non de profession

7.4.4. Allaitement maternel exclusif à l'âge de 3 mois selon mode d'accouchement :

le mode d'accouchement	N-nés non hospitalisés	N-nés hospitalisés
AVH	4(13%)	7(27%)
AVB	28(87%)	19(73%)

Pourcentage entre parenthèse

Tableau 24 : l'allaitement maternel exclusif à l'âge de 03 mois selon le mode d'accouchement

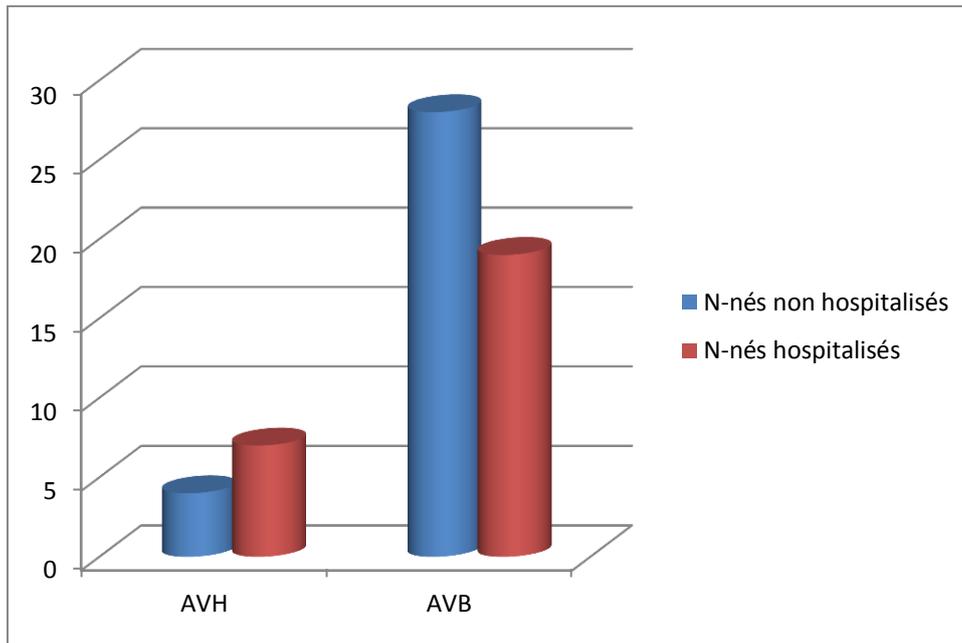


Figure 24: l'allaitement maternel exclusif à l'âge de 3 mois selon mode d'accouchement :

7.4.5. Allaitement maternel exclusif à l'âge de 3 mois selon la parité :

La parité	N-és non hospitalisés	N-és hospitalisés
Primipares	7(22%)	13(50%)
Multipares	25(78%)	13(50%)

