

République Algérienne Démocratique et Populaire  
MINISTÈRE DE L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE

†.ΘΛ.Πξ†.Θ:ΘΚΟΘ:ΠΖ.ζΑΗΠΕΘ.Ι

UNIVERSITE ABOU BEKR BELKAÏDFACULTE  
DE MEDECINE  
DR. B.BENZERDJEB - TLEMCEM



جامعة أبو بكر بلقايد

كلية الطب

د.ب.بن زرجب - تلمسان

DEPARTEMENT DE MEDECINE

MEMOIRE DE FIN D'ETUDES POUR  
L'OBTENTION DU DIPLOME DE DOCTEUR EN MEDECINE

Thème :

L'ALLAITEMENT MATERNEL EXCLUSIF A 6 MOIS

Présenté par :

Arbaoui Amina Rawida

Djebri Souhir Nadjat

Daoudi Chahinez Rachida

Boutayeb Rahmouna

Encadré par :

DR SMAHI MOHAMMED  
CHEMS-EDDINE

Professeur en pédiatrie

**Chef de service**

Année universitaire 2022-2023

# *Résumé*

En Algérie, les études disponibles montrent que les pratiques de l'allaitement au sein au cours des deux dernières décennies a connu des changements importants quant à La prévalence de cette allaitement maternel, il est passée de 7% en 2006 à 28.27% en 2019 demeurant toujours faible par rapport aux recommandations de l'OMS et la politique de la santé publique en Algérie.

L'objectif principal de notre étude rétrospective était d'évaluer le taux de l'allaitement maternel exclusif au cours des six premiers mois de vie (selon les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé) chez les nourrissons nés en mois de décembre 2022 étalant cette étude jusqu'à juin 2023 dans la région de Tlemcen. Ceci nous a conduit à demander aux femmes ayant accouché aux niveaux EHS Tlemcen, EPSP et EPH la durée de leur allaitement et les raisons d'un éventuel arrêt de l'allaitement avant 6 mois.

Les résultats de notre étude indiquent que 25 % des enfants de notre série ont été exclusivement allaités pendant 6 mois, démontrant que les raisons les plus fréquentes de sevrage précoce ou de non allaitement sont les crevasses et l'absence ou l'insuffisance de la lactation par les mères. Le mode d'accouchement et la parité sont aussi des facteurs affectant l'allaitement maternel exclusif [1].

# **Remerciements**

*En premier lieu je remercie dieu le tout puissant.*

*Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à mon encadrant «Pr Smahi MC».*

*Je vous remercie de m'avoir encadré, aidé, orienté et conseillé.*

*Aussi de votre disponibilité et votre compréhension.*

***Aussi je remercie mes chers parents :***

***À ma mère et à mon père,***

*Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi, d'être toujours là pour moi, vos précieux conseils et l'aide que vous m'avez apporté et tous les sacrifices que vous avez fait pour moi. Vous m'avez toujours encouragé et cru en moi ainsi que mes frères qui m'ont soutenu tout au long de mon cursus.*

*Merci de m'avoir toujours hissé vers le haut, avec tout mon amour.*

*En espérant que le chemin que j'ai parcouru vous rende fiers et heureux.*

*À toutes les mamans ayant participé à l'étude, merci d'avoir participé à mes recherches, de votre accueil, votre patience et vos encouragements.*

***Chahinez Daouidi***

# **Remerciements**

*Je tenais tout d'abord à remercier mon encadrant «**Pr Smahi MC**» je vous remercie de m'avoir encadré, aidé, orienté et conseillé et Aussi pour votre accompagnement tout au long de ce travail  
Merci pour vos conseils et les nombreuses relectures.*

*Un grand merci à toutes les mères qui ont témoigné, qui m'ont accordé leur temps et leur confiance  
merci pour vos encouragements.*

*Je ne remercierai jamais assez **ma famille** et surtout mes parents pour m'avoir soutenue, sans eux je  
n'aurais jamais pu arriver là où j'en suis.*

*Merci à **mon frère** pour son amour, son aide et son soutien infaillible au quotidien ainsi que **mes  
sœurs**.*

*Et pour finir je voudrais remercier mes amies de promotions, tout particulièrement : **Wafaa Abi Ayed**  
pour tous les bons moments passés à tes côtés.*

**Arbaoui Rawida**

# **Remerciements**

*En préambule de cette thèse je remercie dieu le tout puissant qui nous a donné la patience le courage et la force d'accomplir ce travail.*

*Et en guise de reconnaissance je tiens à témoigner mes sincères remerciements à toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin au bon déroulement de mon stage de fin d'études et à l'élaboration de ce modeste travail.*

*Mes sincères gratitudes à notre encadrant de mémoire **Pr.Smahi** pour la qualité de son enseignement ses conseils et son intérêt incontestable.*

*Respect a toutes les mamans qui allaitent et surtout merci à celles qui m'ont accordé leurs temps durant cette expérience.*

***Merci à ma famille mes amis et mon équipe de mémoire.***

*A tous ces intervenants je présente mes remerciements mon respect et ma gratitude.*

***Boutayeb rahmouna***

# **Remerciements**

*C'est avec beaucoup de sincérité et de gratitude que je dédie ces remerciements à tous ceux qui me sont chers.*

*A la mémoire de mes défunts parents, tous deux partis trop tôt...*

*A **maman** qui a su m'apporter assurance, paix, soutien et pleins d'amour durant mes années de fac, pour ses sacrifices consentis pour mon éducation, ma réussite et mon bien être, celle qui a fait de moi la femme que je suis aujourd'hui, je t'en serai à jamais reconnaissante.*

*A **mon père**, qui m'a appris très jeune à avoir confiance en moi, à être déterminée et à aller au bout de mes rêves.*

*Je désire remercier particulièrement **mon fiancé** pour sa présence à mes côtés et pour son soutien inestimable ainsi que mes sœurs et mon frère qui ont toujours partagé mes joies et mes peines.*

*Je remercie la cheffe de département ainsi que tous les enseignants et médecins ayant contribué à ma formation et ma réussite dans mon cursus.*

*Enfin, je tiens à adresser mes vifs remerciements à notre encadreur, **le Professeur Smahi** pour sa disponibilité, sa patience et ses précieux conseils.*

***Souhir Djebri***

# Table des matières

|                            |     |
|----------------------------|-----|
| Résumé.....                | i   |
| Remerciements.....         | ii  |
| Table des matières.....    | vii |
| Liste des figures.....     | ix  |
| Liste des tableaux.....    | x   |
| Introduction Générale..... | 2   |

## Chapitre I : La revue de la littérature

|       |  |    |
|-------|--|----|
| I.    | Introduction.....  | 4  |
| II.   | Définition.....  | 4  |
| 1.    | L'allaitement maternel dans le monde.....                        | 5  |
| 2.    | L'allaitement maternel en Algérie.....                           | 6  |
| III.  | Composition et variabilité du lait de femme.....                 | 7  |
| 1.    | Protéines et substances azotées (Tableau 1).....                 | 7  |
| 2.    | Lipides et digestibilité des graisses (Tableau 1).....           | 8  |
| 3.    | Glucides et oligosaccharides du lait de femme (Tableau 1).....   | 8  |
| 4.    | Autres composants du lait de femme (Tableau 1).....              | 8  |
| IV.   | Les bénéfices de l'allaitement maternel.....                     | 9  |
| 1.    | Pour l'enfant.....   | 9  |
| 2.    | Prévention du diabète de type 01.....                            | 10 |
| 3.    | Pour la mère.....  | 11 |
| 4.    | Pour la société.....   | 11 |
| V.    | Les risques d'un allaitement mixte.....                          | 12 |
| VI.   | Les risques d'un allaitement artificiel.....                     | 13 |
| VII.  | Evolutivité du lait maternel.....                                | 13 |
| VIII. | Conseils pour bien allaiter.....                                 | 15 |
| IX.   | Les positions d'allaitement maternel.....                        | 17 |
| X.    | Problèmes rencontrés lors d'allaitement maternel.....            | 20 |
| XI.   | Les contres indications d'allaitement maternel.....              | 23 |
| XII.  | Promotion d'allaitement maternel.....                            | 25 |
| 1.    | Les dix conditions de l'OMS/ UNICEF.....                         | 26 |
| 2.    | Les objectifs d'une politique de promotion de l'allaitement..... | 27 |

|      |  |    |
|------|--|----|
| 3.   | Les actions fortes pour une politique de promotion de l'allaitement..... | 28 |
| 4.   | L'information auprès des femmes ; des pères et des familles .....        | 30 |
| 4.1. | Pendant la grossesse .....   | 30 |
| 4.2. | Au retour à domicile .....   | 31 |
| 4.3. | L'entourage des femmes.....  | 32 |
| 5.   | Origine des informations disponibles .....                               | 32 |
| 6.   | La formation des professionnels de santé .....                           | 32 |
| 7.   | Les actions spécifiques dans la filière de soins .....                   | 35 |

## **Chapitre II : Etude pratique sur l'allaitement maternel**

|      |   |    |
|------|---|----|
| I.   | Matériel et Méthode.....  | 38 |
| 1.   | Types d'étude .....   | 38 |
| 2.   | Période de l'étude .....  | 38 |
| 3.   | Résultats .....   | 38 |
| 3.1. | Caractéristiques socio démographiques de l'échantillon.....   | 38 |
| 3.2. | Le nombre de nouveau nés ayant reçu des préparations commerciales ou autres liquides à la naissance ..... | 43 |
| 3.3. | Difficultés rencontrés pendant l'allaitement maternel .....   | 44 |
| II.  | Discussion .....  | 44 |
| 1.   | Limites de l'étude .....  | 44 |
| 2.   | Discussion de notre étude .....   | 44 |
| 2.1. | Taux d'allaitement exclusif pendant les six premiers mois de la vie.....                                  | 45 |
| 2.2. | Facteurs de non allaitement ou d'interruption de l'allaitement maternel exclusif avant 6 mois.....        | 45 |
| 2.3. | Evaluer le taux de la sensibilisation maternelle par les professionnels de santé .....                    | 46 |
| 2.4. | Facteur influençant le choix et la durée du mode d'allaitement .....                                      | 47 |
|      | Conclusion générale .....   | 49 |
|      | Questionnaire .....   | 50 |
|      | Références bibliographiques .....   | 54 |



