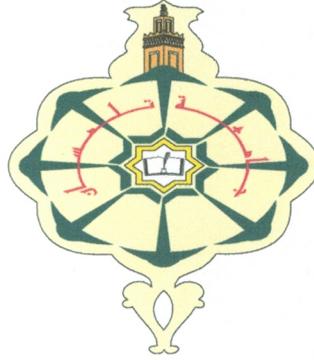


*République Algérienne Démocratique et Populaire*  
*Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche Scientifique*  
*Université Abou-Bakr Belkaid*  
*Tlemcen*



*Faculté de Médecine*

*Département de Médecine Benzerdjeb Benouda*

# *Approche Pratique de L'Allaitement Maternel au niveau de L'EHS Mère Enfant de Tlemcen*

**Présenté par :**

**- Kebir Zakaria Abdelghani**

**Encadré par :**

**- Pr Smahi  
- Dr Blidi**

**Année Universitaire : 2012/2013**

المؤسسة الاستشفائية المتخصصة  
مستشفى الأم - الطفل تلمسان  
الدكتور: سماحي شمس الدين  
رئيس مصلحة حديثي الولادة

# REMERCIEMENTS

Je remercie Pr Smahi pour avoir dirigé mon mémoire, Dr Blidi pour l'avoir guidé, l'ensemble de l'équipe du service pédiatrie ESH Mère Enfant de Tlemcen pour leur accueil et leur aide, les femmes qui ont bien voulu répondre à mes entretiens, l'équipe pédagogique et tous ceux qui m'ont soutenue durant ces quatre années.

# TABLE DES MATIERES

<b>INTRODUCTION</b> .....	6
<b>CHAPITRE I : GENERALITES</b> .....	10
I. HISTORIQUE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL .....	11
II. CADRE LEGISLATIF ET CONSIDERATIONS RELIGIEUSES ET CULTURELLES.....	12
III. ANALYSE DE LA SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE .....	13
1. DANS LE MONDE .....	14
2. EN ALGERIE .....	15
<b>CHAPITRE II : LAIT MATERNEL ET PRATIQUE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL</b> .....	20
<b>I. COMPOSITION ET AVANTAGES DU LAIT MATERNEL</b> .....	21
1. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DE LA GLANDE MAMMAIRE .....	22
2. COMPOSITION ET VARIATION DU LAIT MATERNEL .....	25
2.1. Composition .....	26
2.2. Variations de la composition du lait maternel .....	26
3. AVANTAGES DE L'ALLAITEMENT MATERNEL .....	27
3.1. Sur la santé du bébé .....	27
3.2. Sur la santé du futur adulte .....	29
3.3. Sur la santé de la mère .....	30
3.4. Sur la famille .....	31
<b>II. PRATIQUE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL</b> .....	32
1. TECHNIQUE .....	33
2. ALIMENTATION DE LA FEMME ALLAITANTE .....	49
2.1. Nutrition et allaitement .....	50
2.2. Besoins nutritionnels pour la lactation .....	50
2.3. Femme allaitante et mode de vie .....	54
2.4. Allaitement et jeune .....	54
3. DIFFICULTES DE L'ALLAITEMENT MATERNEL .....	55
3.1. Difficultés liées à la mère .....	55
3.2. Difficultés liées au bébé .....	64
4. SITUATIONS PARTICULIERES .....	66
4.1. AM et contraception .....	66
4.2. AM et grossesse .....	66
4.3. AM et césarienne .....	66
4.4. AM et maladies transmissibles .....	68
4.5. AM et médicaments .....	69

4.6. AM et mère malade .....	71
4.7. AM et bébé malade .....	71
4.8. AM et bébé porteur d'une fente labio-palatine .....	72
4.9. AM et nouveau né prématuré et/ou de faible poids de naissance (FPN) .....	73
4.10. AM et automédication .....	74
<b>CHAPITRE III : PARTIE PRATIQUE.....</b>	<b>77</b>
<b>I. Etude .....</b>	<b>78</b>
A. Matériels et méthode.....	78
B. Présentation des résultats .....	79
B.a Présentation des données... ..	79
B.b Résultats et analyse des données.....	82
<b>II. DISCUSSION .....</b>	<b>88</b>
<b>III. CONCLUSION .....</b>	<b>89</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>90</b>
<b>ANNEXES.....</b>	<b>91</b>
<b>RESUME.....</b>	<b>99</b>

### ***Liste des abréviations***

**AAP** Académie américaine de pédiatrie

**AGPI** Acides gras polyinsaturés

**DHA** Acide docosohexaénoïque

**EPA** Acide eicosapentaénoïque

**IMC** Indice de masse corporelle

**OMS** Organisation mondiale de la santé

**PNNS** Programme national nutrition santé

# INTRODUCTION

قال الله تعالى : بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

"والوالدات يرضعن أولادهن حولين كاملين لمن أراد أن يتم الرضاعة"

صدق الله العظيم (البقرة آية 233)

Insertion de la Aya 233

« L'allaitement maternel est un processus très ancien qui date de plus de 200 millions d'années. L'homme est apparu sur la terre voici un demi-million d'années. Il utilise le lait des animaux domestiques depuis seulement 11 000 ans et l'allaitement artificiel proprement dit ne date que de 70 ans. Cela signifie que la période biberon est apparue très récemment et n'occupe qu'un laps de temps extrêmement court dans l'histoire de l'homme. Les conséquences de ce changement très rapide ne sont encore que très mal connues »

**I. Jelliffe, Abidjan, 1972, premier colloque international**  
Sur l'allaitement maternel

L'allaitement maternel est essentiel aussi bien pour la santé du nourrisson que pour celle de la mère et les responsables de la santé de la mère et de l'enfant ont perçu l'importance de l'amélioration des pratiques nutritionnelles destinées aux nourrissons. En effet, en 1991, l'UNICEF en collaboration avec l'OMS a lancé l'initiative « hôpitaux amis des bébés » dont l'objectif est de préserver et de renforcer la pratique de l'allaitement maternel.

Depuis plus d'une décennie, a été promulgué le code international pour la commercialisation des substituts du lait maternel et de produits apparentés. Et l'une des conditions pour qu'un établissement de santé soit considéré « ami des bébés » est de ne pas acquérir ni distribuer des « échantillons » gratuits de ces produits artificiels pour bébés.

De même, les programmes nationaux relatifs à la santé de l'enfant ont tenu compte de l'importance de la pratique de l'allaitement maternel et ont accordé une place de choix aux conseils relatifs à l'alimentation de l'enfant (PN de lutte antidiarrhéique, PN de surveillance de la croissance, stratégie nationale PCIME).

Selon les dernières recommandations de l'OMS, l'alimentation du nourrisson est basée sur un allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois avec poursuite de l'allaitement maternel jusqu'à l'âge de 2 ans en introduisant progressivement des aliments de complément à partir de l'âge de 6 mois.

Un allaitement maternel exclusif signifie qu'aucun autre aliment ni liquide n'est ajouté (sauf les médicaments) y compris l'eau, même en saison chaude, puisque le lait maternel est un aliment complet et répond aux besoins du nourrisson aussi bien en nutriments qu'en eau.

Un aliment de complément est tout aliment naturel ou confectionné localement ou fabriqué industriellement, ajouté à l'alimentation du nourrisson à partir de l'âge de 6 mois et complétant le lait de la mère qui garde toujours son intérêt mais ne suffit plus à satisfaire les besoins nutritionnels du nourrisson au-delà de l'âge de 6 mois.

Il est constaté cependant que même si les mères commencent convenablement la pratique de l'allaitement maternel, elles finissent par introduire précocement d'autres aliments ou arrêtent même l'allaitement au sein quelques semaines après l'accouchement. Le rôle des professionnels de la santé chargés de la santé de la mère et de l'enfant est alors essentiel pour renforcer, aussi bien la pratique de l'allaitement que la pratique d'une alimentation adéquate.

Malheureusement, nombreux sont les prestataires de soins qui ne peuvent pas jouer ce rôle convenablement faute de pratique dans ce domaine. En effet, la formation sur les techniques de communication et précisément sur le counselling pour la pratique de l'allaitement maternel dans le cursus des médecins, des sages femmes et des infirmiers reste peu développée, d'où le besoin de former tous les professionnels de la santé impliqués dans la prise en charge des mères et des enfants afin d'acquérir les compétences requises pour préserver et promouvoir la pratique de l'allaitement maternel et de l'alimentation complémentaire adéquate des nourrissons.

L'objectif de ce module est de participer à développer les compétences des professionnels dans ce domaine.

# CHAPITRE I

# GENERALITES

## I- HISTORIQUE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

L'allaitement est un héritage culturel et social très subtil, correspondant à l'image laissée par nos mères et grands-mères concernant l'allaitement.

L'engouement actuel pour l'allaitement maternel est lié aux vertus de ce lait dans la diminution de l'allergie, dans la protection contre l'infection et dans sa contribution dans la mise en place de la flore intestinale.

L'allaitement en plus de son rôle nutritif joue un rôle de contraceptif et ce depuis les sociétés primitives. Ainsi dans les années 70, les scientifiques ont compris que l'allaitement était le fondement du planning familial chez les primates et dans les sociétés traditionnelles. Les mères Kung (population vivant en Afrique Australe) allaitaient leurs enfants en moyenne quatre fois par heure. Un intervalle de 44 mois sépare en moyenne deux naissances consécutives (1).

En règle générale, il faut quatre vingt minutes de tétées par jour réparties en six prises pour supprimer le cycle menstruel pendant dix huit mois. Mais il faut davantage de tétées pour supprimer l'ovulation si la mère est sédentaire et moins si la mère doit courir de longues distances par jour en portant de lourds fardeaux. Chaque fois qu'un peuple cesse d'être nomade, les intervalles entre les naissances se raccourcissent (1).

Avec l'introduction de l'agriculture, les modes de vie ont changé. Les bouillies sont apparues avec les graines et les poteries pour les cuire. Les enfants purent vivre désormais, malgré un sevrage précoce.

Le recours aux nourrices est un phénomène très ancien. Durant l'antiquité égyptienne, les nourrissons étaient mis exclusivement au sein durant trois années. Puis, sous l'influence de la culture hellénique, le biberon a pris place dans l'allaitement du nourrisson mais parallèlement, les familles riches confiaient leurs enfants à des nourrices. Chez les arabes et les israélites, les nourrissons étaient mis soit au sein de leur mère, soit confiés à des nourrices (cas bien connus de Moïse et de Mohamed).

En Europe, jusqu'au début du siècle dernier, les enfants étaient fréquemment allaités par des nourrices, vivant à la campagne. Cette pratique engendrait une mortalité infantile effrayante (52% de mortalité chez les bébés parisiens envoyés en nourrice en 1870).

La fin du XIXème et le début du XXème siècle ont vu disparaître progressivement les nourrices, remplacées par les biberons. Le règne des biberons a duré pendant près d'un siècle favorisé en grande partie par des intérêts économiques (4). Avec la pratique de plus en plus fréquente de l'allaitement au biberon, sont apparues de nombreuses règles imposées par

les professionnels de la santé, concernant le jeûne du nourrisson durant les premières heures de vie et l'espacement obligatoire des tétées.

En 1956, dans la banlieue de Chicago, un groupe de sept femmes se sont opposées à ce diktat et ont créé la Leche League. Elles prônaient l'importance de l'allaitement précoce, les tétées à la demande et le retard à l'introduction des solides vers le milieu de la première année.

Les années 1970, ont vu naître en France, deux tendances contradictoires : les égalitaristes dénonçant la maternité esclave et les essentialistes prônant la reconquête du corps et une alimentation plus saine.

Après une remontée des taux de l'allaitement dans les années 70, les années 80 et 90 verront une stagnation persistante, alors que dans un même temps, les organisations internationales (OMS et UNICEF) multipliaient les initiatives pour promouvoir et soutenir l'allaitement maternel (code OMS de commercialisation des substituts du lait, «Déclaration d'Innocenti», Initiative hôpitaux amis des bébés).

Il existe actuellement, une implication de plus en plus importante des professionnels de la santé, dont témoignent les recommandations de l'ANAES de Mai 2002.

## **II-CADRE LEGISLATIF ET CONSIDERATIONS RELIGIEUSES ETCULTURELLES**

En Algérie, l'allaitement maternel a toujours été une pratique naturelle et presque générale. Dans ce pays musulman, c'est une pratique traditionnelle encore respectée comme pour les autres pays du Maghreb.