Pourcentage entre parenthèse

Tableau 25 : l'allaitement maternel exclusif à l'âge de 03 mois selon la parité

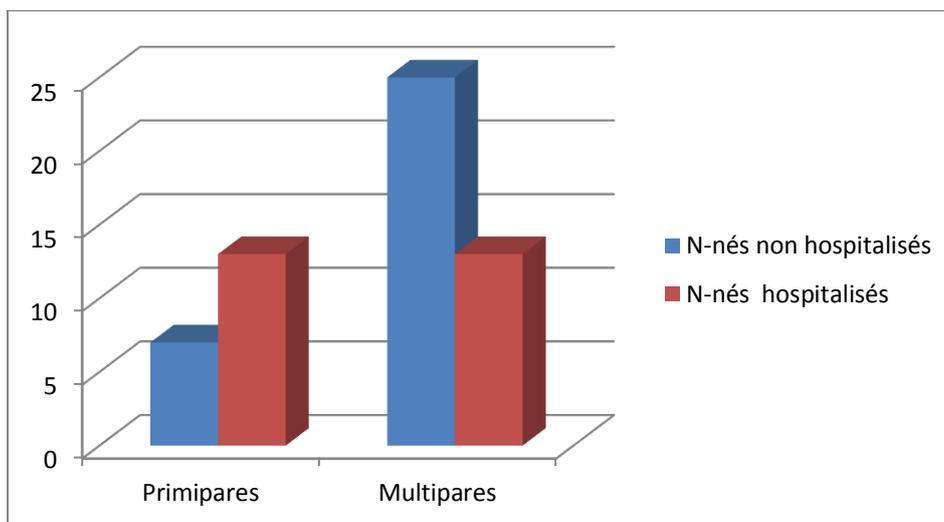


Figure 25: l'allaitement maternel exclusif à l'âge de 3 mois selon la parité

7.4.6. Allaitement maternel exclusif à 3 mois en fonction des motifs d'hospitalisation:

motifs d'hospitalisation	prématurité	ictère	detresse respiratoire	asphyxie	fièvre	autres
effectif	1(4%)	11(42%)	5(19%)	2(8%)	3(12%)	4(15%)

Pourcentage entre parenthèse

Tableau 26 : allaitement maternel exclusif à 03 mois en fonction des motifs d'hospitalisation

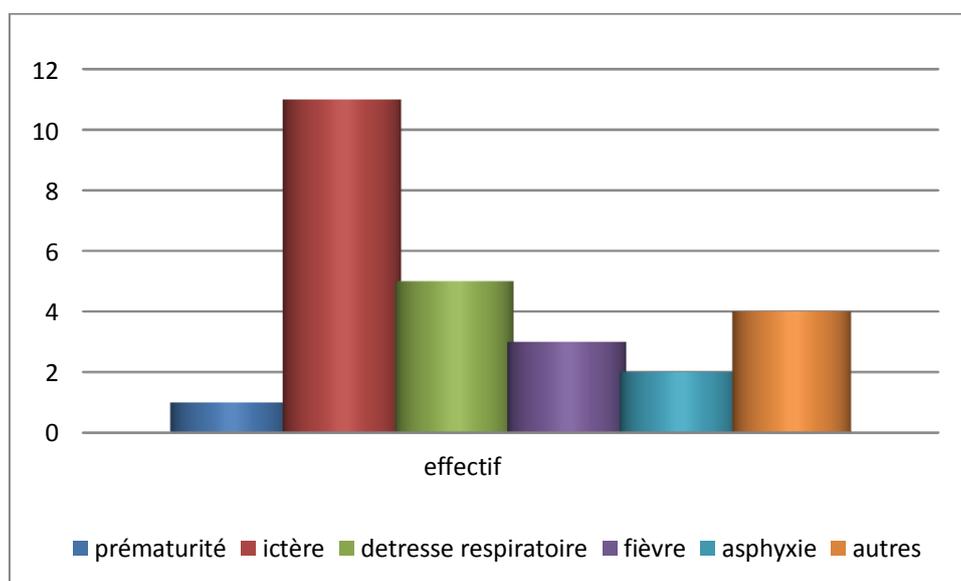


Figure 26 : allaitement maternel exclusif à 3 mois en fonction des motifs d'hospitalisation.

7.4.7. Allaitement maternel exclusif à 3 mois en fonction de la durée d'hospitalisation :

La durée d'hospitalisation	≥1-5≤ jours	≥5-10≤ jours	≥10-20≤ jours	≥20-30≤ jours
effectif	12(46%)	10(38%)	2(8%)	2(8%)

Pourcentage entre parenthèse

Tableau 27 : allaitement maternel exclusif à 03 mois en fonction de la durée d'hospitalisation