# Liste des Figures

---

---

## Chapitre I

---

---

|           |   |    |
|-----------|---|----|
| Figure 1. | Pourcentage d'enfants nourris au moins partiellement au sein à douze mois ..... | 6  |
| Figure 2. | La position au niveau du sein .....   | 16 |
| Figure 3. | Les différentes positions d'allaitement.....                                    | 17 |
| Figure 4. | La position de la Madone ou de la berceuse.....                                 | 18 |
| Figure 5. | La position de la Madone inversée ou ballon de rugby .....                      | 19 |
| Figure 6. | La position couchée ou allongée .....   | 20 |
| Figure 7. | Mécanisme de production de lait par le sein.....                                | 21 |
| Figure 8. | Types de mamelon .....  | 21 |
| Figure 9. | Cadre conceptuel de l'allaitement maternel exclusif .....                       | 36 |

# Liste des Tableaux

## Chapitre I

|   |   |
|---|---|
| Tableau 1. Composition du lait maternel ..... | 9 |
|---|---|

## Chapitre II

|   |    |
|---|----|
| Tableau 1. Répartition de la population étudiée selon les caractéristiques socio démographiques de l'échantillon (âge, situation professionnelle, parité et mode d'accouchement)..... | 38 |
| Tableau 2. Oui ou non à l'allaitement ? Les raisons invoquées si oui ou non; et la durée del'allaitement envisagé.....  | 39 |
| Tableau 3. Délais de mise au sein après l'accouchement, Le choix d'allaitement selon lemode d'accouchement .....  | 40 |
| Tableau 4. Le nombre de nouveau nés ayant reçu des préparations commerciales ou autresliquides après leur naissance.....  | 40 |
| Tableau 5. Difficultés rencontrés pendant l'allaitement maternel.....   | 41 |
| Tableau 6. La diversification alimentaire .....   | 41 |
| Tableau 7.Sensibilisation par un professionnel de santé .....   | 42 |
| Tableau 8.Le nombre de nouveau nés ayant reçu des préparations commerciales ou autres liquides après leur naissance .....   | 42 |
| Tableau 9. Difficultés rencontrés pendant l'allaitement maternel.....   | 43 |

# **Introduction générale**

L'objectif de ce mémoire est d'évaluer le taux d'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de la vie détaillant les différents bénéfices de celui-ci ainsi que les recommandations qui le concernent.

La première partie a pour but de présenter une revue complète de l'allaitement maternel. L'allaitement maternel est, par définition, l'alimentation du nouveau-né ou du nourrisson par le lait de sa mère. Nous allons détailler dans ce travail sa composition, ses bénéfices, les positions d'allaitement recommandés ainsi que les risques d'un allaitement mixte ou superficiel.

En effet nous nous attacherons à décrire les différents types de l'allaitement maternel, pour découvrir les complications qui peuvent se produire chez le nourissant.

La deuxième partie est basée sur l'expérience vécue au niveau du service de maternité de l'Etablissement Hospitalier Spécialisé de Dr Tidjani Damerdji et les poly cliniques ainsi que d'autres mères allaitantes du voisinage. Il s'agit d'une étude documentée portant sur 200 femmes. Notre étude a eu comme objectif principal d'évaluer le taux d'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de la vie (comme recommandé par l'OMS) chez des nourrissons nés en mois de décembre 2023 à Tlemcen.

# **Chapitre I**

## **La revue de la littérature**

## **I. Introduction**

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

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a comme fonction de diriger et de coordonner la santé mondiale au sein du système des Nations Unies. Ses recommandations concernant la durée de l'allaitement maternel sont les suivantes : « Les nourrissons devraient être allaités exclusivement au sein pendant les six premiers mois pour une croissance, un développement et un état de santé optimaux. Après six mois, compte-tenu de l'évolution de leurs besoins nutritionnels, les nourrissons doivent consommer des aliments de complément sûrs et adaptés du point de vue nutritionnel, tout en continuant à être allaités au sein jusqu'à deux ans, voire plus. » [2].

Une Étude Longitudinale Française depuis l'Enfance (ELFE), a publié le 22 septembre 2015 (2) : « Seule une femme sur cinq ayant fait le choix d'allaiter, nourrit encore son bébé à 6 mois ». En effet, l'allaitement maternel comporte des difficultés dans son initiation, sa prolongation et son arrêt car l'influence de l'environnement est très présente. Pour autant, une femme sur cinq franchit ces difficultés et perdure son allaitement maternel pour une durée qui, la plupart du temps, est indéterminée. « Long », « tardif », « prolongé ».

L'OMS conclut que généraliser l'allaitement maternel pourrait éviter, chaque année, la mort de 823 000 enfants de moins de cinq ans dans le monde, en même temps que prévenir plusieurs pathologies infantiles. Cette pratique réduirait aussi de 20 000 le nombre annuel de décès par cancer du sein [2].

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

Afin de mieux comprendre les recommandations de l'OMS, nous allons effectuer un bref rappel de l'allaitement maternel, détaillant les différents bénéfices de celui-ci ainsi que les recommandations qui le concernent.

## **II. Définition**

L'allaitement maternel est l'un des moyens les plus efficaces pour maintenir la santé et s'assurer que la survie de l'enfant.

L'allaitement maternel consiste pour une femme, à nourrir son propre enfant grâce au lait produit par les seins.

Le lait maternel a une composition qui évolue au fil du temps pour s'adapter aux besoins

changeants du bébé. Par exemple, le colostrum, le premier lait produit dans les premiers jours après l'accouchement, est riche en anticorps et en nutriments essentiels pour le système immunitaire du nourrisson. Ensuite, le lait de transition vient avec une composition plus équilibrée de macronutriments, et finalement, le lait mature fournit tous les nutriments nécessaires pour soutenir la croissance et le développement du nourrisson.

Le lait maternel est recommandé comme source exclusive de nutrition pour les nourrissons jusqu'à l'âge de six mois, selon les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et d'autres organismes de santé [2].

Nous pouvons distinguer trois types de méthodes d'allaitement: l'allaitement maternel exclusif (âme), l'allaitement et l'eau, l'allaitement maternel et d'autres types d'aliments.

### **1. L'allaitement maternel dans le monde**

L'allaitement maternel est une pratique répandue dans le monde, bien que les taux d'allaitement maternel puissent varier d'un pays à l'autre en raison de facteurs socio-culturels, économiques et de politiques de santé.

Les taux d'allaitement maternel exclusif varient considérablement d'un pays à l'autre. Selon les données de l'OMS, en 2020, seulement environ 43% des nourrissons de moins de six mois dans le monde ont été exclusivement allaités au sein. Certains pays ont des taux d'allaitement maternel exclusif plus élevés, tandis que d'autres ont des taux plus faibles.

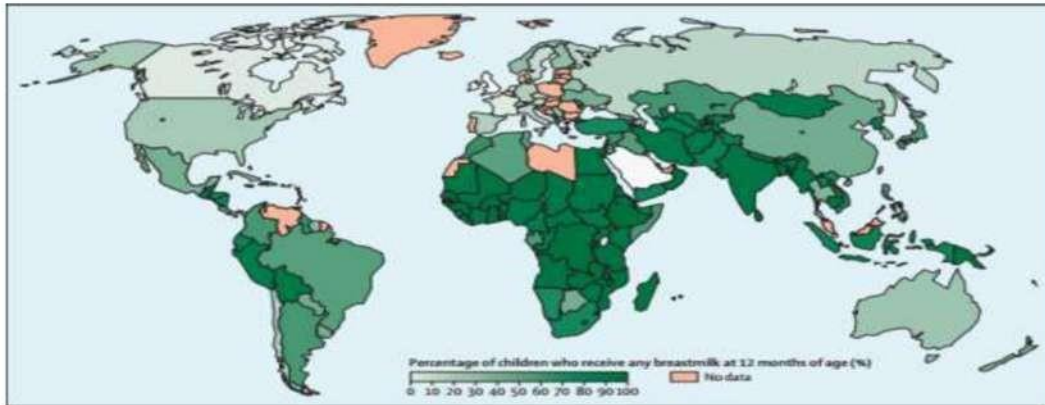
Plusieurs initiatives mondiales ont été mises en place pour promouvoir et soutenir l'allaitement maternel. Parmi elles, on peut citer le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, adopté par l'OMS et l'UNICEF, qui vise à protéger, promouvoir et soutenir l'allaitement maternel en réglementant la commercialisation des substituts du lait maternel.

Malgré les avantages de l'allaitement maternel, divers facteurs peuvent entraver sa pratique. Parmi ces facteurs, on trouve les pratiques culturelles et sociales, le manque de soutien familial et communautaire, les contraintes économiques, les politiques de congé maternité insuffisantes, le marketing agressif des substituts du lait maternel, et les problèmes de santé maternelle.

Un enfant sur cinq seulement est allaité au sein – au moins partiellement – jusqu'à douze mois dans les pays à revenus élevés, alors qu'ils le sont quasiment tous dans les pays à faibles ou moyens revenus. Pour autant, dans ces derniers, seul un enfant sur trois est nourri exclusivement au sein jusqu'à six mois.

Au-delà de vingt mois, quatre enfants sur dix ne reçoivent plus de lait maternel dans les pays à bas revenus, et plus de huit sur dix dans ceux à hauts revenus.

Ce tableau général recouvre bien sûr de fortes disparités. Au sein des pays riches, le taux d'allaitement maternel des enfants d'un an est le plus faible au Royaume-Uni (0,5 %), en Irlande (2 %) et au Danemark (3 %), très en-deçà des scores du Japon (60 %), de la Norvège (35 %), de la Finlande (34 %), des Etats-Unis (27 %), de l'Espagne (23 %) ou de l'Allemagne (23 %). En France, ce pourcentage n'est que de 9 % et une précédente étude, parue en septembre 2015, le situait même autour de 5 %.



**Figure 01 :** Pourcentage d'enfants nourris au moins partiellement au sein à douze mois

## 2. L'allaitement maternel en Algérie

En Algérie, l'allaitement maternel est en baisse. Cela peut paraître paradoxal en égard à la culture de la société. Cependant, ces chiffres reflètent une situation qui alerte les praticiens de la santé.

Les indicateurs d'allaitement depuis 2000 à ce jour, révèle que le taux d'allaitement précoce dans les 30 minutes qui ont suivi l'accouchement, représente respectivement 49.5%, 35.7% et 32.9% ce taux est en baisse continue. Alors que la femme dispose en Algérie 14 semaines de congé de maternité rémunérées à 100%. Elle dispose aussi de deux heures d'absence pour allaitement pendant les six premiers mois de l'accouchement et d'une heure d'allaitement pendant les six derniers mois [1].