En effet, l'Islam encourage l'allaitement maternel et ce dans trois versets coraniques :

1er verset : " Et les mères, qui veulent donner un allaitement complet, allaiteront leurs bébés deux ans complets... " (Verset 233 / Sourate 2 ou la Génisse).

2ème verset : " Nous avons commandé à l'homme [la bienfaisance envers] ses père et mère ; sa mère l'a porté [subissant pour lui] peine sur peine : son sevrage a lieu à deux ans. Sois reconnaissant envers Moi ainsi qu'envers tes parents. Vers Moi est la destination. " (Verset 14 / Sourate 31 ou Luqman)

3ème verset : " Et Nous avons enjoint à l'homme de la bonté envers ses père et mère : sa mère l'a péniblement porté et en a péniblement accouché et sa gestation et sevrage durant trente mois... ". (Verset 15 / Sourate 46 ou Al Ahqaf).

### III-ANALYSE DE LA SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE :

#### 1- La situation dans le monde :

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le Fond des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) recommandent un allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de six mois et combiné à une nourriture complémentaire jusqu'à un an et plus.

La prévalence de l'allaitement maternel varie considérablement d'un pays à un autre. Elle est de 73% au Canada en 1994, de 91% en Italie en 1999 et de 83,8% en Australie en 1999. Aux Etats-Unis, le taux d'allaitement maternel a augmenté de 33.5% en 1975 à 54% en 1980 et 59.7% en 1984. Ce taux est resté relativement stable depuis le début des années 80 jusqu'en 1995. En 1995, des jeunes mamans allaitaient et 20% d'entre elles continuaient à le faire après six mois. En Scandinavie, la prévalence de l'allaitement maternel est très élevée. En Suède, elle était en 1945 d'environ 95% à 2 mois mais elle a chuté progressivement jusqu'en 1972. Au cours des années suivantes, la prévalence a graduellement augmenté pour atteindre cette progression initiée en 1972, a débuté avec la prise de conscience par les mères instruites des bienfaits immunologiques et nutritionnels de l'allaitement.

L'adoption par le parlement suédois de lois garantissant aux mamans allaitantes 80% de leur salaire pendant 9 mois après l'accouchement (actuellement 12 mois) a également contribué à cette augmentation. La prévalence de l'allaitement maternel a augmenté secondairement entre 1990 et 1998, particulièrement entre 6 mois et 9 mois, due en partie à l'adoption par les maternités suédoises de l'initiative "Hôpitaux amis des bébés" lancée par l'OMS et l'UNICEF.

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

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

Tableau 1. Indicateurs de politiques et de programmes de l'Initiative mondiale de suivi des tendances de l'allaitement (WBT)

Pays	Indicateur										Score ajusté (1-10)
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	Politiques et programmes	BFHI	Code	Protection de la maternité	Appui au système de santé	Appui communautaire	Soutien à l'information	Alimenta-tion au VIH	Alimentation en situations d'urgence	Surveillance et évaluation	
Argentine	4	6,5	8	4	7,5	4	8	2	3	4	51,0
Bolivie	10	4	8	3	6	6	4	1,5	0	9	51,5
Bésil	9	2,5	10	7,5	5	1	8	5	0	5	53,0
Colombie	5,5	5,5	7	4	9,5	5	8	3,5	0	2	50,0
Costa Rica	10	7,5	10	9	6,5	9	9	4	4	7	76,0
Équateur	5	6,5	7	6	5	4	5	3	2	4	47,5
Guatemala	7	5	8	3	4	3	6	2,5	1	6	45,5
Mexique	2	5	7	3,5	5	4	1	3,5	0	0	31,0
Nicaragua	9	8,8	7	7	9	8	8	5,5	7	6	75,0
Pérou	5	6	8	4,5	4,5	2	2	3,5	2	5	42,5
République dominicaine	3	6,5	10	2,5	5	3	3	2,5	0	2	37,5
Uruguay	6,5	7,5	4	5	6	6	5	6,5	0	6	52,5

Source : WorldBreastfeedingWeek-Fre-2012

Tableau 2. Pratiques d'allaitement et d'alimentation complémentaire en Amérique latine et dans les Caraïbes

Pays	Indicateur				
	1	2	3	4	5
	Initiation précoce (%)	Allaitement exclusif < 6 mois (%)	Durée de l'allaitement (mois)	Allaitement au biberon < 23 mois (%)	Alimentation complémentaire 6-8 mois (%) <sup>1</sup>
Argentine, 2010	S/O <sup>2</sup>	55	S/O	S/O	S/O
Bolivie, 2008	63.8	60.4	18.8	35.3	75.4 (2003)
Bésil, 2006	42.9	38.6	14.0	58.3	S/O
Chili, 2008-10	S/O	43.5	S/O	S/O	S/O
Colombie, 2010	56.6	42.8	14.9	40.4	S/O
Costa Rica, 2006-08	S/O	53.1	14.0	86.4	S/O
Cuba, 2006	70.2	26.4	S/O	S/O	S/O
Repubblica Dominicana, 2007	26.4	39.6	14.7	S/O	S/O
Équateur, 2004	32.8	31.4	18.7	20.6	S/O
El Salvador, 2008	55.5	49.6	21.0	38.5	S/O
Guatemala, 2008-09	63.9	33.2	19.1	S/O	S/O
Guyana, 2009	44.3	40.7	18.8	20.3	87.4
Haiti, 2005-06	78.6	29.7	19.2	48.6 (E)	84.0
Honduras, 2005-06	S/O	22.3	10.4	S/O	S/O
Mexique, 2006	54.0	30.6 (E)	18.4	S/O	S/O
Nicaragua, 2006-07	S/O	27.5	6.3	S/O	S/O
Panama, 2009	47.1	24.4	11.0	S/O	NA
Paraguay, 2008	51.3	68.3	21.7	42.4	81.4 (2004-06)
Pérou, 2010	65.2	7.7 (E) <sup>3</sup>	7.1	84.9 (E)	81.1
Uruguay, 2006-07	60.0	57.1	7.1	S/O	S/O
Venezuela, 2006-08	S/O	27.9	7.5	62.3	S/O

<sup>1</sup> La définition du nouvel indicateur pour l'alimentation complémentaire par l'OMS et ses partenaires (10) diffère de celle qui est utilisée par les rapports WBT et n'est disponible que pour les pays qui y sont mentionnés.

<sup>2</sup> Non disponible.

<sup>3</sup> Estimé.

Source de données autres que celles relatives à l'alimentation complémentaire: OPS. Situation actuelle et tendance de l'allaitement maternel en Amérique latine et dans les Caraïbes: Implications politiques et programmatiques. En préparation. 2012.

Source : WorldBreastfeedingWeek-Fre-2012

### *Situation de l'allaitement maternel dans le monde arabe :*

Il ressort des résultats des enquêtes PAPCHILD 1996 et des enquêtes DHS (70 - <80) les faits suivants, concernant l'état de l'allaitement maternel dans le monde arabe :

#### *a- Fréquence de l'allaitement maternel :*

90% des soudanaises, 94% des libyennes, 93% des algériennes et 91% des yéménites allaitent leurs enfants. Cette tendance à allaiter concerne aussi bien les citadines que les femmes rurales.

#### *b- Motifs de non allaitement :*

Dans les pays où la mortalité infantile est élevée, les décès représentent une cause importante de non allaitement : 35% au Soudan et 28% au Yémen.

L'absence ou l'insuffisance de lait est le motif le plus souvent avancé pour ne pas allaiter : 36,4% en Algérie et 21% au Yémen.

Ensemble la maladie maternelle et la maladie infantile représentent un motif important de non allaitement : 24,5% au Yémen, 21,8% en Algérie et 11% au Soudan.

Les problèmes relatifs au mamelon et au sein et le refus du sein constituent le troisième motif de non allaitement : 18% au Yémen, 13,9% au Soudan et 11,5% en Algérie.

#### *c- Durée de l'allaitement maternel :*

Autre élément satisfaisant de la pratique de l'allaitement maternel dans les pays arabes, est la durée de l'allaitement. En effet, les femmes allaitent en moyenne : 19,1 mois en Egypte, 17,6 au Soudan, 16,8 au Yémen, 15,5 au Maroc, 12,5 en Algérie et 12,3 en Jordanie. La femme rurale allaite environ deux mois de plus que la citadine ; en Syrie, la femme allaite en moyenne 14 mois en zone rurale et 12,6 mois en zone urbaine.

#### *d- Diversification alimentaire :*

La diversification est précoce chez un grand nombre de nourrissons, en moyenne 87% des enfants âgés de 0 à 3 mois en Mauritanie, au Soudan et au Yémen. La tendance à garder une alimentation exclusive au sein, pour cette tranche d'âge, est plus marquée au Maroc (65%), en Egypte (38%) et en Jordanie (32%).

Malheureusement, cette diversification est souvent réalisée par un lait d'origine

animale, sous toutes ses formes : au Yémen 37,7% des enfants âgés de 0 à 3 mois en reçoivent aussi, ainsi que plus de 35% des enfants algériens du même âge. L'âge moyen d'introduction du lait en poudre au Soudan est de 5, 6 mois. Au Yémen, 37% des nourrissons reçoivent du lait artificiel pour la tranche d'âge de 0 à 3 mois. Ce pourcentage passe à 45,7% pour la catégorie de 4 à 6 mois.

#### *e- Sevrage :*

Le sevrage précoce avant 3 mois concerne 25% des nourrissons algériens et 8,3% des nourrissons yéménites. En Libye, 50% des nourrissons âgés de moins de 4 mois sont déjà sevrés.

#### *f- Facteurs influençant l'allaitement maternel :*

Selon les enquêtes algériennes et yéménites, il n'y a pas de différence significative concernant la fréquence de l'allaitement maternel dans les zones rurales par rapport aux zones urbaines, d'une région à l'autre, en fonction de l'âge de la mère, du niveau éducationnel et du rang de naissance. A l'inverse, la durée de l'allaitement maternel est plus prolongée en milieu rural, en Algérie, au Maroc, au Yémen et au Soudan par rapport au milieu urbain. En Algérie, plus le niveau éducationnel est bas, plus les femmes allaitent longtemps. Ce phénomène est également observé en Egypte, en Jordanie et en Syrie. En Algérie et au Yémen, le sevrage précoce est plus fréquent en milieu urbain qu'en milieu rural et il est d'autant plus fréquent que la mère est jeune ; les premiers nés par rapport aux autres naissances sont plus fréquemment sevrés de façon précoce. De plus, il est moins fréquent chez les analphabètes.

#### **2- La situation en Algérie :**

L'allaitement maternel était la règle en Algérie.

Conformément aux recommandations religieuses et aux habitudes sociales, les femmes tunisiennes auraient tendance à allaiter fréquemment et longtemps (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.

#### **CAUSES DU DECLIN DE L'ALLAITEMENT MATERNEL**

Différents facteurs très intriqués (sociaux, économiques ou culturels) contribuent au déclin de l'allaitement maternel :

- Les **modifications de la structure familiale** notamment le manque du soutien psychologique de l'entourage.
- **L'urbanisation et le travail salarié des mères**
- Des **préoccupations d'ordre esthétique.**
- **Développement de l'industrie agro-alimentaire** (une publicité «agressive »).
- Insuffisance de la **formation dispensée aux professionnels de santé.**

#### **Le taux d'allaitement maternel ne représente que 7% en Algérie**

Le taux d'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de six mois "ne représente que 7% à six mois dans la société algérienne, alors que dans les pays voisins ce taux variait entre 30 et 47%. La spécialiste a déploré le recul de l'allaitement maternel en Algérie, bien que 95% des naissances surviennent en milieu hospitalier.