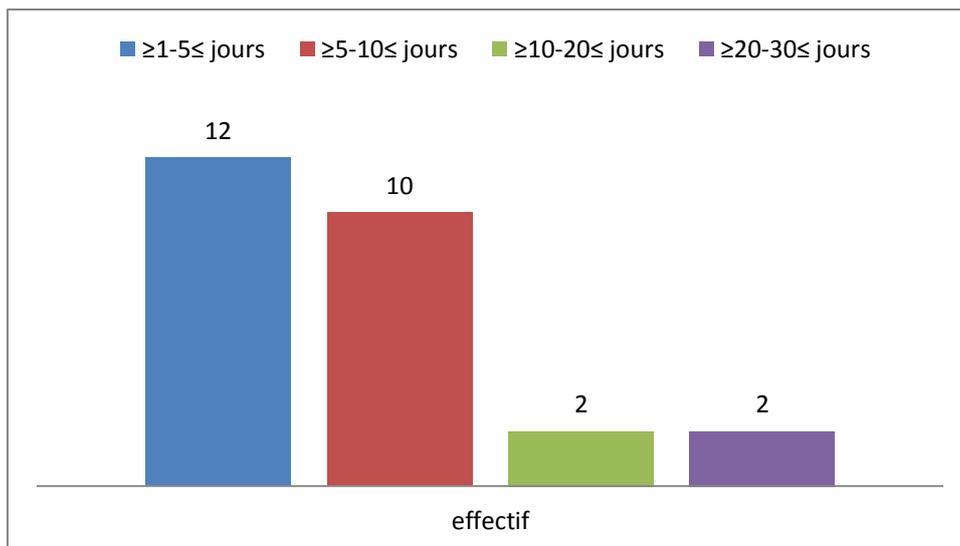


Figure 27 : allaitement maternel exclusif en fonction de la durée d'hospitalisation.

La moyenne : la durée moyenne d'hospitalisation qui permet un allaitement maternel exclusif à 03mois est de 07 jours

7.4.8. Allaitement maternel exclusif à 3 mois en fonction de la fréquence de survenu de la mère pour l'allaitement :

Fréquence de survenu	Une fois jour	2 fois/jour	3 fois/jour	plus de 3 fois jour
Effectif	5(19%)	5(19%)	7(27%)	9(35%)

Pourcentage entre parenthèse

Tableau 28 : allaitement maternel exclusif à 03 mois en fonction de la fréquence de survenu de la mère pour allaiter

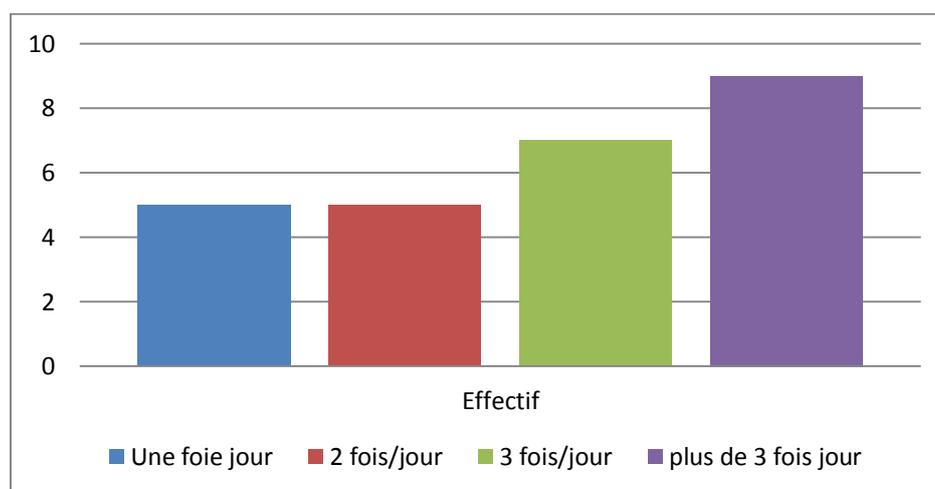


Figure 28 : allaitement maternel exclusif à 3mois en fonction de la survenu des mères pour l'allaitement.