Les rapports d'enquêtes par grappes confirment que les femmes allaitent de plus en plus, le taux d'allaitement exclusif est passé de 7% en 2006 à 25.7% en 2012 pour atteindre 28.7% en 2019, mais cela reste toujours faible par rapport aux recommandations de l'OMS. Si on compare ces résultats avec les données fournies en 1975 par l'enquête sur la malnutrition de l'enfant en Algérie, l'allaitement est considéré comme la principale composante de la nutrition infantile algérienne 81% des enfants âgés de 6 à 9 mois bénéficient de l'allaitement [1].

Parmi les mères interrogées, 32.2% allaitent dans les 30 minutes suivant l'accouchement et 38.5% connaissent la durée de l'allaitement exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois, et la plupart d'entre elles accouchent dans une structure de santé. Le niveau d'instruction, le milieu de résidence et l'activité économique



n'affectent pas la pratique de l'allaitement, par contre les facteurs influençant cette dernière selon l'analyse multivariée sont les soins prénatals ( $p=0.08$ ;  $OR=0.466$ ) et la première tétée précoce dans les 30 minutes suivant l'accouchement ( $p=0.00$  ;  $OR=0.488$ ) [1].

### III. Composition et variabilité du lait de femme

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

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

#### 1. Protéines et substances azotées (Tableau 1)

La teneur en protéines du lait de femme, comprise entre 8 et 12 g/L, est nettement inférieure à celle des autres mammifères. Néanmoins, elle est parfaitement adaptée aux besoins du nourrisson en raison d'une excellente absorption et d'une parfaite adéquation du profil de ses acides aminés. Les protéines du lait de femme sont aussi très spécifiques ; même les caséines, qui ne représentent que 40 % des protéines (contre 80 % dans le lait de vache) sont différentes. Les caséines du lait de femme forment des micelles beaucoup plus petites que celles du lait de vache. Il s'agit surtout de la caséine  $\beta$  dont l'hydrolyse conduit à des peptides (caséomorphines) à propriétés opioïdes et de la caséine  $\kappa$  hautement glycosylée, dont la fraction C terminale a des effets bifidogènes. Enfin, un pourcentage élevé de protéines (60 %) ne précipite pas avec les caséines ; elles sont dites « protéines solubles ». Ce pourcentage élevé de protéines solubles et les micelles de caséine de petite taille expliquent la coagulation plus fine du lait de femme dans l'estomac du nourrisson, contribuant à une vidange gastrique plus rapide. Parmi ces protéines solubles, certaines ont un rôle fonctionnel essentiel comme les immunoglobulines, en particulier les IgA de type sécrétoire (IgAs) (0,5 à 1 g/L), les lactoferrines, le lysozyme, la bétadéfensine1, des enzymes (en particulier une lipase), des facteurs de croissance comme l'insulin-like growth factor (IGF1), le transforming growth factor (TGF), les facteurs de croissance leucocytaire (G-CSF) et l'epidermal growth factor (EGF), qui a une action trophique sur les muqueuses gastrique et intestinale. On trouve aussi de l'érythropoïétine, des protéines de liaison des folates, des vitamines B12 et D, de la thyroxine et des corticostéroïdes, et différentes cytokines, pro-inflammatoires (TNF- $\alpha$ , IL1 $\beta$ , IL6, IL8, IL12, IL18) ou anti-inflammatoires (IL10, TGF $\beta$ 2), dont le rôle physiologique reste à préciser. Le lait de femme n'est donc pas un simple « véhicule » de nutriments; il a de nombreuses propriétés biologiques. À côté des protéines, la somme des peptides, des acides aminés libres (dont la taurine), de l'urée, de l'acide urique, des sucres et alcools aminés, des polyamines, des nucléotides et de la carnitine, représente 20 à 25 % de l'azote total du lait, alors qu'elle ne constitue que 3 à 5 % de cet azote dans le lait de vache [3].

## 2. Lipides et digestibilité des graisses (Tableau 1)

Si la teneur en lipides (35 g/L en moyenne) est proche de celle du lait de vache, la digestibilité et le coefficient d'absorption des graisses du lait de femme sont très supérieurs (80 % contre 60 % dans les premiers jours, atteignant rapidement 95 % contre 80 % à 3 mois pour le lait de vache). La meilleure digestibilité des graisses tient à la présence, dans le lait de femme, d'une lipase dépendante des acides biliaires du nouveau-né qui compense, au niveau duodénal, l'insuffisance des lipases pancréatiques ; s'y ajoute la structure différente des triglycérides: 70 % de l'acide palmitique (25 % des acides gras totaux) étant en position 2 sur le glycérol, il est bien absorbé sous forme de monoglycéride, ce qui n'est pas le cas avec le lait de vache. Le lait de femme est riche en cholestérol (2,6 à 3,9 mM/L) alors que le lait de vache en contient peu (0,3 à 0,85 mM/L). La cholestérolémie est d'ailleurs plus élevée chez le nourrisson au sein. Il faut rappeler le rôle du cholestérol dans la structure des membranes, comme précurseur hormonal et dans le développement cérébral. Le lait de femme contient des acides gras polyinsaturés (AGPI), acides gras essentiels mais aussi leurs homologues supérieurs, en particulier acide arachidonique (AA : 0,46 g/100 g d'acides gras) dans la série linoléique (n-6) et acide docosahexaénoïque (DHA : 0,25 g/100 g d'acides gras) dans la série  $\alpha$ -linoléique (n-3). Cette teneur dépend des apports alimentaires en acides gras n-6 et n-3 de la femme allaitante. L'AA et le DHA ont un rôle démontré dans les processus de maturation cérébrale et rétinienne. L'immaturation chez le prématuré des processus d'élongation et surtout de désaturation qui permettent leur synthèse à partir des deux acides gras essentiels ont conduit à un consensus sur la nécessité d'une supplémentation spécifique et équilibrée en AA et en DHA des préparations pour prématurés [3].

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

Globalement, le lait de femme mature contient 75 g/L de glucides, dont 63 g de lactose et 12 g d'oligosaccharides, alors que le lait de vache ne comporte que du lactose. Formés de 5 sucres élémentaires (glucose, galactose, N-acétylglucosamine, fucose, acide sialique), de structure ramifiée, les oligosaccharides constituent une originalité majeure du lait de femme : ils sont plus de 130 et constituent de véritables prébiotiques. Non digestibles au niveau du grêle, à l'exception de l'acide sialique qui peut en être clivé puis absorbé, ils jouent un rôle essentiel dans la mise en place de l'écosystème bactérien colique dominé, chez l'enfant au sein, par les bifidobactéries, en particulier *Bifidobacterium bifidum*. Le rôle de ces oligosaccharides (quasiment absents du lait de vache) dans la protection vis-à-vis des infections digestives, mais aussi extradiigestives, est aujourd'hui bien argumenté [3].

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

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

hydriques excessives, par transpiration ou diarrhée, en permettant de mieux assurer le maintien à l'équilibre de la balance hydrominérale. Un autre point important concerne la meilleure biodisponibilité de différents oligoéléments comme le fer et le zinc, en raison des ligands présents dans le lait de femme, qui facilitent leur absorption [3].

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

**Tableau 01** : Composition du lait maternel

#### IV. Les bénéfices de l'allaitement maternel

Aujourd'hui les bienfaits de l'allaitement ont été amplement démontrés.

L'allaitement maternel exclusif, c'est-à-dire sans autre ingestat solide ou liquide, y compris l'eau, permet à lui seul un développement optimal du nourrisson jusqu'à 6 mois. Le lait maternel est adapté à l'âge gestationnel de naissance, au poids et à l'âge de l'enfant, au stade de lactation, et au moment de la tétée. En effet, sa composition et son volume évoluent très rapidement dès la naissance pour répondre aux besoins du nourrisson s'adaptant à la vie extra-utérine, et pour satisfaire ses besoins énergétiques en glucides, en protéines, en lipides et acides gras, en vitamines, minéraux et oligoéléments.

##### 1. Pour l'enfant

Le lait maternel apporte un ensemble de substances et de cellules (comme par exemple : les immunoglobulines véhiculant les anticorps, les lactoferrines et les lysozymes) qui par leurs actions

directes et indirectes contribuent de manière efficace à la prévention de plusieurs pathologies chez le jeune enfant.

En effet, l'allaitement maternel permet une protection contre les infections de types : maladies diarrhéiques, infections basses aiguës au niveau respiratoire et infections au niveau de la sphère ORL, pendant plusieurs années en diminuant leur incidence et leur gravité.

Il permet une défense contre les maladies gastro-intestinales des nourrissons, telles que : la maladie cœliaque, ou les maladies inflammatoires du tube digestif (comme la maladie de Crohn).

Chez les prématurés, le lait maternel permet la maturation des fonctions digestives, ce qui diminue significativement le risque d'infection et d'entérocolite ulcéro-nécrosante.

Des études ont prouvé que le lait maternel permettait d'accroître les performances du développement neurologique du nouveau-né prématuré et qu'il était notamment associé à une augmentation significative du Quotient Intellectuel (QI) de l'enfant âgé de six ans.

Le lait humain permettrait à l'enfant de lutter contre les infections urinaires, grâce à la présence d'une grande quantité d'oligosaccharides dans le lait et se retrouvant dans les urines de l'enfant.

Or les oligosaccharides ont la propriété d'inhiber l'adhésion bactérienne aux cellules épithéliales, nécessaire au développement de l'infection.

L'allaitement maternel permet de lutter contre le risque d'eczéma, d'asthme et de mort subite du nourrisson pendant la première année de vie chez les enfants ayant un risque d'allergie.

## **2. Prévention du diabète de type 01**

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

épidémiologiques et sur des modèles animaux ; s'il est effectif, c'est essentiellement pour les enfants à fort risque génétique de diabète de type 1 (groupe human leukocyte antigen [HLA] à haut risque).

Il paraît donc raisonnable de recommander l'allaitement maternel pour les fratries comprenant déjà un enfant ayant un diabète de type 1.

À long terme, l'allaitement maternel protège contre le diabète de type I et II, l'obésité chez l'enfant et l'adolescent, le cholestérol et l'hypertension chez l'adulte. Ainsi, les bénéfices de l'allaitement étant dépendants de la dose de lait maternel reçue, il est important d'augmenter son initiation dès la naissance, mais aussi sa durée. Les bénéfices sur la santé sont principalement observés lorsque la durée de l'allaitement exclusif est d'au moins 3 mois.