Résultats de l'enquête nationale à indicateurs multiples MICS 3 Algérie 2006

**Tableau NU.1**

Proportion des femmes âgées entre 15-49 ans ayant eu une naissance vivante durant les deux dernières années allaitant leur enfant pour la première fois moins d'une heure et moins de 24 heures après la naissance, MICS3 ALGÉRIE 2006

Variables		Pourcentage de femmes ayant commencé à allaiter moins d'une heure après la naissance*	Pourcentage de femmes ayant commencé à allaiter moins d'1 jour après la naissance**	Nombre de femmes ayant eu une naissance vivante au cours des deux années précédant l'enquête
Région	Centre	39,4	81,5	1 861
	Est	51,0	78,9	1 713
	Ouest	54,2	76,3	1 273
	Sud	64,1	88,4	714
Résidence	Urbain	3,1	78,3	2 953
	Rural	53,4	82,7	2 608

(suite) **Tableau NU.2** : Allaitement maternel

Proportion des femmes âgées entre 15-49 ans ayant eu une naissance vivante durant les deux dernières années allaitant leur enfant pour la première fois moins d'une heure et moins de 24 heures après la naissance, MICS3 ALGÉRIE 2006

Variables		Pourcentage de femmes ayant commencé à allaiter moins d'une heure après la naissance*	Pourcentage de femmes ayant commencé à allaiter moins d'1 jour après la naissance**	Nombre de femmes ayant eu une naissance vivante au cours des deux années précédant l'enquête
Nombre de mois depuis la naissance	< 6 mois	48,9	80,1	1 286
	6-11 mois	50,4	80,0	1 537
	12-23 mois	49,4	80,7	2 735
Instruction de la mère	Aucun	55,9	83,7	1 542
	Primaire	53,3	81,6	1 057
	Moyen	46,5	79,4	1 406
	Secondaire	45,3	78,3	1 230
	Supérieur	35,8	72,8	326
Quintile de l'indice de richesse	Plus pauvre	58,7	83,2	1 279
	Second	50,2	80,6	1 173
	Moyen	48,3	81,3	1 097
	Riche	47,7	77,5	1 033
	Le plus riche	40,0	78,4	979
Total		49,5	80,4	5561

\* MICS indicateur 45 \*\* inclus les enfants qui ont été allaités moins d'une heure après la naissance

Tableau NU.3 : Allaitement maternel

Proportion des enfants de moins de 2 ans allaités au sein par groupes d'âge, MICS3, Algérie, 2006

Variables	Enfants de 0-3 mois		Enfants de 0-5 mois		Enfants de 6-9 mois		Enfants de 12-15 mois		Enfants de 20-23 mois		
	Allaitement exclusif (%)	Effectif des enfants de 0-3 mois	Allaitement maternel exclusif (%) *	Effectif des enfants de 0-5 mois	Allaitement et alimentation complémentaires par des aliments solides/semi-solides (%) **	Effectif des enfants de 6-9 mois	Allaitement au sein (%) ***	Effectif des enfants de 12-15 mois	Allaitement au sein (%) ***	Effectif des enfants de 20-23 mois	
Sexe	Masculin	10,6	408	7,2	665	42,5	534	45,9	484	24,4	561
	Féminin	10,1	400	6,7	663	35,4	517	47,0	459	19,7	486
Région	Centre	13,0	262	8,7	418	43,7	339	48,2	280	26,5	369
	Est	13,9	240	8,7	404	40,7	337	51,9	316	18,3	312
	Ouest	(4,7)	200	(3,8)	334	26,7	250	27,7	212	15,9	253
	Sud	(6,7)	106	(4,7)	173	46,3	126	60,0	135	33,0	114
Strate	Urbain	10,2	439	6,7	728	35,1	580	42,9	473	16,8	566
	Rural	10,6	369	7,2	601	43,8	471	50,1	470	28,5	482
Niveau d'instruction de la mère	Aucun	(9,2)	(234)	(6,1)	379	41,6	255	54,0	288	34,0	269
	Primaire	(13,8)	146	(9,3)	239	33,9	210	49,8	173	22,4	194
	Moyen	(10,4)	200	(7,2)	312	43,9	251	45,9	237	17,3	309
	Secondaire	(10,7)	178	(7,0)	310	40,4	260	35,2	203	17,3	228
	Supérieur	(4,4)	51	(3,1)	89	(23,8)	76	(38,9)	43	(10,0)	47
Quintile de l'indice de richesse	Plus pauvre	11,6	214	(8,2)	328	44,3	205	52,5	235	29,8	222
	Deuxième	(13,2)	157	(9,0)	265	42,4	224	49,6	202	23,0	206
	Moyen	(5,8)	165	(4,1)	272	36,8	196	44,4	179	19,3	224
	Quatrième	(10,4)	141	(6,4)	228	37,4	201	42,8	169	22,1	217
	Plus riche	(10,6)	131	(6,6)	235	34,1	225	39,8	158	(15,4)	179
<b>Total</b>	<b>10,4</b>	<b>808</b>	<b>6,9</b>	<b>1329</b>	<b>39,0</b>	<b>1051</b>	<b>46,5</b>	<b>943</b>	<b>22,2</b>	<b>1048</b>	

\* MICS indicateur 15 \*\* MICS indicateur 17 \*\*\* MICS indicateur 16

**Conclusion :** en comparaison avec les autres pays, l'Algérie se placerait au vu de ces données dans une position intermédiaire entre les pays européens et les pays africains.

## CHAPITRE II

# LAIT MATERNEL ET PRATIQUE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

## I- COMPOSITION ET AVANTAGES DU LAIT MATERNEL

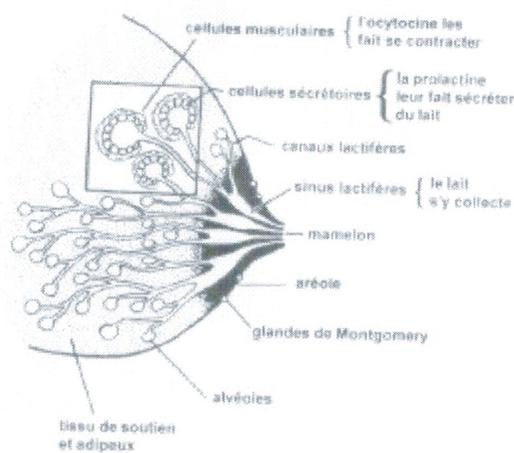
### 1- ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DE LA GLANDE MAMMAIRE :

La glande mammaire comporte deux parties (Fig 1) :

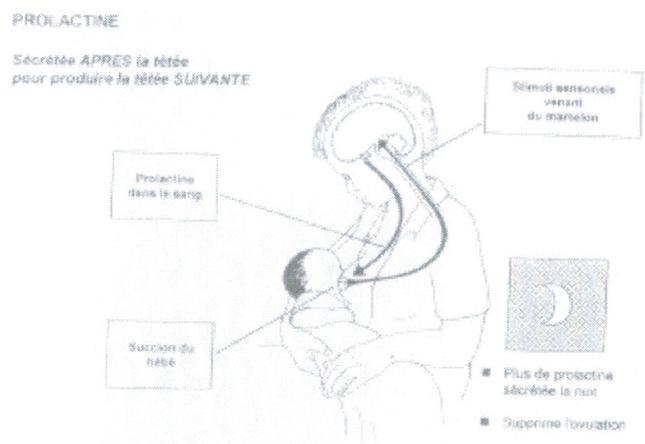
- ◀ L'une externe avec l'aréole et le mamelon
- ◀ L'autre interne qui comprend les alvéoles, les canaux lactifères et les sinus lactifères (réservoirs de lait qui sont situés sous le mamelon et l'aréole).

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 l'allaitement.



**Figure 1**



**Figure 2**

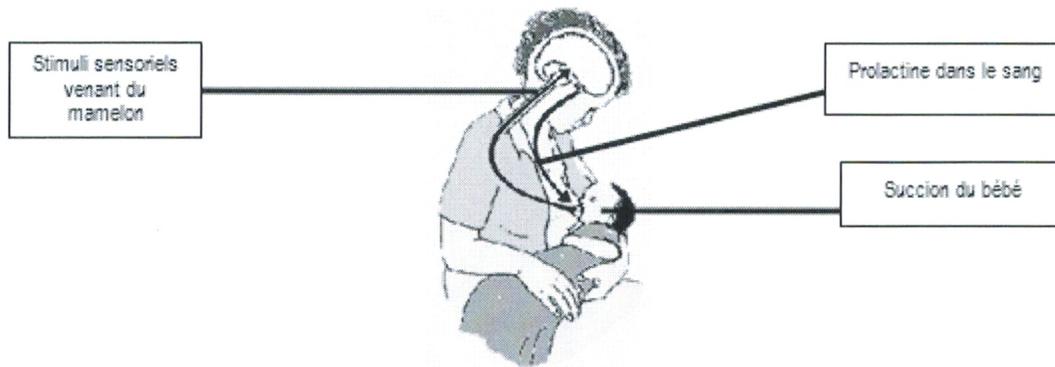
Au cours de la grossesse, sous l'influence des oestrogènes et de la progestérone, les cellules glandulaires se multiplient et la glande mammaire augmente de volume.

Au moment de l'accouchement, la baisse brutale des oestrogènes 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 (Fig 2) :

◀ 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.

#### Réflexe de la prolactine



◀ 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.

A noter que les perturbations d'ordre émotionnel et psychologique telles que l'anxiété, le stress, la fatigue, la douleur peuvent l'inhiber alors que la confiance, la conviction de la qualité de ce type d'alimentation, le sentiment de sécurité peuvent l'améliorer.

#### Réflexe ocytocique

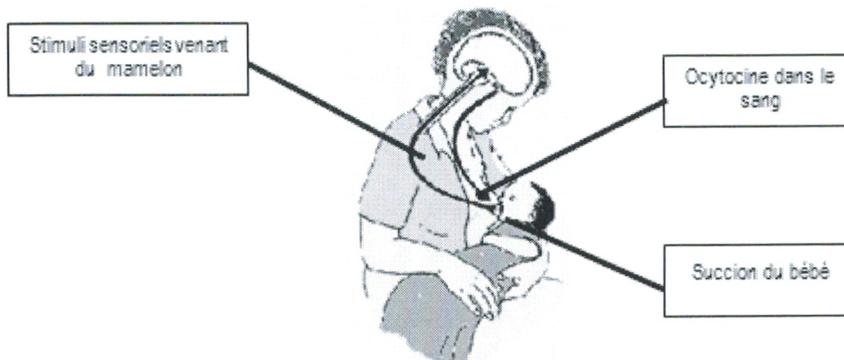


Figure 7

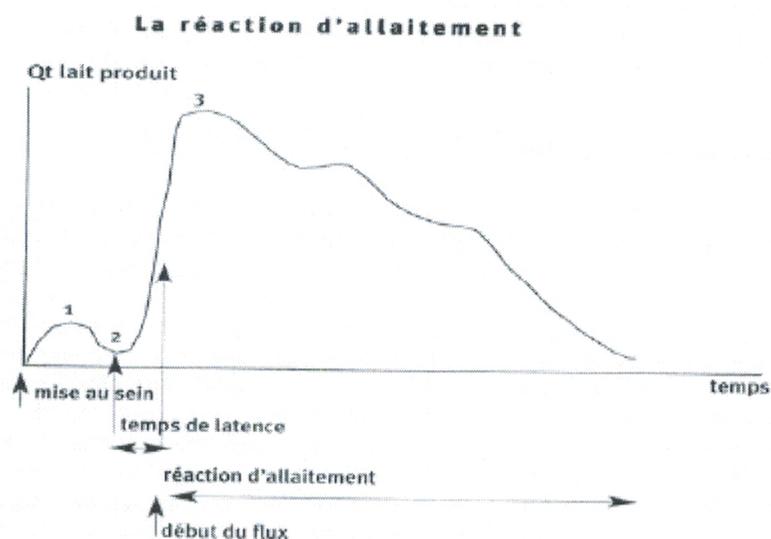


Figure 8

**Les cinq temps du réflexe neuro-hormonal  
ou la mise en route de la lactation**

**Les cinq temps du réflexe neuro-hormonal  
ou la mise en route de la lactation**

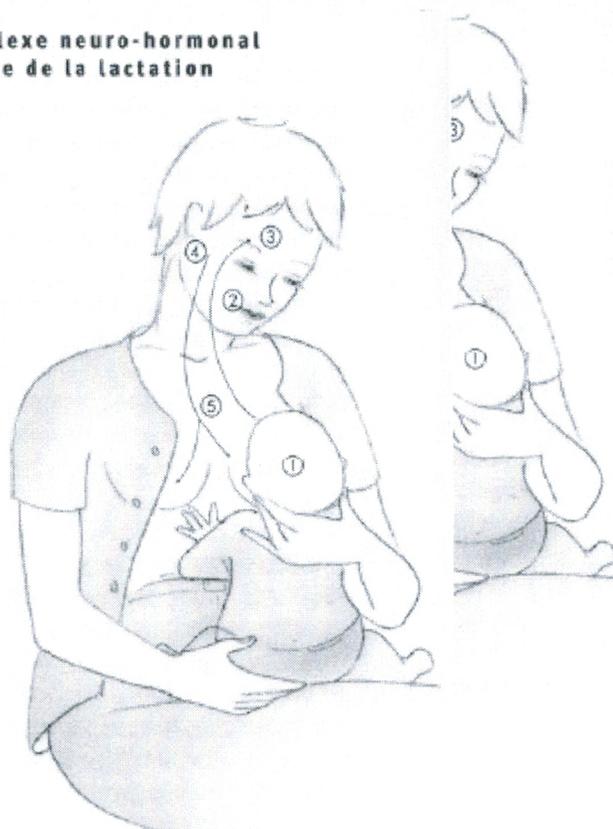
① Le bébé tète et crée un signal sur l'aréole.