7.4.9. Allaitement maternel exclusif à 03 mois selon l'habitat seul ou avec la famille

habitat	N-nés non hospitalisés	N-nés hospitalisés
seul	14(44%)	10(38%)
avec la famille	18(56%)	16(62%)

Pourcentage entre parenthèse

Tableau 29 : allaitement maternel exclusif à 03 mois selon l'habitat seul ou avec la famille

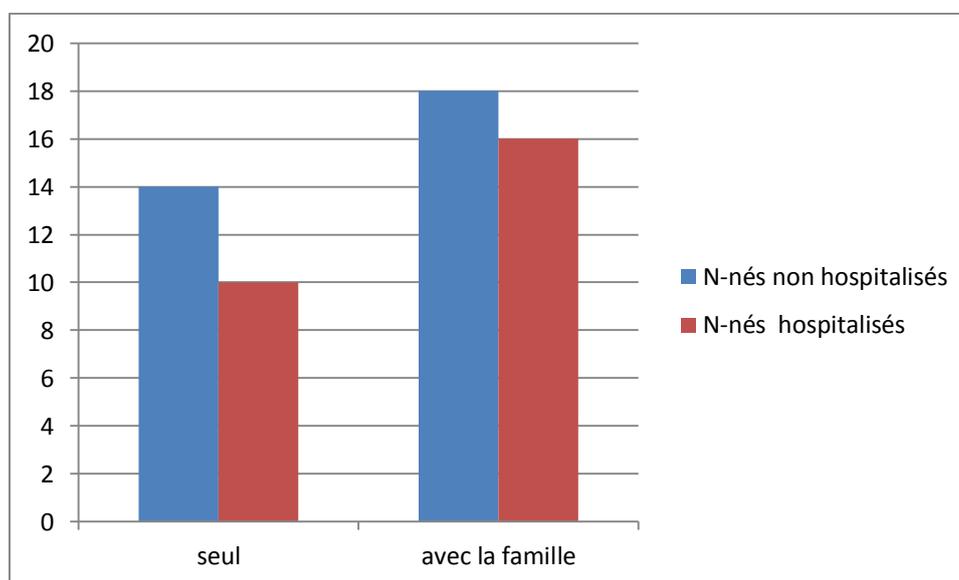


Figure 29 : allaitement maternel exclusif à 03 mois selon l'habitat seul ou avec la famille

7.4.10. Allaitement à 3 mois selon le premier liquide reçu à la naissance

1er liquide reçu	N-nés non hospitalisés	N-nés hospitalisés
lait maternel	26(82%)	12(46%)
lait artificiel	2(6%)	14(54%)
eau sucré	2(6%)	0
autre	2(6%)	0

Pourcentage entre parenthèse

Tableau 30 : allaitement maternel exclusif à 03 mois selon le 1^{er} liquide reçu