### **3. Pour la mère**

Allaiter comporte aussi des avantages pour la mère.

Les sécrétions hormonales d'ocytocine provoquées par les suctions de l'enfant lors d'une tétée facilitent l'involution utérine et limitent les pertes sanguines en post-partum.

L'allaitement maternel permet aussi, dans des conditions strictes, de retarder le retour de couches et la première ovulation selon la Méthode d'Aménorrhée par l'Allaitement Maternel (MAMA).

L'allaitement permet à la mère de perdre du poids plus rapidement dans les six mois suivant l'accouchement et de retrouver son poids pré-gravide plus tôt. Il est aussi associé à une diminution de l'incidence de la dépression du postpartum.

À long terme, l'allaitement permet une protection contre l'ostéoporose, le cancer du sein et de l'utérus. Ces bénéfices sont d'autant plus grands que la durée totale d'allaitement est importante.

### **4. Pour la société**

L'allaitement maternel apporte des avantages pour la mère, pour l'enfant, mais aussi pour la société d'un point de vue économique, environnemental et familial, et représente donc un enjeu de santé publique.

L'allaitement maternel permet de faire des économies indirectes pour le système de santé. En effet, comme nous l'avons décrit ci-dessus, les femmes et leurs enfants sont moins malades, par conséquent, les dépenses liées aux soins sont moindres. De même, les employeurs bénéficient d'économies dues à une baisse des congés maladies et donc une baisse de l'absentéisme parental. Pour les mères non allaitantes, il est indispensable d'effectuer des dépenses supplémentaires pour l'achat du lait en poudre et pour tout le matériel nécessaire à l'allaitement artificiel. Ces dépenses ne sont pas négligeables, surtout pour les

familles en difficultés financières. De plus, pour pouvoir acheter ce matériel il faut obligatoirement dépenser de l'énergie liée à la production, aux transports et à la commercialisation des produits. C'est un argument non dérisoire pour les pays industrialisés qui essaient d'adopter une politique de « développement durable ». Enfin, nous savons que l'allaitement maternel permet de développer le lien mère et enfant, nous pouvons donc supposer que le non allaitement pourrait être indirectement lié à des difficultés relationnelles et psychologiques au sein de la cellule familiale.

#### V. Les risques d'un allaitement mixte [4]

L'allaitement fonctionne selon le principe de l'offre et de la demande : "Plus le sein est stimulé, plus il synthétise de lait, ou plus l'enfant tète, plus le sein produit de lait". Les effets pratiques de l'alimentation mixte sur la lactation sont les suivants :

- Si une mère commence l'allaitement mixte au cours des 2 premiers mois, elle n'atteindra jamais la production maximale de lait.
- Si elle va commencer l'allaitement mixte entre 2 et 6 mois et il peut être difficile de maintenir la lactation.
- Si une mère veut donner 1 ou 2 biberons par jour après la naissance dans le cadre d'un allaitement régulier et espacé, la lactation soutenue ne sera pas établie. Par conséquent, la mère va sevrer son bébé dès sa naissance, C'est le problème de l'allaitement partiel.

Elle pourra réussir à initier et maintenir la lactation si elle laisse le bébé téter à sa guise en plus du réglage du biberon mais si ce biberon reste « occasionnel », il ne posera pas de problème.

Cependant cette pratique peut aussi comporter un risque pour la santé du nourrisson car elle apporte des modifications à la flore intestinale par un apport insuffisant en IgA ou en anti-infectieux ce qui augmente le risque de diarrhées, d'allergies, d'intolérance aux protéines de lait de vache ainsi qu'un risque accru des maladies infectieuses tels que le risque de transmission du VIH de la mère à l'enfant.

Dans certains cas, les mamans peuvent apprendre des astuces par exemple en retirant le biberon pendant quelques jours lorsque le bébé refuse le sein, ce qui va leur permettre de ressentir le comportement du bébé et de s'adapter. Mais elles ne sont pas à l'abri d'un rejet cruel, plat et persistant, qui sera difficile à affronter.

## **VI. Les risques d'un allaitement artificiel [5]**

L'Organisation Mondiale de la Santé(OMS) recommande la poursuite de l'allaitement, avec une alimentation adaptée, au moins jusqu'à l'âge de 2 ans, car le risque de décès reste élevé pour les enfants qui ne bénéficient pas de l'allaitement jusqu'à cet âge.

Renforcer la "culture de l'allaitement maternel" et la protéger des intrusions de "l'alimentation artificielle" est crucial dans de nombreux pays. De nombreuses mères n'allaitent pas exclusivement leurs bébés au sein pendant les six premiers mois ni ne continuent à allaiter pendant deux ans, remplaçant leur lait maternel par des substituts du lait maternel commerciaux ou d'autres laits.

Il faut savoir que l'alimentation au lait maternisé commercial coûte cher et comporte un risque supplémentaire de maladie et de décès par diarrhée ou pneumonie qui est respectivement 7 fois et 5 fois plus élevé que celui des enfants nourris exclusivement au sein et elle est également associée à une augmentation de la morbidité à court terme avec une augmentation de la fréquence et/ou de la gravité de diverses affections, telles que les:

- Diarrhée, entérocolite nécrosante ulcéreuse
- Otites
- Méningite du prématuré
- Maladies respiratoires, dont la bronchiolite
- Infection urinaire.

Alors qu'à long terme : Un nombre croissant de recherches montre que les enfants qui ne sont pas ou peu allaités ont un risque accru de diverses maladies chroniques, notamment : l'obésité, les allergies (atopie) et les maladies cardiovasculaires.

## **VII. Evolutivité du lait maternel [6]**

Considéré comme le meilleur choix pour la première tétée d'un bébé, le lait maternel est principalement composé d'eau, de matières grasses et de protéines ainsi que de vitamines, de minéraux, d'enzymes digestives et d'hormones. Il est riche en anticorps maternels, possède des propriétés anti-infectieuses, antiviraux et des composants bioactifs tels que des cellules et des bactéries utiles.

Le lait évolue progressivement et n'entre pas immédiatement dans la phase de maturité. Au lieu de cela, les changements sont parfaitement adaptés aux exigences de développement du nourrisson ainsi les quantités et la qualité varient en fonction de la tété, de la journée, de la semaine et de toute la période

d'allaitement.

### **A. Au cours de la semaine**

Au fur et à mesure que le bébé grandit, les besoins de nourriture augmentent considérablement et un nouvel équilibre de nutriments est nécessaire. Pendant ce temps, la production de lait va accroître de façon spectaculaire car l'organisme découvre progressivement la quantité de lait dont le bébé a besoin: en 24h la production est de 600 ou 700ml, ce qui est énorme par rapport à la petite quantité de colostrum de couleur jaune orangé qui est fabriqué initialement, très riche en protéines et en anticorps, ça en fait un aliment de choix, parfaitement adapté aux besoins de l'enfant durant les 48 à 72 premières heures de vie.

Alors que le lait devenant plus mature par rapport au colostrum a un aspect « blanc-bleuté » presque translucide avec des niveaux de lactose qui augmentent brusquement deux ou trois jours après la naissance du bébé, Les lipides qui évoluent également contenant d'avantage d'acides gras à chaîne moyenne C10 et C12. De plus à ce stade, le sodium et le chlorure diminuent à des taux très bas, le lait présente alors une très faible teneur en sel.

### **B. Au cours de la tétée**

Lorsque le bébé tète le sein, le premier jet de lait est fin, clair et très riche en eau, sels minéraux et lactose ce qui le rend désaltérant et facile à boire. Le lait qui suit, appelé lait de derrière est plus rassasiant car les protéines et lipides augmentent en quantité au fur et à mesure de la têter le rendant plus crémeux et plus gras.

A la fin de chaque tétée, le lait est plus concentré en lipides, favorisant la croissance. C'est pourquoi la durée des tétées doit être suffisamment longue de chaque sein : le lait de début de tétée, riche en eau et en sucre étanche la soif du bébé alors qu'en tétant plus longtemps, il obtient les protéines et les lipides nourrissants.

### **C. Au cours de la journée**

Le lait maternel est aussi un aliment dynamique et adaptable : il est plus riche en lipides l'après-midi et le soir alors que le matin il est plus riche en lactose, comme le fait qu'il soit plus concentré en protéines à midi et le soir alors que la teneur en oligosaccharides est élevée l'après-midi par exemple. Ce qui couvre les besoins variés du bébé à chaque tété durant la journée.

Cet aspect dynamique est l'une des raisons pour lesquelles le lait maternel est difficile à reproduire, malgré les progrès considérables réalisés dans la qualité des préparations pour nourrissons.



### **D. Au cours de la période d'allaitement**

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

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

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

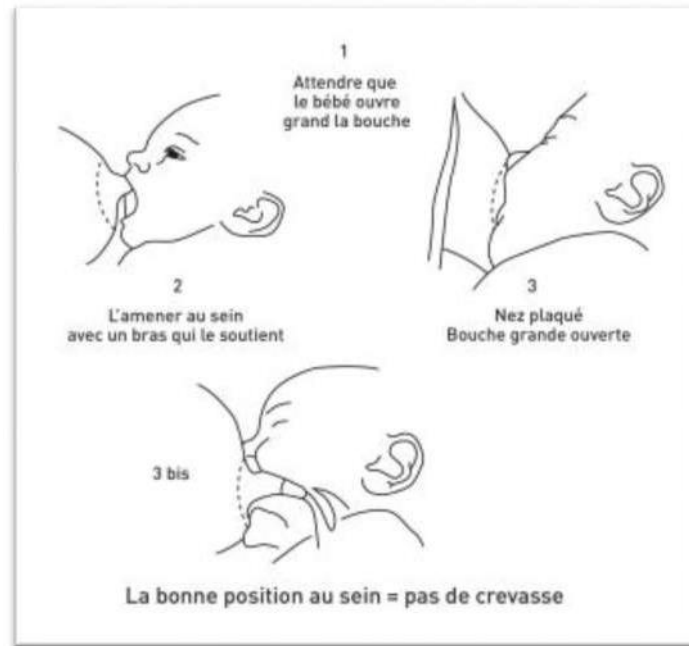
### **VIII. Conseils pour bien allaiter [7]**

Une bonne position de la maman et du bébé au sein est le meilleur moyen d'éviter les crevasses, les engorgements et toutes autres complications, c'est également le meilleur moyen pour permettre au bébé une succion efficace et ainsi favoriser la production de lait.