② Des nerfs sensitifs conduisent l'information au cerveau profond, inconscient et involontaire.

③ Celui-ci « gère » l'information en fonction :  
– de la qualité du signal fait par l'enfant ;  
– des émotions de la mère au même moment.

④ L'inhibition sur l'hypophyse se relâche. L'ocytocine et la prolactine sont sécrétées.

⑤ La circulation sanguine apporte aux deux seins ces deux hormones, et les seins se mettent en fonction. Du côté stimulé par la succion, le lait jaillit.



**DEROULEMENT SCHEMATIQUE D 'UNE TETEE (Figure 9)**

	DEBUT DE TETEE	MILIEU DE TETEE	FIN DE TETEE
OBJECTIFS DE LA TETEE	HYDRATATION	CROISSANCE	RESERVES ENERGETIQUES
COMPOSANTS DU LAIT SELON LE TEMPS DE TETEE	EAU + SUCRES	PROTEINES	LIPIDES
OBSERVATIONS CLINIQUES SELON LA DUREE DE LA TETEE	<p>URINES +</p> <p>SELLES VERTES</p> <p>TETEEES TRES FREQUENTES</p> <p>COLIQUES ++</p> <p>(INTOLERANCE FONCTIONNELLE AU LACTOSE</p> 	<p>URINES ++</p> <p>SELLES VERTES OU JAUNES LIQUIDES</p> <p>TETEEES FREQUENTES</p> <p>ASPECT DYSHARMONIEUX TAILLE&gt;POIDS</p> 	<p>URINES +++</p> <p>SELLES JAUNES AVEC GRAINS</p> <p>RYTHME DE TETEEES ACCEPTABLE</p> 

## 2- COMPOSITION ET VARIATION DU LAIT MATERNEL

### 2-1- Composition

Le lait maternel constitue le seul aliment bénéfique pour le nourrisson au cours des 6 premiers mois de la vie. Le lait maternel continue à être bénéfique pour l'enfant jusqu'à l'âge de 2 ans en effet aucune industrie n'a pu produire un lait aussi parfait tant par ses constituants que par son adaptation aux besoins du nourrisson et au degré de maturité de ses organes. Il assure des :

#### a) Apports en eau :

L'eau représente 87% du lait maternel mature : le bébé n'a pas besoin d'apport hydrique supplémentaire jusqu'à l'âge de 6 mois même en saison chaude.

#### b) Apports protidiques :

◀ Apparaissent faibles (0,9%) mais sont adaptés à la fonction rénale du nouveau-né (rein immature).

◀ Le lait maternel est moins riche en caséine que le lait de vache qui est responsable de formation de grumeaux épais et indigestes (aérocolie et intolérance).

◀ Il est riche en lactosérum ou protéines solubles constituées en grandes parties d'éléments anti-infectieux (alpha lactalbumine).

◀ Il contient 20 acides aminés dont 8 essentiels ; la cystine et la taurine sont totalement absentes dans les autres laits et indispensables au développement du cerveau et des yeux.

#### c) Apports lipidiques :

◀ Les lipides contenus dans le lait maternel assurent l'apport énergétique nécessaire.

◀ Le lait maternel contient les acides gras essentiels (absents dans les autres laits).

Indispensables au développement du cerveau et des yeux et à la protection des vaisseaux sanguins.

◀ Il présente le meilleur rapport omega 6 / omega 3 (= 5).

◀ Il contient la lipase, « lipase stimulée par les sels biliaires », qui facilite la digestion des graisses.

◀ La teneur en lipides varie au cours de la même tétée et pendant la journée.

◀ le lait de fin de tétée est plus riche en graisses « une tétée, un sein ».

◀ La tétée nocturne contient moins de graisses.

◀ La teneur en lipides dépend aussi de l'alimentation de la mère.

#### d) Apports glucidiques :

◀ Le lait maternel est le lait le plus riche en lactose qui favorise l'absorption

de calcium.

◀ Il ne contient pas d'amidon qui est difficile à digérer.

#### e) Apports en sels minéraux :

◀ Le fer : entre 0,5 à 0,7 mg/l (même quantité que dans les autres laits) ; mais seuls 10% du fer du lait de vache sont absorbés contre 50% de celui du lait de mère. L'apport en fer par le lait maternel est suffisant jusqu'à 6 mois

◀ Le calcium : le lait maternel en contient une petite quantité mais qui est absorbée à 70%.

#### f) Apports en vitamines :

◀ Le lait maternel contient une quantité importante et suffisante de vit C ; la supplémentation (jus) est donc inutile.

◀ Une alimentation équilibrée en vit A de la mère apporte la quantité nécessaire à son enfant jusqu'à l'âge de 2 ans. Le colostrum est encore plus riche et contient le double de la quantité contenue dans le lait mature.

◀ L'apport en Vit D peut être insuffisant si l'alimentation de la mère n'est pas riche en vit D et si l'enfant n'est pas exposé au soleil, d'où la nécessité de la supplémentation en Vit D mais celle-ci ne doit JAMAIS être donnée au biberon chez l'enfant allaité.

◀ Le lait de mère est moins riche en vit B que le lait de vache mais la quantité apportée par le lait maternel est suffisante pour l'enfant.

◀ Les folates sont absents dans le lait de chèvre.

### 2-2- Variations de la composition du lait maternel :

La composition du lait maternel varie :

#### a) selon l'âge de l'enfant :

◀ A la naissance : Le colostrum est le lait produit au cours des premiers jours

- de couleur jaune ou d'apparence claire
- de consistance épaisse
- très riche en protéines
- riche en anticorps et en globules blancs (immunité +++)
- riche en facteurs de croissance qui aident à la maturation intestinale
- riche en vitamine A
- avec un pouvoir laxatif (élimination de méconium, de bilirubine en cas d'ictère)

Il se transforme progressivement en lait mature en 2 semaines.

◀ Après l'âge de six mois : le lait maternel continue à être un aliment essentiel pour l'enfant jusqu'à l'âge de deux ans. Il couvre 50% des besoins énergétiques du nourrisson de 6 à 12 mois et 33% de ces besoins au cours des 2èmes années de vie. Ainsi, après l'âge de 6 mois les besoins de l'enfant en énergie comme pour les autres nutriments (protéines, lipides, fer, vitamines...)

augmentent et le lait maternel à lui seul devient insuffisant pour les couvrir. D'où la nécessité d'ajouter des aliments de complément à partir de l'âge de 6 mois parallèlement à la poursuite de l'Allaitement maternel jusqu'à l'âge de 2 ans.

**b) entre le début et la fin de la tétée :**

- ◀ Le lait de début de tétée est d'apparence bleuté et riche en eau (calme la soif du bébé)
- ◀ Le lait de fin de tétée est plus épais et riche en graisses (assure l'apport énergétique et induit la satiété)

**3- AVANTAGES DE L'ALLAITEMENT MATERNEL :**

**3-1- sur la santé du bébé**

**a) Rôle protecteur contre les infections :**

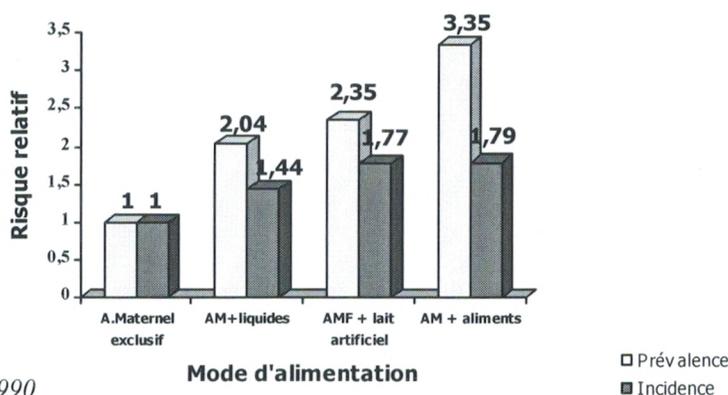
Lait maternel est une substance vivante qui contient :

- ◀ Des immunoglobulines surtout des IgA
- ◀ En cas d'exposition d'une mère à une infection, des leucocytes pénètrent dans le sein produisent des anticorps qui passent dans le lait et protègent le nourrisson (ne pas isoler le bébé de sa mère malade)
- ◀ La lactoferrine fixe le fer et empêche la prolifération des entérobactéries ferrodépendants
- ◀ Les lysozymes assurent la destruction des bactéries
- ◀ Les facteurs Bifidus favorisent la colonisation de l'intestin par les lactobacillus compétitifs avec les bactéries pathogènes.

Le lait maternel est bien plus qu'un aliment pour le nourrisson. C'est une **substance vivante qui apporte une protection contre les infections grâce aux globules blancs et aux anticorps qu'il contient.**

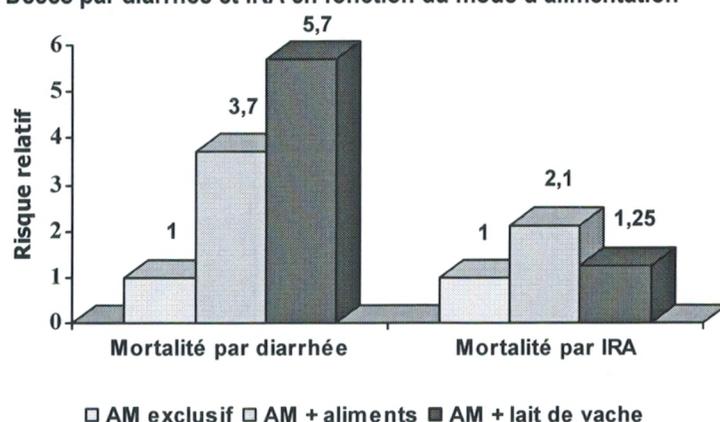
**• Les laits artificiels, ne contiennent pas des éléments anti-infectieux et par conséquent ne protègent pas l'enfant contre les infections.**

**Graphique n° 1 : Prévalence et incidence de la diarrhée à l'âge de 3-5 mois selon le mode d'alimentation**



From: Popkin et al. 1990 (Philippines) (N=3080)

**Graphique n° 2 : Décès par diarrhée et IRA en fonction du mode d'alimentation**



Source: Victora CG, Smith OG, Vaughn JP et al Evidence of protection by breastfeeding against infant's deaths from infectious diseases in Brazil. *Lancet* 1987;11: 319-22

**TABLE 2** Dose-Response Benefits of Breastfeeding<sup>a</sup>

Condition	% Lower Risk <sup>b</sup>	Breastfeeding	Comments	OR <sup>c</sup>	95% CI
Otitis media <sup>15</sup>	23	Any	—	0.77	0.64–0.91
Otitis media <sup>15</sup>	50	≥3 or 6 mo	Exclusive BF	0.50	0.36–0.70
Recurrent otitis media <sup>15</sup>	77	Exclusive BF ≥6 mo <sup>d</sup>	Compared with BF 4 to <6 mo <sup>d</sup>	1.95	1.06–3.59
Upper respiratory tract infection <sup>17</sup>	63	>6 mo	Exclusive BF	0.30	0.18–0.74
Lower respiratory tract infection <sup>15</sup>	72	≥4 mo	Exclusive BF	0.28	0.14–0.54
Lower respiratory tract infection <sup>15</sup>	77	Exclusive BF ≥6 mo <sup>d</sup>	Compared with BF 4 to <6 mo <sup>d</sup>	4.27	1.27–14.55
Asthma <sup>15</sup>	40	≥3 mo	Atopic family history	0.60	0.43–0.82
Asthma <sup>15</sup>	26	≥3 mo	No atopic family history	0.74	0.6–0.92
RSV bronchiolitis <sup>16</sup>	74	>4 mo	—	0.26	0.074–0.9
NEC <sup>19</sup>	77	NICU stay	Preterm infants Exclusive HM	0.23	0.51–0.94
Atopic dermatitis <sup>27</sup>	27	>3 mo	Exclusive BFnegative family history	0.84	0.59–1.19
Atopic dermatitis <sup>27</sup>	42	>3 mo	Exclusive BFpositive family history	0.58	0.41–0.92
Gastroenteritis <sup>15-14</sup>	64	Any	—	0.36	0.32–0.40
Inflammatory bowel disease <sup>32</sup>	31	Any	—	0.69	0.51–0.94
Obesity <sup>13</sup>	24	Any	—	0.76	0.67–0.86
Celiac disease <sup>51</sup>	52	>2 mo	Gluten exposure when BF	0.48	0.40–0.89
Type 1 diabetes <sup>13-42</sup>	30	>3 mo	Exclusive BF	0.71	0.54–0.93
Type 2 diabetes <sup>13-43</sup>	40	Any	—	0.61	0.44–0.85
Leukemia (ALL) <sup>13-46</sup>	20	>6 mo	—	0.80	0.71–0.91
Leukemia (AML) <sup>13-45</sup>	15	>6 mo	—	0.85	0.73–0.98
SIDS <sup>15</sup>	36	Any >1 mo	—	0.64	0.57–0.81

ALL, acute lymphocytic leukemia; AML, acute myelogenous leukemia; BF, breastfeeding; HM, human milk; RSV, respiratory syncytial virus.