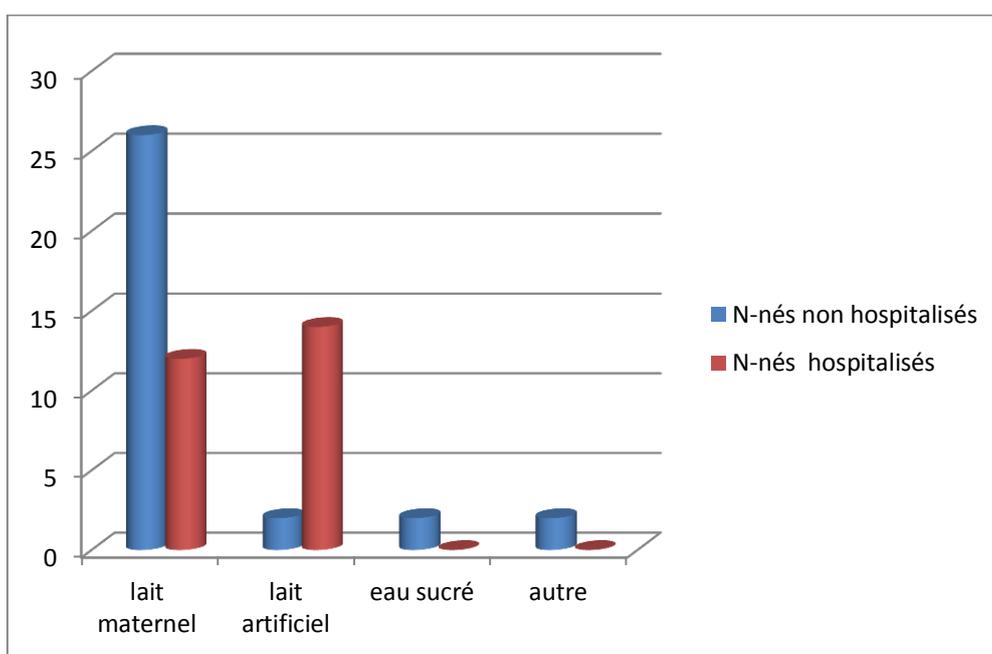


Figure 30 : allaitement maternel exclusif à 03 mois selon le 1^{er} liquide reçu

8 . Discussion

Notre étude avait pour objectif principal d'évaluer le taux d'allaitement maternel exclusif pendant les trois premiers mois de la vie des nourrissons nés à partir du mois de d'octobre 2017 à l'EHS TLEMCEN et qui ont été hospitalisés au niveau de service de néonatalogie.

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

Notre étude à rencontrer plusieurs difficultés qui se résument au :

- les femmes peu coopérentes surtout qui ont accouchées par voie haute et les quelles leur nouveau-nés ont étaient transférés à la néonatalogie
- Perte de vue des malades dès leurs sorties de l'hôpital.
- la mort de quelques nouveau-nés
- après 3 mois les patients sont injoignables

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

Taux d'allaitement maternel exclusif pendant les trois premiers mois de la vie chez nouveau-nés qui ont étaient hospitalisés :

Concernant les caractéristiques sociodémographiques de notre échantillon, il en ressort que les deux groupes sont homogènes et ne présentent pas de différence concernant, l'âge, la parité, le niveau d'instruction, l'exercice d'une profession, le mode d'accouchement, le type d'habitat. Les femmes dans les deux groupes ont également le même profil d'expérience dans l'AM, la même propension à vouloir allaiter au moins 12 mois, principalement pour la santé de leurs nouveau-nés.

Presque toutes les femmes déclarent n'avoir jamais reçu d'information au préalable concernant l'allaitement maternel de la part du personnel soignant. Pourtant, le taux de suivi des grossesses est important. Il n'y a donc pas d'information délivrée au moment du suivi. Il n'y a pas non plus de personnel dédié à l'AM que ce soit en maternité ou en néonatalogie.

Concernant l'alimentation des nouveau-nés dans les deux groupes :

Une grande proportion de nouveau-nés reçoit un allaitement artificiel à la naissance. Ceci peut s'expliquer pour les hospitalisés en raison de la séparation. mais ce taux n'est pas plus faible chez les témoins dont les mères sont probablement mal informée sur les bienfaits du colostrum et qui se présentent toutes en maternité avec un biberon et du lait artificiel, tisane, eau sucré ou autre.

9. conclusion :

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

La promotion de l'allaitement maternel doit s'inscrire dans une politique générale de santé publique. La principale action est l'information des femmes sur les bénéfices et la supériorité de l'allaitement maternel ainsi qu'une préparation psychologique de la mère qui doit avoir lieu idéalement avant et pendant la grossesse et concerne également le conjoint.

Les arguments scientifiques en faveur de la supériorité du lait maternel ne sont guère discutés.

Ils sont importants dans le cadre de la promotion de l'allaitement maternel et doivent être expliqués à l'échelon individuel pour convaincre de l'intérêt de l'allaitement.

Cette préparation doit se poursuivre après l'accouchement surtout pour les mères inexpérimentées et les quelles leurs nouveau-nés ont été hospitalisés de façon à les aider à surmonter les difficultés liées a l'allaitement maternel.

10. Bibliographie :

A

Aguilar Cordero, M.J. (2015). Lactancia Materna Como Prevención Del Sobrepeso Y La Obesidad En El. *Nutr. Hosp.* 606–620.

Andreas, N.J., Kampmann, B., and Mehring Le-Doare, K. (2015a). Human breast milk: A review on its composition and bioactivity. *Early Hum. Dev.* 91, 629–635.

Andreas, N.J., Kampmann, B., and Mehring Le-Doare, K. (2015b). Human breast milk: A review on its composition and bioactivity. *Early Hum. Dev.* 91, 629–635.