Voici des critères généraux à connaître quelle que soit la position que la mère choisit :

#### **A. Avant la mise au sein**

- Placez votre bébé avec tout son corps face à vous de manière à ce qu'il ne doive pas tourner la tête pour prendre le sein.
- Soutenez-le, avec la main ou le bras, au niveau du cou, des épaules et du dos, tout contre vous, son nez placé à hauteur du mamelon.
- A ce moment-là, votre bébé penche la tête légèrement vers l'arrière, sa lèvre supérieure touche le mamelon, ce qui l'incite à ouvrir la bouche.
- Rapprochez-le du sein lorsque sa bouche est grande ouverte. Son menton touche alors le sein, son nez est dégagé.
- Soutenez votre sein (prise en C majuscule, le pouce au-dessus, les autres doigts en dessous).
- Caressez avec votre bout de sein la ligne médiane sous le nez ou au niveau du menton.



**Figure 02** : La position au niveau du sein

### **B. Au contact du sein et lors de la succion [8]**

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

### IX. Les positions d'allaitement maternel [9]

Une bonne position du nourrisson et la bonne prise du sein sont très importants dans l'allaitement maternel et reposent sur différents facteurs parmi eux, il y a le transfert efficace du lait maternel du sein au nourrisson ainsi que deux autres processus qui affectent le flux du lait maternel et qui sont :

- L'Expulsion active du lait due au réflexe de lactation créant une pression positive dans les canaux galactophores.
- Une pression négative est créée autour du mamelon par les mouvements rythmiques de la langue et de la mâchoire qui sont utilisés pour aspirer le lait des canaux galactophores (le bébé tète activement le sein).

Il faut que la maman trouve une position confortable, le dos bien calé, si besoin elle peut surélever ses jambes. Un coussin ou un accoudoir pour soutenir son bras peut être utile, voici certaines positions propices à différentes situations :



**Figure 03 :** Les différentes positions d'allaitement

### A. La position de la Madone ou la berceuse



**Figure 04 :** La position de la Madone ou de la berceuse

L'une des positions les plus populaires et la plus courante. La maman est en position assise, son bras soutient le bébé au niveau du sein. La tête du bébé est au creux du coude de la mère, tandis que son avant-bras soutient la nuque et le dos du nourrisson. La mère et le bébé doivent se faire face, poitrine contre poitrine.

**B. La position de la Madone inversée ou dite ballon de rugby**

**Figure 05 :** La position de la Madone inversée ou ballon de rugby

Cette position est bien adaptée pour les premiers jours et souvent choisie car le bébé a moins de tonus durant les premières semaines de vie .elle permet de bien guider la tête du bébé qui est soutenue par la main de la mère en plaçant son pouce derrière et sous une oreille et son index derrière et sous l'autre oreille ainsi que de soutenir sa nuque d'une main, l'autre main peut soutenir le sein et en adapter la forme en cas de besoin alors que le reste de son corps est placé le long du même avant-bras

Dans cette position, la mère peut facilement diriger le bébé vers le sein lorsqu'il est prêt à s'en saisir.

### C. La position allongée (couchée)



**Figure 06 :** La position couchée ou allongée

Idéale pour l'allaitement nocturne, césarisée ou simplement pour la maman qui veut se reposer un peu. Cette dernière se couche sur le côté, place un oreiller sous sa tête et derrière son dos puis installe le bébé latéralement, en face d'elle, estomac contre estomac, colle son bébé contre elle et lui offre le sein.

La position couchée peut également être tentée couchée sur le dos, bébé contre le ventre de maman.

## X. Problèmes rencontrés lors d'allaitement maternel

### a. Retard de montée laiteuse

Pendant les premiers jours qui suivent l'accouchement les seins paraissent mous et vides. Ils ne produisent que de petites quantités d'un premier lait. Au bout de quelques jours, les seins commencent à se remplir au point d'être durs car ils produisent beaucoup de lait. C'est la montée laiteuse. Elle a lieu le deuxième jour après l'accouchement. Et elle se fait d'autant plus vite que le nouveau-né est mis au sein, aussitôt après l'accouchement, et est allaité à la demande [10]

Une fois passés les premiers jours, les seins semblent plus vides. Ils sont à nouveau mous, bien qu'ils produisent beaucoup de lait. Si le bébé tète chaque fois qu'il a faim, sa mère aura assez de lait pour le nourrir.

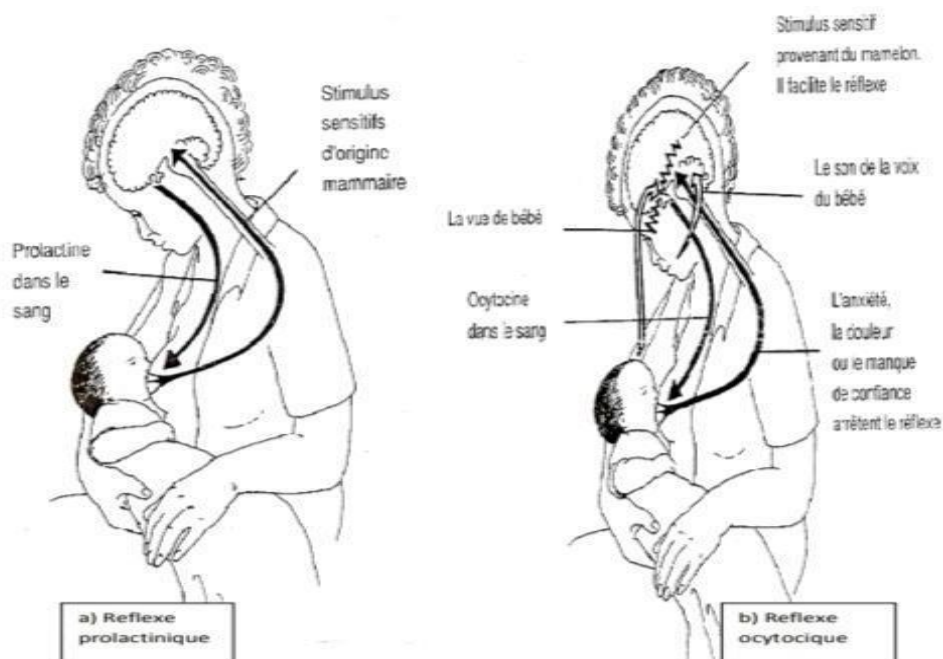


Figure 07 : Mécanisme de production de lait par le sein

**b. bouts de sein peu saillant**

Les succions répétées aideront à les former.

**c. malformations des mamelons**

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

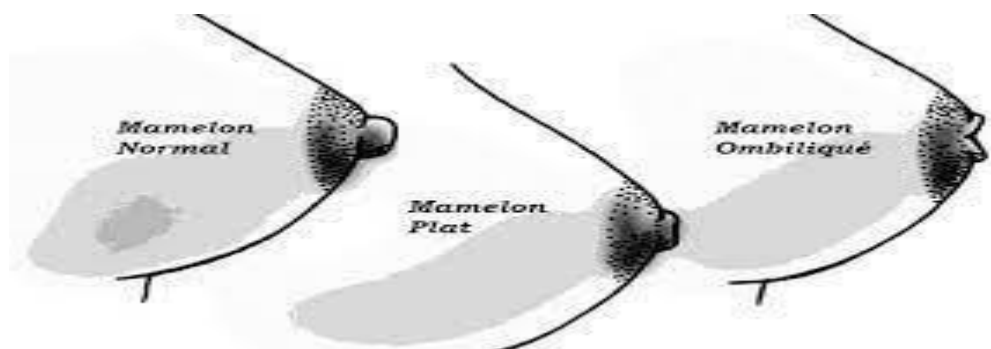


Figure 08 : Types de mamelon

**d. affections du sein****✓ Crevasse du mamelon :**

Elles sont favorisées par une technique d'allaitement inadéquate. Négligées, elles peuvent être à l'origine d'un engorgement unilatéral, puis d'une lymphangite.

Leur diagnostic repose sur les éléments suivants :

- i. Douleurs unilatérales, centrées sur le mamelon, rendant la tétée trèsdouloureuse.
- ii. Absence de fièvre.
- iii. À l'examen : érosion superficielle à l'inspection du mamelon.

Leur traitement :

- iv. Nettoyage et séchage du mamelon après chaque tétée.
- v. Pas de vaseline pas de tulle gras.
- vi. Eviter les tire-laits.
- vii. A prévenir en appliquant des gouttes du lait de fin de tétée sur le mamelon.

**Lymphangite mammaire : abcès mammaire :**

Conséquence d'un engorgement mal pris en charge. Elle se manifeste par des signes mammaires très importants :

- viii. Elle survient 5 à 10 jours après l'accouchement.
- ix. Le début est brutal, avec fièvre à 39-40°C.
- x. À l'examen on note un placard rouge, chaud, douloureux de la face externe du sein, avec une traînée rosâtre vers l'aisselle et une adénopathie axillaire douloureuse.
- xi. Le lait recueilli avec un coton est propre, sans trace de pus.



- xii. Une lymphangite régresse en 24 à 48 h si elle est correctement traitée, mais il existe une évolution possible vers une galactophorite si la guérison est incomplète.

Le traitement repose sur :

- xiii. La suspension temporaire de l'allaitement avec le sein douloureux.
- xiv. Le lait doit être tiré et jeté pour bien vider le sein (à l'aide d'un tire lait), l'allaitement doit être poursuivi avec l'autre sein.
- xv. Donner de l'aspirine ou un anti-inflammatoire non stéroïdien.
- xvi. Pansements antiphlogistiques type Osmogel.

L'antibiothérapie est controversée. En principe inutile, elle est prescrite par certains pour enrayer une évolution vers une galactophorite. C'est une antibiothérapie per os active sur le staphylocoque et compatible avec l'allaitement type pénicillines M. (Bristopen) pendant 7 jours.

#### **e. Diarrhée post prandiale du nourrisson**

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

Elle est caractérisée par des selles nombreuses (4 à 6 par jour) prandiale ; semi liquide ; acide

(PH <5) verdissant à l'air ; irritante pour le siège.