<sup>a</sup> Pooled data.

<sup>b</sup> % lower risk refers to lower risk while BF compared with feeding commercial infant formula or referent group specified.

<sup>c</sup> OR expressed as increase risk for commercial formula feeding.

<sup>d</sup> Referent group is exclusive BF ≥6 months.

Source: 2012 by the American Academy of Pediatric

## **b) Rôle protecteur contre les allergies :**

◀ Les anticorps contenus dans le lait maternel protègent le nouveau né des allergies en tapissant la muqueuse intestinale.

◀ Le colostrum et le lait mature contiennent un «facteur de croissance épidermique» qui stimule la croissance et la maturation des villosités intestinales, ce qui empêche le passage dans le sang du nouveau-né de grosses molécules responsables d'intolérances et d'allergies.

## **c) Les aspects affectifs positifs de l'allaitement :**

L'allaitement maternel renforce le lien mère-enfant. Les nourrissons pleurent moins et se développent plus rapidement lorsqu'ils sont allaités immédiatement après l'accouchement.

### **Dangers de l'allaitement artificiel :**

L'allaitement artificiel :

- Peut nuire à la relation mère-enfant.
- Augmente le risque de décès par diarrhée ou infections respiratoires autres.
- Augmente la prévalence de diarrhée persistante.
- Augmente le risque de malnutrition, d'anémie et de carence en vitamine A.



## **3-2- sur la santé du futur adulte**

### **a) développement cognitif :**

L'influence positive de l'allaitement maternel sur le développement intellectuel a été explorée dans différentes populations : une étude néo-zélandaise de plus de 1000 enfants (de 8 à 18 ans) a montré une augmentation du quotient intellectuel et les aptitudes d'apprentissage scolaire chez ceux qui avaient été allaités plus de 8 mois. Le bénéfice semble encore plus grand pour les anciens prématurés et pour les enfants à petit poids de naissance. Ces différences restent encore détectables à l'âge adulte

### **b) prévention du diabète de type 1 et de type 2 :**

L'alimentation précoce par le lait de vache multiplie par 1.5 le risque de diabète de type 1 ultérieur par facilitation de réactions auto-immunes. Il en est de même pour la consommation d'aliments solides avant l'âge de 3 mois.

L'allaitement exclusif sur les 12 premiers mois est un facteur protecteur contre le développement ultérieur de diabète de type 2 ; ceci a été démontré chez les indiens Pima qui sont une population à une très forte prévalence de diabète de type 2 et l'effet est indépendant de l'obésité.

### **c) prévention de l'obésité :**

Une alimentation trop riche du nourrisson et une diversification prématurée (laitages et farines) entraînent une suralimentation qui va favoriser l'obésité chez l'enfant. Cette obésité persiste à l'âge adulte où elle sera responsable de l'apparition de diabète de type 2 et d'autres facteurs de risque cardio-vasculaire.

Ainsi, on a pu montrer que l'apport calorique journalier est supérieur d'environ 13 Kcal/kg de poids chez les bébés en alimentation artificielle par rapport à ceux qui sont allaités .

De nombreuses études ont démontré que l'allaitement s'associe à une diminution du risque d'obésité chez le petit enfant, le grand enfant et l'adolescent

Les laits artificiels et la diversification trop précoce seraient responsables de perturbations dans la régulation de la sensation de faim et d'une mauvaise programmation métabolique ainsi qu'une stimulation trop précoce de la leptine et, enfin, d'altérations du sens du goût.

### **3-3- sur la santé de la mère :**

#### **a) l'involution utérine :**

La mise au sein précoce stimule l'ocytocine qui provoque l'involution utérine et réduit le risque d'hémorragie du post partum.

#### **b) Une contraception naturelle (MAMA) :**

L'élévation de la prolactine au cours de la lactation bloque le fonctionnement gonadotrope normal et empêche le retour des ovulations. Le nombre des tétées par 24H (et leur régularité, surtout nocturne) ainsi que le caractère exclusif de l'allaitement sont les principaux facteurs de stimulation de la prolactine et donc du blocage des ovulations.

Les 6 premiers mois d'allaitement, les règles peuvent être absentes ou espacées mais, même en présence de règles, les cycles sont le plus souvent anovulatoires ou dysovulatoires et la fertilité est ainsi très réduite.

#### **c) Une protection possible contre l'ostéoporose post ménopausique :**

Une étude australienne chez des femmes de plus de 65 ans a montré une relation entre la durée cumulée d'allaitement et la baisse du risque de fracture de

hanche. Ceci reste à confirmer par d'autres études mais pourrait être dû à une augmentation de l'absorption digestive du calcium au cours de la grossesse et de l'allaitement.

**d) le risque de cancer ovaire :**

Il a été démontré que l'allaitement a un effet de réduction du risque de cancer de l'ovaire.

**e) Le risque de cancer du sein :**

L'allaitement a un effet beaucoup plus important de réduction du risque de cancer du sein qui a été démontré par de nombreuses études sur de grandes cohortes de femmes. Cette protection est surtout documentée chez la femme en pré-ménopause, elle augmente avec l'augmentation de durée de l'allaitement et elle est d'autant plus efficace que la femme était plus jeune au premier allaitement. Mais cette protection se vérifie aussi pour les cancers du sein apparaissant en post ménopause.

**f) Des effets bénéfiques sur le poids de la femme :**

L'idée selon laquelle l'allaitement maternel est responsable d'un excès de poids de la mère s'avère complètement fausse.

Une étude a surveillé des mères (allaitantes ou non) jusqu'au 9ème mois du post-partum : chaque mois d'allaitement a contribué à une perte supplémentaire de 0.44 kg de l'excès de poids accumulé pendant la grossesse par rapport aux mères non allaitantes.

Une étude sur plus de 120 000 femmes [2] a montré que les mères qui étaient obèses avant la grossesse allaitaient moins longtemps que celles qui avaient un poids antérieur normal et que les mères qui avaient pris trop de poids pendant la grossesse allaitaient aussi moins longtemps que celles qui avaient eu un gain de poids correct.

**3-4- sur la famille :**

Plusieurs études ont rapporté que les enfants allaités seraient moins exposés au risque de délinquance.

La mère qui allaite consacrerait plus de temps à son bébé.

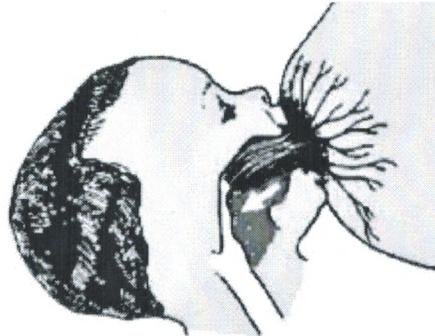
L'allaitement maternel épargne à la famille les dépenses nécessitées par le lait artificiel et réduit les coûts directs et indirects des maladies du nourrisson et du jeune enfant.

## II- PRATIQUE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL

### 1-TECHNIQUE

#### a) Mécanisme de la tétée

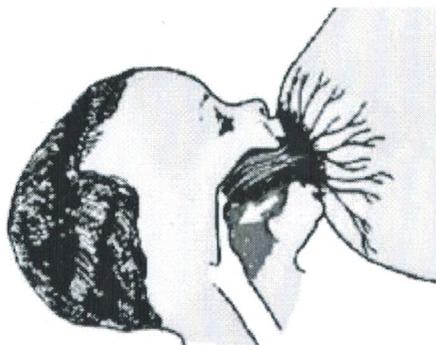
Figure 1



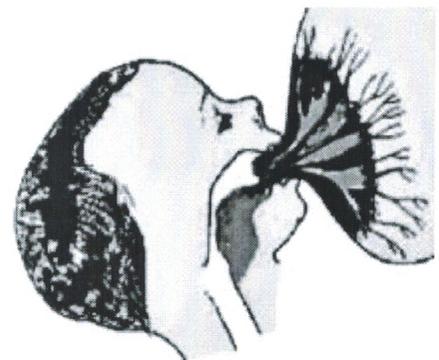
Mécanisme de la tétée

- ◀ Le bébé suce pour attirer, avec le mamelon une partie de l'aréole sous laquelle sont situés les réservoirs lactés ; l'ensemble va former dans la bouche du bébé un nouveau mamelon appelé "le mamelon de la tétée efficace". Il est à noter que le vrai mamelon représente le tiers du "mamelon de la tétée efficace" ce qui signifie que le bébé tète une partie du sein et non uniquement le mamelon.
- ◀ La succion stimule la sécrétion d'ocytocine qui entraîne l'éjection du lait des alvéoles vers les réservoirs lactés.
- ◀ La langue du bébé se déplace de l'avant vers l'arrière en se creusant autour du nouveau mamelon sous forme d'ondulations qui compriment les tissus mammaires contre le palais du bébé ce qui permet d'éjecter le lait des réservoirs lactés vers la bouche du bébé qui le déglutit.
- ◀ Ainsi attaché au sein, le bébé le vide facilement, c'est ce qu'on appelle « une tétée efficace ».

Figure 2



Tétée efficace



Tétée inefficace

## REMARQUE :

Le bébé prend le biberon selon un mécanisme complètement différent de celui de la tétée : il pince la tétine entre les gencives pour vider le biberon.

### *b) La bonne position :*

Pour bien évaluer l'allaitement au sein, demander à la mère si le nourrisson n'a pas été allaité durant l'heure précédente. S'il n'a pas été allaité au sein durant l'heure précédente, demander à la mère de mettre le nourrisson au sein observer l'allaitement pendant 4 minutes.

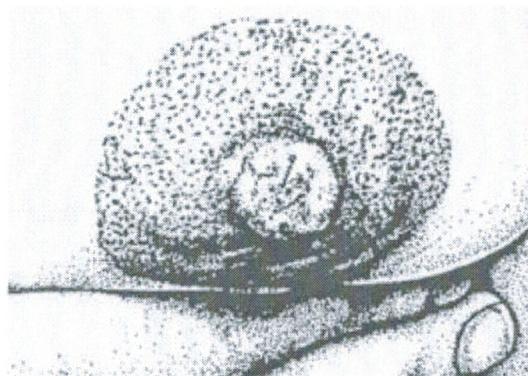
Si le nourrisson a été allaité durant l'heure précédente, demandé à la mère si elle peut attendre et vous dire quand le nourrisson réclamera le sein de nouveau.

### *c) La position classique mère assise :*

◀ La mère doit être assise à l'aise, son dos est soutenu, elle ne se penche pas sur son bébé.

◀ La mère peut soutenir son sein en plaçant la paume de sa main sous le sein, contre son thorax de sorte que son index constitue un support pour la base du sein.

Figure 3



### La manière de soutenir le sein

◀ La mère doit se consacrer uniquement à son bébé et essayer de capter son regard afin de renforcer la relation d'échange mère enfant pendant la tétée.

### *d) Critères d'une bonne position :*

◀ La tête et le corps du nourrisson sont droits.