Asare, B.Y.-A., Preko, J.V., Baafi, D., and Dwumfour-Asare, B. (2018). Breastfeeding practices and determinants of exclusive breastfeeding in a cross-sectional study at a child welfare clinic in Tema Manhean, Ghana. *Int. Breastfeed. J.* 13.

B

Berens, P.D. (2015). Breast Pain: Engorgement, Nipple Pain, and Mastitis. *Clin. Obstet. Gynecol.* 58, 902–914.

Bernard, J.Y., Armand, M., Peyre, H., Garcia, C., Forhan, A., De Agostini, M., Charles, M.-A., and Heude, B. (2017). Breastfeeding, Polyunsaturated Fatty Acid Levels in Colostrum and Child Intelligence Quotient at Age 5-6 Years. *J. Pediatr.* 183, 43-50.e3.

Boyce, C., Watson, M., Lazidis, G., Reeve, S., Dods, K., Simmer, K., and McLeod, G. (2016). Preterm human milk composition: a systematic literature review. *Br. J. Nutr.* 116, 1033–1045.

C

Chantry, A.A., Monier, I., and Marcellin, L. (2015). Allaitement maternel (partie 1) : fréquence, bénéfices et inconvénients, durée optimale et facteurs influençant son initiation et sa prolongation. Recommandations pour la pratique clinique. *J. Gynécologie Obstétrique Biol. Reprod.* 44, 1071–1079.

Charkaluk, M.-L., Bomy, H., Delguste, S., Courdent, M., Rousseau, S., Zaoui-Grattepanche, C., and Pierrat, V. (2018). Impact of structured programs on breastfeeding initiation rates in preterm neonates in a socioeconomically deprived area in France: A 10-year population-based study. *Arch. Pédiatrie* 25, 18–22.

D

Denis, F., Verdier, M., and Bonis, J. (1992). [Vertical transmission of HTLV-I]. *Pathol. Biol. (Paris)* 40, 714–719.

Doherty, A.M., Lodge, C.J., Dharmage, S.C., Dai, X., Bode, L., and Lowe, A.J. (2018). Human Milk Oligosaccharides and Associations With Immune-Mediated Disease and Infection in Childhood: A Systematic Review. *Front. Pediatr.* 6.

E

Eriksen, K.G., Christensen, S.H., Lind, M.V., and Michaelsen, K.F. (2018). Human milk composition and infant growth: *Curr. Opin. Clin. Nutr. Metab. Care* 1.

F

Feldman-Winter, L., Szucs, K., Milano, A., Gottschlich, E., Sisk, B., and Schanler, R.J. (2017). National Trends in Pediatricians' Practices and Attitudes About Breastfeeding: 1995 to 2014. *Pediatrics* 140, e20171229.

Figueiredo, B., Dias, C.C., Brandão, S., Canário, C., and Nunes-Costa, R. (2013). Breastfeeding and postpartum depression: state of the art review. *J. Pediatr. (Rio J.)* 89, 332–338.

Fugate, K., Hernandez, I., Ashmeade, T., Miladinovic, B., and Spatz, D.L. (2015). Improving Human Milk and Breastfeeding Practices in the NICU. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs.* 44, 426–438.

G

González-Jiménez, E., García, P.A., Aguilar, M.J., Padilla, C.A., and Álvarez, J. (2014). Breastfeeding and the prevention of breast cancer: a retrospective review of clinical histories. *J. Clin. Nurs.* 23, 2397–2403.

Grayson, M.L., Braniff, K.M., Bowden, D.S., and Turnidge, J.D. (1995). Breastfeeding and the risk of vertical transmission of hepatitis C virus. *Med. J. Aust.* 163, 107.

Grilo, E.C., Lira, L.Q. de, Dimenstein, R., and Ribeiro, K.D. da S. (2013). Influence of prematurity and birth weight on the concentration of α -tocopherol in colostrum milk. *Rev. Paul. Pediatr. Orgao Of. Soc. Pediatr. Sao Paulo* 31, 473–479.

Gunther, M. (1975). The neonate's immunity gap, breast feeding and cot death. *Lancet Lond. Engl.* 1, 441–442.