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

#### **f. ictère au lait de femme**

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

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

contre indique pas la poursuite de l'allaitement

#### **g. L'insuffisance lactée**

Elle est due à une mauvaise préparation de la mère

## **XI. Les contres indications d'allaitement maternel**

### **a. Chez la mère**

Allaitement maternel et infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) :

Parmi les enfants infectés par le VIH à travers le monde, 30 à 35 % ont été contaminés par le lait maternel. La durée de l'allaitement est le principal facteur de risque de transmission du VIH lors de l'allaitement. Le risque est plus élevé en cas de virémie élevée de la mère. Certaines lésions du sein (mastite, abcès, lésions du mamelon), et la présence d'une candidose buccale chez l'enfant, sont des facteurs de risque indépendants. L'OMS a recommandé de fournir des antirétroviraux aux femmes enceintes VIH positives au troisième trimestre de la grossesse (à partir de la 28e semaine) pour éviter la transmission du VIH à l'enfant. À l'époque, on n'avait pas assez de données sur l'effet protecteur des antirétroviraux pendant l'allaitement. Depuis, plusieurs essais cliniques ont démontré leur efficacité pour la prévention de la transmission pendant l'allaitement et qui font recommander l'utilisation des antirétroviraux à un stade plus précoce de la grossesse, à partir de la 14e semaine et jusqu'à la fin de la période de l'allaitement. L'OMS recommande désormais de poursuivre l'allaitement jusqu'à l'âge d'un an, à condition que la mère VIH-positif ou l'enfant prenne des antirétroviraux pendant cette période, ce qui réduira le risque de transmission et améliorera les chances de survie de l'enfant.



### **Allaitement maternel et hépatites [12] :**

Il n'est pas prouvé que le risque de transmission du virus de l'hépatite C de la mère à l'enfant soit augmenté par l'allaitement maternel. la transmission par le lait maternel semble exceptionnelle bien que la présence de l'ARN du virus de l'hépatite C, recherché par PCR dans le colostrum ou le lait maternel, ait été rapportée... ». En cas d'infection maternelle, l'ARN viral n'est retrouvé dans le lait maternel que dans moins d'un tiers des cas, et sa concentration dans le lait est environ 100 fois plus faible que dans le sérum.



### **Infection maternelle à l'HTLV-1 :**

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

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



### **Les médicaments contre-indiquant l'allaitement [13] :**

- L'iode<sup>131</sup> et les antithyroïdiens de synthèse.
- La cimétidine.
- Les sels de lithium.
- Les reserpiniques.
- Les dérivés ergot de seigle (antimigraineux).
- La phencétine.



### **Les médicaments à éviter au cours de l'allaitement :**

- Les antiacides (à base de magnésiums ; aluminium ; belladone).
- Les anticholinergiques.
- L'indométacine.
- Les bicarbonates.
- Méprobamate.
- Diazépam.
- La théophylline.

#### **b. Chez l'enfant**

Nouveau née à risque : Prématuré ; asphyxie néonatale ; bec de lièvre.

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



### **Certaines maladies métaboliques :**

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

## **XII. Promotion d'allaitement maternel [14]**

Près de 35% des nourrissons de moins de 6 mois sont exclusivement nourris au sein dans le monde aujourd'hui, tandis qu'en Algérie seulement 7% des femmes ont recours à un allaitement maternel exclusif. Pourtant, les vertus du lait maternel ne sont plus à démontrer puisqu'il contient des anticorps qui aident à protéger l'enfant contre les maladies courantes de l'enfance, rappelle l'OMS. Elle précise que si tous les nourrissons étaient nourris exclusivement au sein pendant les 6 premiers mois de leur vie et recevaient ensuite des aliments nutritifs en complément de l'allaitement, on pourrait sauver chaque année 1,5 million d'enfants supplémentaires. Les raisons de ce recul de l'allaitement sont dues à plusieurs facteurs, dont les profonds changements socioéconomiques qu'a connus notre société. Les modifications de la structure familiale, le travail des femmes sont les premières raisons évoquées.

Il faut créer l'environnement adéquat pour promouvoir l'allaitement maternel puisque l'OMS le recommande comme une politique de santé. Pour ce faire, il est primordial que les maternités offrent toutes les conditions afin que les mamans puissent assurer un allaitement réussi. un personnel médical qui parle le même langage pour pouvoir assurer une politique nationale d'allaitement maternel. Il faut des structures qui s'y prêtent pour initier les mamans à un allaitement maternel, d'où la proximité entre les maternités et les services de néonatalogie . Et de préciser que la désinformation, l'absence de préparation et les mauvaises conditions d'accouchement conduisent à cette situation

### **1. Les recommandations de l'OMS/ UNICE:**

Adopter une politique d'allaitement maternel formulé par écrit.

Donner à tous les membres du personnel soignant les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique

Informar toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement maternel

Aider les mères à commencer d'allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant l'naissance

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

Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel sauf indication médicale

Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour Encourager

l'allaitement au sein à la demande de l'enfant

Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette

Encourager la constitution d'association de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

## **2. Les objectifs d'une politique de promotion de l'allaitement**

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

- Mettre en place un système de surveillance épidémiologique national

### **3. L'information auprès des femmes ; des pères et des familles**

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

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

➤ **Pendant la grossesse :**

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

1. Généraliser l'entretien prénatal individualisé du 4ème mois Cet espace de parole permet d'aborder avec la femme et le couple l'alimentation de leur futur enfant. Les informations apportées doivent être claires, complètes, exactes, s'appuyant sur les recommandations nationales, pour que les couples puissent faire un choix éclairé. Les professionnels doivent être incités à y consacrer une partie de cet entretien.
2. Un des objectifs spécifiques de ces recommandations est d'aider les femmes enceintes à décider du mode d'alimentation de leur enfant . Actuellement, 50% des femmes enceintes bénéficient de cet accompagnement. Ce temps est un espace privilégié pour répondre à leurs questions, interroger leurs représentations de l'alimentation, soutenir leurs capacités et aborder l'allaitement.
3. Inciter les maternités à proposer des groupes de préparation à l'allaitement, animés par un professionnel compétent ou par le référent en allaitement de la maternité, afin de soutenir le projet des femmes.

➤ **Au retour à domicile**

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

➤ **L'entourage des femmes**

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

1. Le père, acteur de soutien principal de la femme qui allaite, doit avoir la possibilité d'être associé aux informations par une offre adaptée aux contraintes professionnelles (séances de préparation à l'allaitement et d'informations propres à ce rôle de soutien au sein des structures en soirée ou le weekend)
2. Les ascendants et descendants doivent avoir accès à une information ciblée en fonction de leur lien (grands-parents) ou de leur âge (fratrie).
3. Les assistantes maternelles doivent bénéficier d'une information adéquate sur le thème de l'allaitement. [15]

## Chapitre II

# Cas pratique de l'allaitement maternel



## I. Matériel et Méthode

### 1. Types d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective portée sur 200 nouveaux nés du mois de décembre 2023 au niveau de la région de TLEMCEM basé sur un questionnaire en 02 parties.

La première partie les mères sont interrogées lors de leurs séjours à l'hôpital et la deuxième partie après 6 mois par contact téléphonique. Certaines femmes ont été exclues de l'enquête, celles qui ont donné naissance à des mort-nés ainsi que les femmes ayant accouchés les week-ends ou les jours fériés.

Un certain nombre de femme ont refusé dès le début de participer à l'étude et certaines n'ont pas pu être jointes à 06 mois par téléphone.

### 2. Période de l'étude

Notre étude s'est déroulée du mois de décembre 2022 au mois de juin 2023 (6mois).

### 3. Résultats

#### 3.1. Caractéristiques socio démographiques de l'échantillon

|  | Effectif   | Médiane<br>(Extrêmes) | Moyenne<br>(± ET) | Pourcentage    |              |           |
|--|------------|-----------------------|-------------------|----------------|--------------|-----------|
| <b>Age</b>   | <b>200</b> | <b>27</b>             | <b>27.305</b>     | Non applicable |              |           |
| <b>Situation professionnelle -Travaille-</b>                       | <b>200</b> | Non applicable        | Non applicable    | Oui            | Non          |           |
|  |            |                       |                   | <b>67%</b>     | <b>33%</b>   |           |
| <b>Parité Primipare – Multipare</b>                                | <b>200</b> | Non applicable        | Non applicable    | Primipare      | Multipare    |           |
|  |            |                       |                   | <b>72%</b>     | <b>28%</b>   |           |
| <b>Mode d'accouchement Voie basse VB – Voie haute VH - forceps</b> | <b>200</b> | Non applicable        | Non applicable    | VB             | VH           | Forceps   |
|  |            |                       |                   | <b>46,5%</b>   | <b>46,5%</b> | <b>7%</b> |

**Tableau 01** : Répartition de la population étudiée selon les caractéristiques socio démographiques de l'échantillon (âge, situation professionnelle, parité et mode d'accouchement)

#### Interprétations :

- L'âge de notre population d'étude varie entre 19-40ans avec une moyenne de 27 ans.

- On distingue que 33% des femmes ne travaillent pas.
- Les mères étaient à 28% des multipares et à 72% des primipares.
- On distingue 46,5% des femmes ont accouché par voie basse, 7% par forceps et 46,5% par césarienne.