◀ le nourrisson fait face au sein, son nez en face du mamelon.

◀ le corps du nourrisson est proche du corps de la mère.

◀ Tout le corps du nourrisson est soutenu par la mère et pas uniquement la tête et les épaules.

Tous les signes doivent être présents pour que la position soit bonne.

Figure 4



**Bonne position**

*Le corps du nouveau-né est proche de celui de la mère, et soutenu en entier, et la tête et le corps sont alignés, et le corps est tourné vers le sein.*

**Mauvaise position**

*Le corps du nouveau-né n'est pas proche de la mère, et n'est pas soutenu en entier et la nuque n'est pas droite et le corps n'est pas tourné vers le sein.*

*d) Les autres positions :*

Quelque soit la position de la mère, les critères d'une bonne position doivent être respectés.

◀ Position sous l'avant-bras ou face à face : (fig5)

La mère peut utiliser un coussin pour tenir son bébé ; la tête du bébé repose sur sa main, son visage fait face à celui de sa mère, son corps passe sous le bras de sa mère (fig5).

Figure 5



*Position sous l'avant bras*

**Indications :**

- Jumeaux
- Obstruction des canaux galactophores
- Prise du sein difficile (poitrine forte, mamelons plats)
- Après une césarienne
- La mère préfère cette position

◀ Position croisée : (fig6)

Figure 6



Position croisée

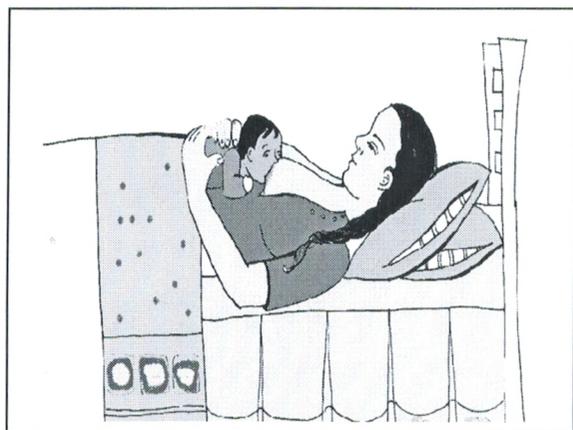
Si la mère a besoin de soutenir son sein, elle peut utiliser sa main du même côté.

**Indications :**

- nouveau né de très faible poids de naissance.
- bébé malade.
- la mère préfère cette position.

◀ La mère en position allongée : (fig. 7)

Figure 7



*Couchée sur le dos :  
recommandée en cas de  
césarienne*



*Allongée sur le côté : pratique  
en cas d'épisiotomie*

Position allongée

La mère est en position allongée, détendue, elle ne prend pas appui sur le coude, elle doit éviter le décalage entre elle et son bébé car il sera obligé de tendre la tête pour atteindre le mamelon.

*Indications :*

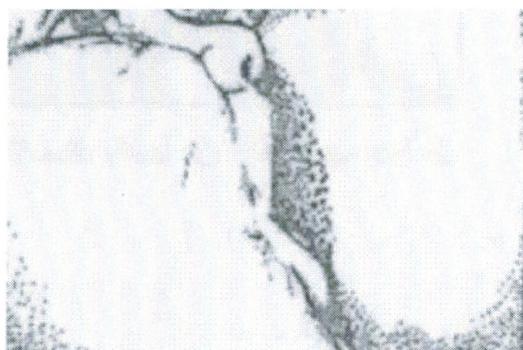
- la mère a besoin de sommeil.
- après une césarienne

*f) La bonne prise du sein :*

- ◀ La mère chatouille les lèvres du bébé avec le mamelon.
- ◀ Quand le bébé ouvre grand la bouche, la mère l'approche rapidement du sein, sa lèvre inférieure est bien au dessous du mamelon.
- ◀ Les critères d'une bonne prise du sein (fig.8) :
  - Le menton touche le sein.
  - La bouche est grande ouverte.
  - La lèvre inférieure est éversée vers l'extérieur.
  - L'aréole est plus visible au dessus qu'au dessous de la bouche.

Tous ces signes doivent être présents pour que la prise du sein soit bonne.

Figure 8 :



Bonne prise du sein

Figure 9



Mauvaise prise du sein

*g) La succion efficace :*

◀ La tétée est efficace quand les suctions sont profondes, lentes et entrecoupées de pauses.

◀ Il est important de désobstruer le nez du bébé s'il est bouché et gêne l'allaitement.

*h) Déroulement de la tétée :*

Timing :

◀ Il faut aider la mère et l'encourager à prendre contact corporel direct avec son bébé tout de suite après l'accouchement. Ce contact "peau à peau" dès la première heure de la naissance permet de renforcer le lien affectif de la mère à

son bébé et facilitera à la fois la mise au sein et la poursuite de l'allaitement maternel ultérieurement (fig.10).

◀ Ce contact direct permet également aux bactéries non pathogènes maternelles de coloniser l'organisme du bébé ce qui constitue une protection contre les bactéries pathogènes provenant de l'hôpital ou du personnel soignant.



Figure 10 : premier contact mère/Nouveau-né

◀ La première tétée : durant la première heure de la naissance, le nouveau-né est particulièrement vigilant et prêt à téter correctement ; c'est pour cela qu'il faut aider la mère à mettre son bébé au sein dès la première heure suivant l'accouchement.

◀ S'assurer que le bébé ne reçoive aucun autre aliment ni liquide avant la montée laiteuse : eau sucrée, sérum glucosé, eau de besbes, fruit secs... Ces aliments ou liquides sont inutiles puisque les bébés à terme naissent avec des réserves en liquides et en glycogène suffisantes pour couvrir leurs besoins jusqu'à la première tétée.

Par ailleurs, cette pratique présente les inconvénients suivants :

- Ces aliments ou liquides prennent la place du colostrum et exposent le bébé au risque infectieux et au risque d'intolérance aux protéines des aliments artificiels.
- Quand le bébé est rassasié par ces aliments, son envie de téter sa mère diminue et la stimulation de la lactation diminue également.
- L'utilisation de tétine pour donner ces aliments occasionne chez le nourrisson une confusion sein tétine d'où le risque de refus du sein.

◀ Le rooming-in : c'est le fait de ne pas séparer la mère de son enfant ; le bébé doit être installé dans la même chambre que sa mère jour et nuit immédiatement après la naissance ; ceci aide la mère à allaiter son bébé à la demande.

◀ Le bedding-in : c'est le fait de faire partager le nouveau né le lit de sa mère ; ceci facilite à la mère la pratique de l'allaitement maternel tout en adoptant une position confortable pour elle.

◀ La tétée de nuit : l'allaitement maternel doit être pratiqué à la demande, aussi souvent que le bébé le réclame, de jour comme de nuit ; en effet, la tétée nocturne stimule la sécrétion de prolactine responsable de la production de lait durant la journée.

◀ Nombre de tétées : un minimum de 8 tétées par 24 heures doit être respecté au cours des 6 premiers mois de la vie.

◀ La durée de la tétée : Il n'est pas nécessaire de fixer la durée de la tétée. En effet certains nourrissons prennent leur besoin en lait rapidement en quelques minutes ; alors que d'autres prennent la même quantité en une demi-heure ; les deux types de comportements sont normaux ; or si la mère décide d'arrêter d'elle-même la tétée, l'enfant ne va pas recevoir le lait de la fin de la tétée qui est riche en lipides et donne la sensation de satiété à l'enfant ; elle doit laisser le bébé au sein jusqu'à ce qu'il le quitte de lui-même.

**Il faut donc conseiller à la mère de donner le sein chaque fois  
Que le bébé le réclame, jour et nuit et jusqu'à ce qu'il le quitte  
Spontanément**

## POUR Le professionnel de santé :

### 1. Période prénatale :

Le professionnel de santé doit préparer la future mère à allaiter et :

- Lui expliquer les avantages de l'allaitement maternel par rapport aux autres laits et un certain nombre de techniques (voir annexe).
- Rechercher une éventuelle déformation anatomique des seins (voir annexe).
- Lui expliquer comment avoir une alimentation *équilibrée et variée*.
- ***La dissuader de consommer du tabac, trop de caféine et d'autres drogues durant la grossesse et la lactation, et les médicaments sans avis médicale.***
- Dépister les carences nutritionnelles particulières (par exemple en fer, en iode...).

### 2. Au cours de l'accouchement et en post-partum :

Il conviendrait de veiller particulièrement à la création d'un environnement accueillant et d'assurer aux mères un *confort physique et affectif* durant le travail et l'accouchement. ***Il conviendra de faciliter, dès la naissance, un contact étroit entre le nouveau-né et sa mère.***

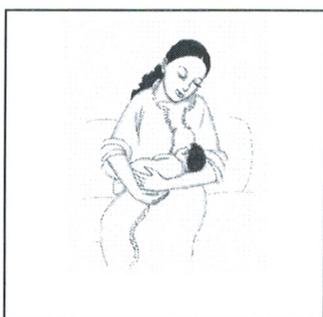
#### **Pour bien amorcer l'allaitement, il faut :**

- Garder le nouveau-né proche de sa mère 24 heures sur 24 même en cas de césarienne ;
- Procéder à la mise au sein dans l'heure qui suit ;
- Et surtout ne rien donner d'autre à l'enfant (aucun complément alimentaire).

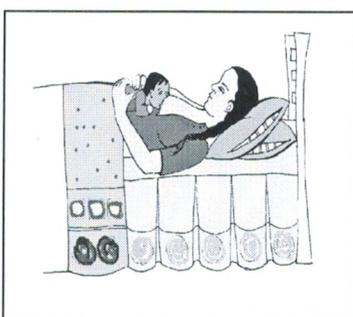
**1. Installer le nouveau-né dans la même chambre que sa mère 24 heures sur 24 et mieux encore dans le même lit à ses côtés ; le contact visuel et physique entre la mère et l'enfant favorise la montée laiteuse. La séparation mère-nouveau souvent encore pratiquée pour « le confort de la mère » notamment en cas de césarienne est une erreur monumentale et le premier facteur d'échec de l'allaitement maternel car elle entrave ou réduit la montée laiteuse.**

**2. Mettre le nouveau-né au sein dans la première heure qui suit la naissance ; cela permet de relancer la lactation et à l'enfant de profiter des bienfaits du colostrum.**

**3. Pour allaiter, la mère doit être conseillée sur la position la plus adaptée à sa situation et aussi veiller qu'elle soit confortablement assise.**



**Assise avec le dos bien soutenu**



**Couchée sur le dos : recommandée en cas de césarienne**



**Allongée sur le côté : pratique en cas d'épisiotomie**

**4. Ne rien donner d'autre au nourrisson : ni eau sucrée ni tisane ni tout autre aliment et ne pas recourir à la sucette ce qui peut perturber le réflexe de succion. En effet, cela entraîne une confusion et le rejet du sein. Les jus de fruits préconisés pour apporter des vitamines sont néfastes : les risques sont plus importants que les bénéfices.**

**5. Donner le sein à la demande jour et nuit au moins 8 fois par 24 heures. Laisser le nourrisson téter jusqu'à satiété. Les tétées nocturnes ont un rôle essentiel sur la sécrétion lactée en particulier durant les premiers mois de vie. Ne jamais opter pour des heures fixes en ce qui concerne les tétées.**

**6. Donner les deux seins soit au cours de la même tétée surtout au cours du premier mois, sinon alterner les deux seins (si on a donné le sein droit en premier lors de la tétée actuelle, commencer par le gauche lors de la prochaine).**

**7. En cas de travail de la mère, les tétées nocturnes, celles du matin tôt et du soir le plus tard possible, peuvent aider au maintien de la lactation.**

La mère peut extraire son lait avant son départ pour le donner ultérieurement à l'enfant dans la journée (voir illustration). Le lait se conserve bien à température ambiante (06 heures) et mieux encore au réfrigérateur (24 heures). **Il devra être**

*réchauffé au bain –marie et le remuer doucement avant de le donner à l'enfant au moyen d'un verre.*

**Comment aider le bébé à prendre correctement le sein :**

- Il doit d'abord être bien soutenu (voir plus bas).
- Faire en sorte qu'il ouvre grand sa bouche : effleurer sa bouche avec le mamelon, toujours pointé vers son palais, d'un coin à l'autre de sa bouche.
- Attendre que le bébé ouvre la bouche comme pour bâiller avant de lui donner le sein. Un bébé qui prend bien le sein doit couvrir plus d'aréole avec sa lèvre inférieure qu'avec sa lèvre supérieure.