H

Heilbronner, C., Roy, E., Hadchouel, A., Jebali, S., Smii, S., Masson, A., Renolleau, S., and Rigourd, V. (2017). Breastfeeding disruption during hospitalisation for bronchiolitis in children: a telephone survey. *BMJ Paediatr. Open* 1, e000158.

J

Jacobson, L.T., Zackula, R., Redmond, M.L., Duong, J., and Collins, T.C. (2018). Pioneer baby: suggestions for pre- and postnatal health promotion programs from rural English and Spanish-speaking pregnant and postpartum women. *J. Behav. Med.*

K

Keim, S.A., Boone, K.M., Oza-Frank, R., and Geraghty, S.R. (2017). Pumping Milk Without Ever Feeding at the Breast in the Moms2Moms Study. *Breastfeed. Med.*

Kessler, E.C., Bruckmaier, R.M., and Gross, J.J. (2014). Milk production during the colostrum period is not related to the later lactational performance in dairy cows. *J. Dairy Sci.* *97*, 2186–2192.

Khasawneh, W., and Khasawneh, A.A. (2017). Predictors and barriers to breastfeeding in north of Jordan: could we do better? *Int. Breastfeed. J.* *12*.

M

Marcellin, L., and Chantry, A.A. (2015). Allaitement maternel (partie III) : complications de l'allaitement – Recommandations pour la pratique clinique. *J. Gynécologie Obstétrique Biol. Reprod.* *44*, 1084–1090.

Martic, K., and Vasilj, O. (2012). Extremely large breast abscess in a breastfeeding mother. *J. Hum. Lact. Off. J. Int. Lact. Consult. Assoc.* *28*, 460–463.

Mazzocchi, A., D'Oria, V., Cosmi, V., Bettocchi, S., Milani, G., Silano, M., and Agostoni, C. (2018). The Role of Lipids in Human Milk and Infant Formulae. *Nutrients* *10*, 567.

McGuire, E. (2013). Breastfeeding and high maternal body mass index. *Breastfeed. Rev. Prof. Publ. Nurs. Mothers Assoc. Aust.* *21*, 7–14.

McGuire, E. (2017). Cleft lip and palates and breastfeeding. *Breastfeed. Rev. Prof. Publ. Nurs. Mothers Assoc. Aust.* *25*, 17–23.

Menchetti, L., Traina, G., Tomasello, G., Casagrande-Proietti, P., Leonardi, L., Barbato, O., and Brecchia, G. (2016). Potential benefits of colostrum in gastrointestinal diseases. *Front. Biosci. Sch. Ed.* *8*, 331–351.

Montreuil, J., and Mullet, S. (1960). [Study of the variations of the glucide constituents of human milk during lactation]. *Bull. Soc. Chim. Biol. (Paris)* *42*, 365–377.

Morton, J., Wong, R.J., Hall, J.Y., Pang, W.W., Lai, C.T., Lui, J., Hartmann, P.E., and Rhine, W.D. (2012). Combining hand techniques with electric pumping increases the caloric content of milk in mothers of preterm infants. *J. Perinatol. Off. J. Calif. Perinat. Assoc.* *32*, 791–796.

de Muralt, G. (1981). [Breast feeding, resistance to infections and prevention of atopies]. *Gynakol. Rundsch.* *21 Suppl 3*, 7–16.

N

Naiman, J.L. (1988). Severe methemoglobinemia induced by a topical teething preparation. *Pediatr. Emerg. Care* *4*, 164–165.

Newburg, D.S. (2001). Bioactive components of human milk: evolution, efficiency, and protection. *Adv. Exp. Med. Biol.* *501*, 3–10.

Northrop-Clewes, C.A., Lunn, P.G., and Downes, R.M. (1997). Lactose maldigestion in breast-feeding Gambian infants. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* *24*, 257–263.

O

Obladen, M. (2014). Historic Records on the Commercial Production of Infant Formula. *Neonatology* 106, 173–180.