### 3.2. Les données rapportées par notre étude

| <b>Allaitement</b>                     | <b>Oui</b>                     |             | <b>NON</b>                  |              |
|--|--------------------------------|-------------|-----------------------------|--------------|
| <b>Pourcentage</b>                     | <b>90%</b>                     |             | <b>10%</b>                  |              |
| <b>Raisons<br/>Et<br/>Pourcentages</b> | <u>La relation mère-enfant</u> | 39,5%       | <u>Absence de lactation</u> | 37,5%        |
|  | <u>La santé du bébé</u>        | 49,5%       | <u>Les crevasses</u>        | 10%          |
|  | <u>La religion</u>             | 11%         | <u>Obésité</u>              | 7%           |
|  |                                |             | <u>Manque de sommeil</u>    | 2%           |
|  |                                |             | <u>Reprise du travail</u>   | 10%          |
| <b>La durée de l'allaitement</b>       | <b>06 mois</b>                 | <b>1 an</b> | <b>1 an et demi</b>         | <b>2 ans</b> |
| <b>Effectif</b>                        | 32                             | 40          | 24                          | 104          |
| <b>Pourcentage</b>                     | 16%                            | 20%         | 12%                         | 52%          |

**Tableau 02 :** Oui ou non à l'allaitement ? Les raisons invoquées si oui ou non; et la durée de l'allaitement envisagé

#### Interprétations :

- On distingue que 90% des femmes ont décidés d'allaiter à la sortie de la maternité.
- 52% des femmes ont envisagés un allaitement pendant 2 ans.
- Dans 49,5% des cas, le bénéfice pour la santé de l'enfant était cité comme première raison motivant la décision d'allaiter au sein.
- La relation mère-enfant était citée comme deuxième raison motivant les femmes à allaiter avec un pourcentage de 39,5%.
- 37,5% des femmes n'ont pas respecté la durée d'allaitement parce qu'il y avait une absence de lactation, la reprise du travail, l'apparition des crevasses, l'obésité et le manque de sommeil étaient les causes cités respectivement en second lieu de non allaitement.

| <b>Délais</b>      | <b>Si moins 1heure</b> | <b>Si moins de 24heures</b> | <b>Si plus de 24heures</b> |
|--------------------|------------------------|-----------------------------|----------------------------|
| <b>Pourcentage</b> | 19%                    | 44%                         | 37%                        |
| <b>Voie basse</b>  | 46%                    | 21%                         | 23%                        |
| <b>Par forceps</b> | 1%                     | 99%                         | 0%                         |
| <b>Voie haute</b>  | 23%                    | 27%                         | 50%                        |

**Tableau 03** : Délais de mise au sein après l'accouchement, Le choix d'allaitement selon le mode d'accouchement

**Interprétations :**

- 19% des femmes ont mis leur bébé au sein dans un délai maximum d'une heure après l'accouchement par voie basse, ils ont donc bénéficié du premier lait maternel ou le colostrum tandis que 37% des femmes qui ont accouché par césarienne ont mis leur bébé au sein après les 24h.
- Parmi 93 femmes qui ont accouché par voie basse 46% ont pratiqué un allaitement maternel exclusif à 6mois, et pour les 93 femmes qui ont accouché par césarienne seulement 23% ont pratiqué un allaitement maternel exclusif à 6mois alors que pour les femmes qui ont accouchés par forceps juste 1% ont pratiqué l'allaitement maternel exclusif, ce qui fait une moyenne de 32% pour un allaitement maternel exclusif.

|                        | <b>Voie basse</b> | <b>pourcentage</b> | <b>Voie haute</b> | <b>Pourcentage</b> |
|------------------------|-------------------|--------------------|-------------------|--------------------|
| <b>Eau</b>             | 11                | 17%                | 1                 | 2%                 |
| <b>Tisane</b>          | 2                 | 3%                 | 17                | 37%                |
| <b>Lait artificiel</b> | 0                 | 0%                 | 19                | 41%                |

**Tableau 04** : le nombre de nouveau nés ayant reçu des préparations commerciales ou autres liquides après leur naissance

**Interprétations :**

Plus de la moitié des nouveaux nés par voie haute de notre étude ont reçu après leur naissance d'autres préparations outre le lait maternel, alors que les nouveaux nés par voie basse n'ont rien

reçu avant le lait maternel.

| <u>Difficultés</u> | <b><u>Non</u></b> | <b><u>Qui</u></b> | <b><u>Parler à l'entourage ou professionnelle</u></b> |
|--------------------|-------------------|-------------------|---|
| <u>Pourcentage</u> | 47,5%             | 40,5%             | 32%   |

**Tableau 05 :** Difficultés rencontrés pendant l'allaitement maternel

**Interprétations :**

Parmi les 200 femmes de notre études 40,5% ont rencontrés des difficultés lors de l'allaitement maternel dont 32% en ont parlé à leur famille ou à leur gynécologue, tandis que 47,5%% n'ont pas eu de difficultés.

| <b>Diversification</b> | <b>Effectif</b> | <b>Pourcentage</b> |
|------------------------|-----------------|--------------------|
| 4 mois                 | <b>28</b>       | <b>14%</b>         |
| 4 mois et demi         | <b>5</b>        | <b>2,5%</b>        |
| 5 mois                 | <b>79</b>       | <b>39,5%</b>       |
| 5 mois et demi         | <b>01</b>       | <b>0,5%</b>        |
| 6 mois                 | <b>78</b>       | <b>39%</b>         |
| 6 mois et demi         | <b>03</b>       | <b>1,5%</b>        |
| 7 mois                 | <b>04</b>       | <b>02%</b>         |
| 8 mois                 | <b>01</b>       | <b>0,5%</b>        |

**Tableau 06 :** La diversification alimentaire

**Interprétations :**

39.5% de mamans ont commencé la diversification a 05 mois tandis que 60.5% ont l'a fait après cet âge.

|   | Oui        | Non        |
|---|------------|------------|
| Sensibilisation par un professionnel de santé | <b>11%</b> | <b>89%</b> |

**Tableau 07 :** Sensibilisation par un professionnel de santé

**Interprétations :**

11% des femmes ont consulté un professionnel de santé pour avoir avis sur l'allaitement maternel tandis que 89% n'ont pas fait.

**3.3. Le nombre de nouveau nés ayant reçu des préparations commerciales ou autres liquides à la naissance**

|                 | AVB       | pourcentage | AVH       | pourcentage |
|-----------------|-----------|-------------|-----------|-------------|
| Eau sucré       | <b>11</b> | <b>17%</b>  | <b>1</b>  | 2%          |
| Tisane          | <b>2</b>  | <b>3%</b>   | <b>17</b> | 37%         |
| Lait artificiel | <b>0</b>  | <b>0%</b>   | <b>19</b> | 41%         |
| Sucette         | <b>6</b>  | <b>9%</b>   | <b>3</b>  | 7%          |
| Aucun           | 46        | 71%         | 6         | 13%         |

**Tableau 08 :** Le nombre de nouveau nés ayant reçu des préparations commerciales ou autres liquides après leur naissance

**Interprétations :**

Plus de la moitié des nouveaux nés par voie haute de notre étude ont reçu après leur naissance d'autres préparations outre le lait maternel. 71% des nouveaux nés par voie basse n'ont rien reçu avant le lait maternel.

### 3.4. Difficultés rencontrés pendant l'allaitement maternel

| Difficultés | Non          | Oui          | Parler à l'entourage ou professionnelle |
|-------------|--------------|--------------|---|
| Pourcentage | <b>47,5%</b> | <b>40,5%</b> | <b>32%</b>                              |

**Tableau 09 :** Difficultés rencontrés pendant l'allaitement maternel

#### Interprétations :

Parmi les 200 femmes de notre étude 40,5% ont rencontrés des difficultés lors de l'allaitement maternel dont 32% en ont parlé à leur famille ou à leur gynécologue, tandis que 47,5% n'ont pas eu de difficultés.

## II. Discussion

### 1. Limites de l'étude

Notre étude à rencontrer plusieurs difficultés qui se résument au :

- Manque de renseignement précis sur l'allaitement.
- Perte de vue des malades dès leurs sorties de l'hôpital.
- Porte sur un nombre limité de patients.
- Après 6 mois les patients sont injoignables.
- Les femmes césarisée non coopérante.

### 2. Discussion de notre étude

Notre étude avait pour objectif principal d'évaluer le taux d'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de la vie des nourrissons nés au mois de Décembre 2023 à TLEMCEN.

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

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

### **2.1. Taux d'allaitement exclusif pendant les six premiers mois de la vie**

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

Les données que nous possédons, nous ont permis d'obtenir un taux moyen d'allaitement maternel exclusif à 6 mois de 32% dont 23% pour les femmes qui ont accouché par voie haute et 46% celles qui ont accouché par voie basse. Au vu de ces résultats et malgré l'échantillon assez réduit que nous avons étudié, le taux est faible par rapport aux taux d'allaitement dans le monde 38% légèrement augmenté par rapport à ceux avancés par l'Institut national de la santé publique (INSP) et l'association des pédiatres privés d'Alger qui étaient respectivement de 12 et de 29% [15].

### **2.2. Facteurs de non allaitement ou d'interruption de l'allaitement maternel exclusif avant 6 mois**

L'absence de la lactation semble être la cause la plus invoquée pour le non-respect de la durée de l'allaitement ou le non allaitement. En effet elle représente 37.5% du taux d'échec. Nos résultats rejoignent ceux de plusieurs études épidémiologiques faites sur les causes d'abandon précoce de l'allaitement maternel, en effet la consultation via PUBMED d'une revue récente qui a pris en considération toutes les publications portant sur « la perception d'insuffisance de lait » et/ou « le manque de lait » entre 1996 et 2007, a clairement démontré qu'un large pourcentage de mères allaitantes (de 35% à 44% d'après la plupart des études) rapporte la perception d'insuffisance de lait comme étant la principale difficulté rencontrée et la première cause de sevrage prématuré [16].

Une enquête française périnatale réalisée en 1995 a également révélé que chez les femmes ayant cessé d'allaiter avant neuf semaines, le principal motif invoqué était dans 38% des cas une insuffisance de lait [17].

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

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

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

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

- Les crevasses 10%.
- Obésité 7%.
- La fatigue et manque du sommeil 2%.
- La reprise du travail qui représente 13 % des causes.

Quant à ce facteur, plusieurs études ont analysé l'impact du travail de la mère sur le choix d'allaitement. Pour certains auteurs, le fait d'exercer une activité professionnelle n'a pas d'influence [18]. D'autres études montrent que le taux d'allaitement exclusif diminue quand la mère reprend l'activité professionnelle.

- Le refus maternel d'allaiter est présent chez 20% des femmes questionnées à la naissance alors que, la majorité des mamans avaient choisi l'allaitement maternelle comme mode d'alimentation de leurs enfants et la raison évoqué pour expliquer ce choix dans plus de 40% des cas était les bénéfices pour l'enfant.

Enfin, et selon les spécialistes, le facteur principal d'un éventuel non allaitement ou d'interruption précoce reste la mauvaise circulation de l'information. Les mères sont mal préparées à cette échéance lors de la grossesse. Il y a aussi les réflexes inappropriés du personnel des maternités, qui prévalent par une mise au sein tardive, absence de soutien aux mamans, séparation bébé/maman (essentiellement après une césarienne), manque de suivi systématique en post-partum, forte pression pour les aliments de substitution [19].

### **2.3. Evaluer le taux de la sensibilisation maternelle par les professionnels de santé**

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

On peut expliquer cela d'une part par le fait que la culture de l'allaitement maternel, transmise de mère en fille, n'est pas présente (« Les mères qui veulent parfaire l'allaitement de leurs bébés les allaiteront deux années entières. » {Sourate 2 albaquara- Verset 233}), et cela à cause de l'« occidentalisation » du mode de vie, de l'augmentation exponentielle du taux d'emploi des femmes



algériennes, et de l'importante évolution de la médiatisation des différents produits pharmaceutiques, et notamment du lait artificiel, perçu comme la solution la plus confortable se présentant devant une mère qui se réfugie souvent devant le prétexte très subjectif, et souvent erroné, d'une « absence de lactation

».