*La bonne position du nourrisson au moment de la tétée conditionne la qualité de la prise du sein, de la succion, en absence de quoi, le risque d'apparition des gerçures est grand (le nourrisson prend juste le mamelon qui subit des traumatismes) ainsi que le risque d'engorgement des seins.*

**9.** Laisser le bébé téter jusqu'à ce qu'il lâche de lui-même le sein : certains enfants tètent en 5-10 minutes, d'autres en 30 minutes. La quantité de lait prise est la même chez les rapides et les lents. De même, le nouveau-né profitera du lait de fin de tétée, plus riche en lipides, ce qui donne la sensation de satiété.

**10. Hygiène des seins :** le lavage fréquent des seins avant et après chaque tétée n'est pas nécessaire. Cela assèche les mamelons et favorise l'apparition de crevasses. Par contre, il est recommandé à la fin de chaque tétée, de faire presser une goutte de lait et de l'appliquer sur le mamelon et l'aréole : cela a un effet antimicrobien et un effet protecteur en constituant un film lipidique (le lait de fin de tétée étant riche en lipides). Par ailleurs, il est souhaitable de prendre une douche une fois par jour. Il est recommandé de porter un soutien-gorge mais sans qu'il ne soit trop serré.

**10. Des aliments de complément avant l'âge de 6 mois, ne sont pas nécessaires et ils sont même dangereux excepté la supplémentation en vitamine D.** Le lait maternel à lui seul peut couvrir tous les besoins du nourrisson jusqu'à l'âge de 6 mois y compris *en fer et en vitamine C et en eau*. Trop souvent, des mères adoptent un allaitement mixte soit du fait qu'elles pensent que leur lait est insuffisant ou de mauvaise qualité soit du fait qu'elles vont reprendre le travail en dehors du foyer.

**11. A la fin du 6<sup>ème</sup> mois, introduire progressivement les aliments de complément, qui doivent être donnés à la cuillère et au verre. Il faut éviter d'utiliser le biberon**

## H-1 L'EXTRACTION DU LAIT DE MÈRE :

Toute mère allaitante doit être en mesure d'extraire son lait en cas de besoin ; pour cela, les prestataires de soins s'occupant de la santé des enfants doivent acquérir les compétences nécessaires pour initier les mères aux techniques d'extraction du lait.

Cette initiation doit être assurée de préférence dès le premier jour ou le 2ème jour suivant l'accouchement.

### a) Les indications de l'extraction du lait de mère :

L'extraction du lait de mère a un intérêt majeur dans plusieurs situations :

- ◀ L'engorgement mammaire.
- ◀ L'obstruction d'un canal galactophore.
- ◀ La mastite.
- ◀ L'alimentation du bébé dans le cas des mamelons ombiliqués en attendant de l'initier à la prise du sein.
- ◀ L'alimentation des bébés malades ou à très faible poids de naissance quand ils sont hospitalisés.
- ◀ En cas de maladie de la mère empêchant provisoirement l'allaitement, dans le but de préserver la production du lait.
- ◀ En cas d'éloignement de la mère de son bébé pour le travail ou pour une autre raison.
- ◀ Pour empêcher l'écoulement spontané du lait des seins quand la mère est éloignée de son bébé. (Voir chapitre Difficultés D'allaitement).

### b) Stimulation du réflexe ocytocique :

La stimulation du réflexe ocytocique est primordiale avant l'expression du lait ; pour cela :

- ◀ Aider la mère sur le plan psychologique à :
  - renforcer sa confiance en ses capacités.
  - supprimer tout facteur de gêne ou de douleur.
  - développer des pensées positives envers son bébé, parfois même en regardant sa photo.
- ◀ Sur le plan pratique, la mère doit s'installer dans un endroit calme ; lui conseiller :
  - la prise de boissons tièdes calmantes.
  - le réchauffement des seins par des compresses tièdes ou un bain tiède.
  - la stimulation des mamelons par un massage doux, avec également massage des seins.
  - le massage par une aide des zones para vertébrales en exerçant des pressions circulaires avec le pouce (fig.11)



**Figure 12 :** Stimulation du réflexe ocytocique  
Par massage des zones para vertébrales

### c) Techniques d'extraction du lait maternel

#### ◀ La méthode manuelle (fig. 12) :

C'est la meilleure technique d'extraction du lait puisqu'elle offre à la femme la possibilité d'extraire son lait à tout moment et où qu'elle soit, sans avoir recours à un instrument.

- Utiliser un récipient à large ouverture (verre ou bol)
- Laver le récipient à l'eau et au savon.
- Verser de l'eau bouillante dans le récipient et la garder pendant quelques minutes pour tuer la plupart des germes.
- Vider le récipient quand la mère est prête à l'expression de son lait
- Laver les mains.
- Se placer dans une position confortable.
- Rapprocher le récipient du sein.
- Placer le pouce au dessus de l'aréole et l'index en dessous de l'aréole en face du Pouce, en tenant la glande mammaire avec les autres doigts.
- Pousser un peu avec le pouce et l'index à l'intérieur, vers la paroi thoracique sans forcer afin d'éviter l'obstruction des canaux galactophores.
- Répéter les mêmes gestes en plaçant le pouce et l'index sur les autres côtés de l'aréole pour vider tous les réservoirs de lait.
- Eviter le glissement des doigts sur la peau.
- L'écoulement du lait peut ne pas se produire dès le début de l'opération, mais il finit par s'écouler au bout de quelques compressions.
- Cette opération peut durer entre 20 à 30 minutes ; elle ne doit pas être douloureuse ; dans le cas contraire, il s'agit d'une erreur de manipulation.
- La fréquence de l'extraction dépend de l'indication de cette manœuvre afin de maintenir la production lactée, à titre d'exemple, la mère doit extraire son lait selon le nombre de tétée réclamée par son bébé, ce qui correspond en général à une extraction toutes les 3 heures y compris la nuit.

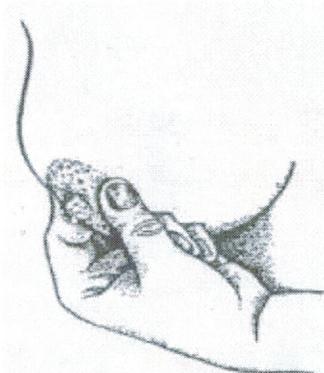
Figure 12 : Extraction manuelle du lait de mère



1 : emplacement des doigts



2 : compression douce  
Vers la paroi thoracique



3 : reprise des mêmes gestes  
des autres côtés de l'areole

◀ L'expression à l'aide d'un tire-lait :

Le tire-lait peut être manuel ou électrique. Le pavillon est ajusté sur l'aréole.

- au tout début, la mère exerce de petits mouvements saccadés pour conditionner un réflexe d'éjection.
- une fois le lait coulant librement, la mère devra utiliser de grands mouvements rythmés jusqu'à ce que le flot de lait diminue.
- ensuite, la mère répètera la même chose de l'autre côté et ainsi de suite.

**d) Conservation et utilisation du lait maternel exprimé :**

**Matériel**

Les récipients sont en plastique pour la conservation au réfrigérateur (adhésion des leucocytes au verre). Pour la conservation au congélateur, les récipients peuvent être en plastique ou en verre (leucocytes détruits **lors de la congélation**). On peut utiliser des boîtes hermétiques, des poches en plastique souple, des poches ou récipients à glaçon (pour congeler par petites quantités).

**Durée de conservation**

Température ambiante	Réfrigérateur (0 à 4°C)	Congélateur
Lait mature à 15°C : 24H	3 à 4 jours	Bac à glaçon : 2 semaines
Lait mature à 25°C : 4H		Congélateur séparé : 3 à 4 mois
		Congélateur **** (-18°C permanent) : 6 mois voire plus

Les durées de conservation ne sont pas cumulables (on ne peut pas garder 4 jours au réfrigérateur, du lait qui est resté 24H à température ambiante).

## **Comment congeler et décongeler**

Il vaut mieux congeler des petites quantités (60 à 120ml). On peut mélanger plusieurs recueils de lait exprimé à des moments différents de la journée, à condition de les laisser refroidir à la même température avant de les mélanger puis de les congeler. On trouve plusieurs systèmes vendus dans le commerce. Les sacs plastiques congélation peuvent être également utilisés.

Attention à tenir compte de la dilatation lors de la congélation

Technique du bac à glaçons : mettre à congeler le lait dans des récipients à glaçons, puis, quand ils sont faits, les démouler pour les transférer dans un sac plastique congélation et les replacer au congélateur. Cette méthode permet d'éviter le gaspillage. Il faut éviter de mettre ensemble des glaçons de lait provenant d'extractions couvrant une période de plus de 15 jours, car la composition du lait varie avec l'âge du bébé.

Pour décongeler : ne pas utiliser de four à micro-ondes qui détruit des éléments anti-infectieux présents dans le lait. Dégeler au réfrigérateur, au bain-marie ou sous un filet d'eau chaude. Un lait décongelé se conserve 24H au réfrigérateur.

Il faut rassurer les mères : le lait à la suite de la congélation peut prendre un aspect et un goût savonneux (lié à la transformation des graisses), et le lait se divise en 2 parties (lait et crème). Ceci n'est pas dangereux, et est le plus souvent bien accepté par le nourrisson.

## **H-2 L'HYGIENE DES SEINS :**

Une toilette corporelle quotidienne habituelle est suffisante. Le nettoyage fréquent des mamelons, surtout avec du savon, enlève la graisse naturelle sécrétée par les glandes de Montgomery situées au niveau de l'aréole. Par conséquent la peau s'assèche plus facilement et est plus exposée aux gerçures.

Par contre le séchage est primordial :

Les mamelons doivent être maintenus secs jusqu'à la tétée suivante, toute macération étant facteur de crevasse et/ou d'infection.

Conseiller à la mère de sécher les mamelons avec un tissu propre et de laisser une goutte de son lait sur les mamelons. Cela permet de les lubrifier et de prévenir les gerçures.

## CONSEILLER LES MÈRES :

### 1. Conseiller les mères sur les problèmes et difficultés

#### *Recommandations pour l'alimentation de la naissance à 6 mois*

**Allaiter au sein aussi souvent et aussi longtemps que l'enfant réclame, jour et nuit, au moins 8 fois par 24 heures.**



- Ne pas donner d'autres aliments ou liquides tels que l'eau, le lait, le jaune d'œuf, le miel, etc.
- **Seulement si l'enfant est âgé de plus de 4 mois et qu'il ne prend pas suffisamment de poids :**
  - **Ajouter des aliments de complément épais et enrichis** (énumérés dans la colonne 6 à 12 mois)

- Si le nouveau-né présente des problèmes de position, de prise de sein ou de succion, montrer la bonne position afin d'assurer une bonne prise de sein et une tétée efficace et conseiller à la mère d'allaiter le nouveau-né au sein aussi souvent et aussi longtemps que le nouveau-né le réclame, jour et nuit au moins 8 fois/24 heures.
- Si moins de 8 tétées par 24h, conseillé à la mère d'allaiter plus souvent.
- Si pas d'allaitement maternel :
  - Donner des conseils sur l'allaitement au sein pour relancer la sécrétion lactée.
  - Expliquer à la mère à préparer correctement le lait de substitution et à utiliser le verre.
- Si le nouveau-né reçoit d'autres aliments ou liquides, conseillé à la mère d'allaiter davantage, de réduire progressivement les autres aliments et liquides et d'utiliser un verre.
- Si utilisation du biberon, conseillé à la mère de remplacer le biberon par un verre.
- Revoir tout problème d'alimentation après 2 jours.
- Si le poids est faible pour l'âge revoir le nouveau-né après 7 jours.

#### **Pour nourrir un bébé au verre :**

- Le bébé est assis ou quasiment assis sur les genoux de

**- APPROCHER UN PETIT VERRE DES LÈVRES DU BÉBÉ.**

**LE VERRE DE FAÇON QUE LE LIQUIDE TOUCHE LÉGÈRE**

**LÈVRES DU BÉBÉ QUI OUVRE ALORS LA BOUCHE.**

- **Ne pas verser** le lait dans la bouche du bébé. Tenir le verre contre ses lèvres et le laisser prendre le lait lui-même.
- Quand le bébé a assez pris, il ferme la bouche et ne prend plus.
- Évaluer la quantité prise sur 24 heures et non pas seulement à l'instant.

de

### **Remarque :**

Un nouveau-né atteint de muguet peut avoir des difficultés pour prendre le sein.