P

Pandya, S., and Moore, R.G. (2011). Breast Development and Anatomy: Clin. Obstet. Gynecol. 54, 91–95.

R

Rosenberg, H., and Pots, P. (1962). [Comparative studies on the lactation inhibiting effect of sex hormones and of paraoxypropiophenone]. *Z. Geburtshilfe Gynakologie* 158, 104–113.

Rowe, H., Baker, T., and Hale, T.W. (2015). Maternal medication, drug use, and breastfeeding. *Child Adolesc. Psychiatr. Clin. N. Am.* 24, 1–20.

S

Saunders, J.B. (2010). The economic benefits of breastfeeding. *NCSL Legisbrief* 18, 1–2.

Spencer, J.P. (2008). Management of mastitis in breastfeeding women. *Am. Fam. Physician* 78, 727–731.

Spießner-Robelet, L., Maurice, A., and Gagnayre, R. (2018). Understanding Breastfeeding Women's Behaviors Toward Medication: Healthcare Professionals' Viewpoint. *J. Hum. Lact.* 089033441877129.

Steurer, L.M., and Smith, J.R. (2018). Manual Expression of Breast Milk: A Strategy to Aid in Breastfeeding Success. *J. Perinat. Neonatal Nurs.* 32, 102–103.

T

Tanguay, K.E., McBean, M.R., and Jain, E. (1994). Nipple candidiasis among breastfeeding mothers. Case-control study of predisposing factors. *Can. Fam. Physician Med. Fam. Can.* 40, 1407–1413.

Turck, D., Vidailhet, M., Bocquet, A., Bresson, J.-L., Briend, A., Chouraqui, J.-P., Darmaun, D., Dupont, C., Frelut, M.-L., Girardet, J.-P., et al. (2013). Allaitement maternel : les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère. *Arch. Pédiatrie* 20, S29–S48.

W

Waite, W.M., and Taylor, J.A. (2016). Phototherapy for the Treatment of Neonatal Jaundice and Breastfeeding Duration and Exclusivity. *Breastfeed. Med.* 11, 180–185.

Y

Ye, S., Sun, R., and Lu, Q. (1995). [The study of growth factors in human colostrum]. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi* 30, 591–593.

11. Annexes

11.1. Annexe 01 :

Fiche N° :.....

date :...../...../.....

Nom : Prénom : Age :
.....

N° de téléphone :.....

G P

Niveaux socio-économique :

- Mère : -profession :

.....

-Niveaux scolaire :

.....

Questionnaire :

avez-vous déjà allaité l'un ou plusieurs de vos enfants

1^{er} enfant : durée.....

2eme enfant : durée.....

3eme enfant : durée

4eme enfant : durée.....

1) Es que vous savez les bénéfices du lait maternelle : oui / non

Citez :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

2) Es que vous avez reçu une formation : oui / non

3) Es que vous êtes prête pour allaiter votre nouveaux né : oui / non

4) La durée souhaitée :

5) vit seul ou avec la famille :

11.2. annexe 02

Nouveau-né

Nom : Prénom :
.....

Date de naissance : âge :
.....

Terme
.....

1^{er} liquide reçu : lait maternel / eau sucré / lait artificielle

Diététiques :
.....
.....
.....

En cas d'hospitalisation

Date de l'admission :/...../.....

Age de l'admission :

La cause : - médicale

.....
-chirurgicale :

.....
La durée d'hospitalisation :
.....

Le type d'allaitement dans cette période :

- Maternel : quantité : - normale (03xjr) :

.....

- ou la cause :
.....
.....

- Artificiel : type de lait : normal /
.....
.....

9.3. Annexes 03 :

Après l'hospitalisation

Type de l'allaitement à 03 mois : (N-nés hospitalisé et non hospitalisé)

- Allaitement maternelle :
- Allaitement artificiel :
- Mixte :

Si allaitement artificiel : la cause de l'arrêt ou la non reprise :

.....

Ré hospitalisation : oui/non (N-nés hospitalisé et non hospitalisé)

Age de l'introduction du lait artificiel (N-nés hospitalisé et non hospitalisé) :

.....

.....

.....

.....