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

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

#### **2.4. Facteur influençant le choix et la durée du mode d'allaitement**

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

On note un taux d'allaitement exclusif à 6 mois très augmenté chez les femmes qui ont accouché par voie basse (90%) par rapport à celles par césarienne.

# **Conclusion générale**

Ce mémoire s'est concentré sur le thème de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de six mois. À travers une analyse approfondie de la littérature scientifique et des études disponibles, nous avons exploré les avantages et les implications de cette pratique pour le nourrisson, la mère et la société.

Les résultats de cette recherche démontrent de manière claire et cohérente les nombreux bienfaits de l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois de la vie d'un nourrisson.

Sur le plan nutritionnel, le lait maternel offre une composition optimale, fournissant tous les nutriments nécessaires pour soutenir une croissance et un développement sains. Il offre une protection contre les infections et les maladies, grâce aux anticorps et aux facteurs immunitaires qu'il contient, renforçant ainsi le système immunitaire du nourrisson.

L'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois est également bénéfique sur le plan cognitif, favorisant un meilleur développement du cerveau et des fonctions cognitives chez le nourrisson. De plus, cela favorise le développement d'un lien émotionnel fort entre la mère et le nourrisson, renforçant ainsi leur relation et leur bien-être psychosocial.

Cependant, nous avons également identifié certains défis et obstacles à l'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois. Les contraintes professionnelles, le manque de soutien familial et social, ainsi que les idées préconçues et les normes culturelles peuvent influencer négativement la capacité d'une mère à maintenir l'allaitement maternel exclusif.

Il est donc crucial de mettre en place des politiques de soutien et des interventions éducatives visant à promouvoir l'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois. Cela inclut des programmes de sensibilisation et d'éducation destinés aux mères, aux familles, aux professionnels de la santé et à la société dans son ensemble. Il est également important de fournir des environnements favorables au travail et à la communauté, en offrant des congés maternité adéquats, des espaces d'allaitement adaptés et un soutien continu aux mères.

En conclusion, l'allaitement maternel exclusif jusqu'à six mois est une pratique essentielle pour la santé et le bien-être optimal du nourrisson. Il est nécessaire de poursuivre les efforts visant à soutenir et à promouvoir cette pratique, en créant des politiques et des environnements favorables.

**Questionnaire Analyse de Barrière:  
Allaitement Exclusif  
Parmi des Mères d'enfants  
âgés de 0 – 6 mois**

**Déclaration de Comportement**

Les mères d'enfants âgés de 0 – 6 mois leur donnent seulement  
lait maternel.

**1– Questions de Recherche : POSER A LA MERE PENDANT SON  
SEJOUR A LA MATERNITE :**

1. Age de la mère :
  
2. Grossesse multiple :
  - a) Oui
  - b) non, c'est ma première grossesse
3. Quel est le nombre total de consultations prénatales? :  
.....
  
4. Y'a-t-il eu une préparation à l'accouchement?
  - a) Oui
  - b) Non
5. Comment s'est déroulée la naissance?
  - a) par voie basse
  - b) extraction par forceps
  - c) par césarienne
6. Age gestationnel (semaines d'aménorrhée) : .....
7. Poids de naissance : .....

8. Au début de la grossesse, désiriez-vous allaiter ?  
 a) Oui  
 b) Non
9. Après l'accouchement, désiriez-vous toujours allaiter?  
a) Oui   
b) Non
10. Avez-vous allaité?  
a) Oui   
b) Non
11. Combien de temps après la naissance avez-vous allaité votre bébé ?  
a) Si moins d'une heure   
b) Si moins de 24 heures   
c) Si plus de 24 heures
12. Après la naissance le bébé a-t-il été mis au sein ou a-t-il eu un biberon de lait artificiel (même s'il a été unique)? .....
13. A la sortie de la maternité, comment envisagez-vous de nourrir votre bébé?  
a) Au sein exclusif   
b) Au lait artificiel   
c) Mixte (sein + lait artificiel)
14. Combien de temps souhaitez-vous allaiter votre bébé?  
.....
15. Vous aviez décidé de ne pas allaiter à votre entrée en maternité, mais vous allaitez actuellement votre bébé. Qu'est-ce qui a motivé ce changement?  
.....
16. Vous avez décidé de ne pas allaiter, pour quelles raisons ?  
.....
17. Avez-vous eu une information sur l'allaitement?  
a) Non   
b) Oui  , par qui? Ma mère

## **2– Questions d'évaluation : POSER A CES MERES D'ENFANTS** **D'AGES DE 6MOIS :**

18. Avez-vous repris une activité professionnelle?
- a) oui à temps plein  , depuis quand ? 03 mois
  - b) oui à temps partiel  , depuis quand ? .....
  - c) non
19. Allaitiez-vous toujours actuellement?
- a) Oui
  - b) Non  , a-t-il arrêté de téter? .....
20. Avez-vous eu, pour ce bébé, des difficultés concernant l'allaitement ? Si oui, à qui avez-vous pu parler de vos difficultés ?
- a) Oui  , A qui avez-vous pu parler de vos difficultés?  
.....
  - b) Non  , je n'ai pas eu de difficultés.
  - c) Non concernée  , je n'ai pas allaité mon bébé
21. Depuis sa naissance, comment était allaité votre bébé ?
- a) Au sein exclusivement (aucun biberon même pas d'eau ou de tisane)
  - b) Au sein mais avec parfois un biberon d'eau ou de tisane
  - c) Alimentation mixte (sein plus biberon de lait artificiel)
  - d) Au biberon exclusivement avec mon lait
  - e) Au biberon exclusivement avec du lait artificiel
22. Avez-vous commencé la diversification alimentaire?
- a) Oui
  - b) Non  , pourquoi? .....
23. Quand avez-vous commencé la diversification? .....
24. Comment était nourri votre bébé?
- a) Au sein plus introduction d'aliments solides
  - b) Au lait artificiel plus introduction d'aliments solides
  - c) Alimentation mixte plus introduction d'aliments solides
25. Votre bébé, est-il déjà tombé malade?
- a) Oui
  - b) Non
26. Votre bébé, a-t-il eu de la diarrhée durant ces derniers mois?
- a) Oui

b) Non

27. Si oui, je souhaite connaître la quantité d'eau que vous avez donnée à votre bébé lors de ses diarrhées. Cette quantité était-elle par rapport à la quantité journalière normale :

a) UN PEU MOINS

b) ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ

c) PLUS

d) RIEN

28. Quand il a eu la diarrhée, la quantité de nourriture que vous lui avez donnée était par rapport à la quantité journalière normale?

a) UN PEU MOINS

b) ENVIRON LA MÊME QUANTITÉ

c) PLUS

29. Quand votre bébé a eu la diarrhée, avez-vous augmenté l'allaitement, réduit ou arrêté complètement ?.....

30. Qu'est-ce que vous lui avez donné pour soigner cette diarrhée ?

.....

31. a-t-il eu de la fièvre pendant ces derniers mois?

a) Oui

b) Non

32. Avez-vous donné à votre bébé des médicaments contre cette fièvre ?

a) Non

b) Oui , Lequel? .....

33. A qui vous adressez-vous souvent concernant la santé de votre bébé?

.....

34. Avez-vous demandé des conseils ou des soins concernant la diarrhée ou la fièvre qu'a eue votre bébé?

.....

35. Avez-vous reçu des conseils spécialisés concernant l'alimentation de votre bébé?

a) Oui

b) Non

## **Bibliographie :**

- [1] <https://www.asjp.cerist.dz/en/downArticle/119/13/4/168057#:~:text=Selon%20l%27enqu%C3%AAt e%20par%20grappes,respectivement%2030%25%20et%2050%25.>
- [2] [https://www.who.int/fr/health-topics/breastfeeding#tab=tab\\_1](https://www.who.int/fr/health-topics/breastfeeding#tab=tab_1)
- [3] <https://www.sfpediatrie.com/sites/www.sfpediatrie.com/files/medias/documents/cnsfp-benefices-sante-allaitement-maternel-2013.pdf>
- [4] <https://www.lllfrance.org/vous-informer/fonds-documentaire/dossiers-de-l-allaitement/1202-da-61-lallaitement-mixte-est-il-possible>
- [5] [https://www.santeallaitementmaternel.com/se\\_former/appreghender\\_enjeux/enjeux\\_sante/enjeux\\_sante\\_enfants.php#:~:text=Chez%20les%20enfants%20%C3%A2g%C3%A9](https://www.santeallaitementmaternel.com/se_former/appreghender_enjeux/enjeux_sante/enjeux_sante_enfants.php#:~:text=Chez%20les%20enfants%20%C3%A2g%C3%A9)
- [6] <https://www.medela.fr/allaitement/experience-de-maman/lait-transitionnel>
- [7] <https://www.infor-allaitement.be/conseils-pratiques-pour-allaiter>
- [8] <https://www.pediatres-nice.fr/2020/06/28/allaitement/>
- [9] <https://allaitementcalm.org/allaitement/vos-interrogations/les-positions>
- [10] SAVAGEKING F. & BENOIST B. Aider les mères à allaiter; WHO/CHD/96; WHO/AFRO/NUT/96.1 Genève ; 1996 : P192.
- [11] OMS. VIH : Nouvelles recommandations sur la prévention et le traitement [En ligne]. [Consulté le 13/12/2014]. Consultable à l'URL
- [12] Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Allaitement maternel : mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de la vie de l'enfant. Paris. ANAES 2002 (Mai). Pages 18.
- [13] INFO Population Reports Meilleur allaitement. vies plus saines. 2006 Mars : Pages13.
- [14] OMS. Données scientifiques relatives aux Dix Conditions Pour le Succès de l'Allaitement. WHO/CHD/98.9, 1999.
- [15] <https://www.djazairss.com/fr/liberte/213734>
- [16] <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01338891/document>
- [17] <https://info-allaitement.org/ressources-en-ligne/que-nous-apprend-lenquete-nationale-perinatale-sur->



[lallaitement-en-france/](#)

[18] <https://www.psyparentsbebes.com/post/facteurs-psychologiques-influen%C3%A7ant-le-choix-d-allaitement>.

[19] [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Allaitement\\_rap.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/Allaitement_rap.pdf)