- Expliquer à la mère comment le traiter à domicile à la Nystatine pendant 7 jours.
- Revoir après 2 jours.

## **2. Conseiller les mères en matière d'âge et des modalités de versification alimentaire**

### *Recommandations pour l'alimentation de 6 mois à 12 mois*

**Allaiter au sein aussi souvent et aussi longtemps que l'enfant réclame, jour et nuit.**



- et donner systématiquement des aliments de complément épais enrichis\*.
- **3 fois par jour, avec allaitement au sein ;**
- **5 fois par jour, si pas d'allaitement au sein.**

Donner avec une cuillère 120 ml à 180 ml (1/2 bol) de l'un des aliments de complément suivants :

- *Bouillie de semoule de blé épaisse et enrichie\**
- *Soupe de légumes variés à base de pomme de terre épaisse et enrichie\**
- *Purée de pomme de terre enrichie\**

### **\* RECOMMANDATIONS POUR ENRICHIR LES ALIMENTS DE COMPLÉMENT OU LES PLATS FAMILIAUX**

- *Une cuillère à café d'huile ou de beurre.*

**Et**

#### *L'un des autres aliments suivants :*

- Quatre cuillerées à café de lait en poudre ou 100 ml de lait frais (un verre à thé).
- Une portion de fromage à tartiner.
- Un jaune d'oeuf.
- un morceau de la taille d'une noix de viande, de foie, de poulet, de poisson.
- 1/2 verre de légumineuses cuites.

## **2. SUIVI DES PROBLEMES D'ALIMENTATION**

Revoir tout problèmes d'alimentation dans 2 jours s'il s'agit d'un nourrisson de moins de 2 mois et dans 7 jours si son âge est de 2 mois et plus.

## ➤ **PROBLÈME D'ALIMENTATION**

Après 2 jours :

Réévaluer l'alimentation.  
Réévaluer l'allaitement au sein (position,  
Prise du sein, succion)

}

Voir *Evaluer les problèmes d'alimentations ou d'insuffisance pondérale.*

Poser des questions sur les problèmes d'alimentation identifiés lors de la première visite.

□ Conseiller la mère sur tout problème d'alimentation nouveau ou persistant. Si vous conseillez à la mère d'apporter des changements sensibles à l'alimentation,

Lui conseiller de revenir pour une nouvelle visite de suivi après 2 jours.

**Exception :** Si aucune amélioration ne semble prévisible ; ou s'il a **perdu du poids** : Transférer le nouveau-né à l'hôpital.

Les règles de réussite de l'allaitement maternel sont :

- La préparation psychologique de la future mère et son bien-être notamment psychoaffectif.
- La mise au sein précoce durant la première heure qui suit la naissance.
- Le respect d'une bonne position et d'une bonne prise du sein au cours de la tétée.
- L'allaitement maternel à la demande jour et nuit.
- Ne donner aucun autre liquide ou aliment autre que le lait maternel et ce jusqu'à la fin du 6<sup>ème</sup> mois de la vie (allaitement maternel exclusif).
- Le soutien de l'entourage familiale mais aussi par les professionnels de santé.

### *i) Durée de l'allaitement :*

◀ La durée de l'allaitement maternel :

D'après les dernières recommandations de l'OMS, l'allaitement maternel est indiqué de la naissance jusqu'à l'âge de 2 ans. Il sera exclusif sans aucun autre aliment ni liquide durant les six premiers mois de la vie (même pas de l'eau en saison chaude) puisque le lait de mère est un aliment complet et couvre tous les besoins du bébé y compris en eau.

A partir de l'âge de 6 mois, des aliments de complément seront ajoutés progressivement tout en continuant l'allaitement au sein jusqu'à l'âge de 2 ans. Les règles suivantes doivent être respectées lors de la diversification alimentaire

◀ Les aliments sont au début semi solides pour atteindre progressivement une consistance assez ferme, celle du plat familial.

- ◀ La manipulation de ces aliments doit tenir compte des règles d'hygiène.
- ◀ Les aliments doivent être frais et faciles à digérer (éviter les pots du commerce).
- ◀ Les menus doivent être variés et équilibrés dans la journée.
- ◀ Les aliments doivent être donnés dans un plat individuel, en utilisant la cuillère et de manière active.
- ◀ Proscrire l'utilisation du biberon source d'infection, de problème de confusion tétine-mamelon et d'alimentation liquide donc hypocalorique.

**Autant il est essentiel d'indiquer un allaitement maternel exclu sif au cours des 6 premiers mois de la vie, autant il est primordial d'ajouter des aliments de complément à partir de l'âge de 6 mois tout en poursuivant l'allaitement maternel jusqu'à l'âge de 2ans.**

*j) Allaitement maternel et transit du bébé :*

Il arrive assez souvent que le bébé nourri exclusivement au sein ait une émission fréquente (jusqu'à 5-6 fois par jour), en pré ou post prandial, de selles liquides ou semi liquides, aigrettes et jaune d'or, liées à l'acidité créée par le facteur bifide du lait maternel. Il faudrait :

- ◀ S'assurer que la prise de poids est correcte
- ◀ Rassurer la mère quant au caractère bénin et transitoire de cette « diarrhée » qui ne doit en aucun cas faire interrompre l'allaitement maternel.

En général, vers 6 semaines de vie, le transit se ralentit et le bébé n'émet de selles qu'une ou 2 fois par 24 heures. Mais il arrive que le transit se ralentisse davantage avec émission d'une selle tous les 2 à 3 jours, voire plus. Dans ce cas, il faudrait :

- ◀ Rassurer la mère quand au caractère également bénin de cette « constipation » qui ne nécessite pas de traitement d'autant plus qu'elle ne s'accompagne d'aucune autre anomalie clinique telle que vomissements.
- ◀ L'informer que le supplément d'un autre aliment est inutile voir dangereux avant l'âge de 6 mois.
- ◀ La rassurer également quant au caractère transitoire de cette « constipation » qui disparaîtra avec la diversification du régime à l'âge de 6 mois.
- ◀ Insister auprès d'elle sur la nécessité de poursuivre l'allaitement maternel exclusif.

*k) Ictère au lait de mère :*

L'ictère au lait de mère représente une des étiologies des ictères du nouveau-né :

Il en existe deux types :

◀ L'ictère au lait de mère précoce : il apparaît vers le 2ème-3ème jour de vie ; il est lié aux difficultés de la pratique de l'allaitement maternel par insuffisance d'apport ; son traitement consiste à augmenter le nombre de tétées tout en prenant en charge ces difficultés. Il est important de rappeler que le colostrum facilite l'élimination digestive de la bilirubine et contribue ainsi à faire régresser l'ictère.

**Aider la mère à une mise au sein correcte le plus tôt et le plus fréquemment possible permet de prévenir l'ictère Précoce au lait de mère.**

◀ L'ictère au lait de mère tardif : il apparaît vers le 4ème-5ème jour de vie ; il est lié à une inhibition de la glucuroconjugaison de la bilirubine par un acide gras présent dans le lait maternel de certaines mères. La bilirubine ne dépasse jamais les 200 mg/ litre.

**L'ictère tardif au lait de mère peut persister plusieurs semaines et son évolution est toujours bénigne et ne Contre indique jamais l'allaitement maternel.**

## 2- ALIMENTATION DE LA FEMME ALLAITANTE

La production du lait est semblable dans différentes populations, quel que soit le niveau de vie et l'état nutritionnel des mères.

La valeur nutritionnelle du lait maternel n'est pas influencée par l'alimentation de la mère. Elle n'est touchée que dans les situations extrêmes de dénutrition. Le lait contiendra la quantité nécessaire en macro et micro nutriments et ce, même si l'alimentation de la mère en est déficiente car le corps ira chercher ce qui lui manque directement dans ses réserves.

Par contre, la teneur du lait en d'autres éléments nutritifs, comme certaines vitamines, est le reflet direct de l'alimentation maternelle. Si l'alimentation est régulièrement pauvre en vitamines, le lait maternel pourra être également affecté.

Au cours de l'allaitement l'organisme maternel a besoin de plus de calcium, de magnésium, de zinc, de folates et de vitamines D et B6.

## 2-1. Nutrition et allaitement :

Il existe de très nombreuses idées reçues en matière de nutrition chez la femme qui allaite par exemple :

- ◀ La mère qui allaite doit manger certains aliments et éviter d'autres comme les aliments qui donnent un goût au lait tels que oignon, ail, radis, choux-fleur,.....
- ◀ La mère qui allaite doit boire beaucoup.
- ◀ La mère qui allaite doit boire du lait pour pouvoir en produire.

Ces idées reçues sont à la base de règles alimentaires non documentées sur le plan scientifique qui peuvent même décourager certaines femmes d'allaiter.

**Le régime optimal pour la femme allaitante est tout simplement varié, équilibré et naturel. Chaque femme peut Choisir le régime qui lui est le plus adapté, en fonction de sa culture, son mode de vie, de ses préférences personnelles et des informations dont elle dispose.**

## 2-2. Besoins nutritionnels pour la lactation :

### *a) Besoins énergétiques :*

La production du lait représente un coût énergétique pour la mère. Le coût énergétique de la lactation est déterminé principalement par la quantité de lait produite qui dépend de la demande de l'enfant. Cette quantité décroît dès que des aliments sont donnés en supplément du lait maternel.

L'apport à la mère d'un supplément significatif en énergie au cours de l'allaitement n'a pas d'effet patent sur la production de lait, et l'expose au risque de l'obésité.

La valeur énergétique moyenne du lait de femme est de 67 kcal / 100 ml. Sachant que la production moyenne d'une femme allaitante est de 750 ml de lait par jour, la valeur énergétique du lait produit est de 502 kcal (750 ml x 67 kcal / 100 ml) ; le rendement énergétique de la production de lait est estimée à 80 - 85 % ce qui correspond à une augmentation des besoins d'environ 630 kcal/jour (502 x 1,25).

Ces besoins en énergie correspondant à l'allaitement peuvent être couverts en partie par une mobilisation des graisses accumulées lors de la grossesse.

La perte de poids est en fait très variable d'une femme à l'autre et est généralement limitée aux trois premiers mois de l'allaitement. Chez les femmes en bon état nutritionnel elle est en moyenne de 800g/mois (soit 27g/j).

Si on admet que cette perte a un équivalent énergétique de 9 kcal/g elle correspond à l'utilisation de 243 kcal/j.

Dans ces cas, les besoins en énergie sont réduits d'autant et correspondent à 387 kcal/j qui sont ajoutés aux besoins de la mère calculés selon son poids et son activité.

Les femmes qui ont peu de réserves de graisses peuvent avoir besoin de consommer plus de calories.

#### *b) Besoins en macro nutriments :*

◀ Glucides : Le lactose est le principal sucre du lait et son deuxième constituant majeur après l'eau, sa concentration est très stable et peu modifiée par le régime alimentaire ou le statut nutritionnel. Le besoin journalier est de 5g/kgp/j.

◀ Protéines : Les besoins en protéines pour la lactation sont les mêmes que pour la grossesse soit 60g/j. Des apports insuffisants en protéines n'ont cependant que peu ou pas d'impact sur la concentration en protéines du lait.

◀ Les lipides : La concentration en graisse est la variable la plus importante du lait : la concentration et la composition en graisse varient entre individus et sont influencées par l'état nutritionnel et le régime alimentaire.

Dans les situations où la malnutrition maternelle est courante la concentration en graisse du lait est en rapport avec le degré des réserves maternelles. Le régime alimentaire affecte de façon importante la composition en graisse. La nature des acides gras est ainsi très différente chez les mères selon leur consommation en graisses animales et leur provenance.

Les acides gras à chaîne courte sont généralement synthétisés par la glande mammaire, ceux à chaîne longue proviennent des adipocytes.

Chez les mères en équilibre nutritionnel, environ 30% des acides gras du lait proviennent de l'alimentation et 60% de la synthèse, par la glande mammaire et des réserves adipeuses. L'apport conseillé en lipide est de 1g/kgp/j.

*c) Besoins en micro nutriments :*

L'alimentation équilibrée et variée de la femme allaitante couvre les besoins en micro nutriments. Cependant, il est important de souligner l'intérêt de l'apport suffisant de :

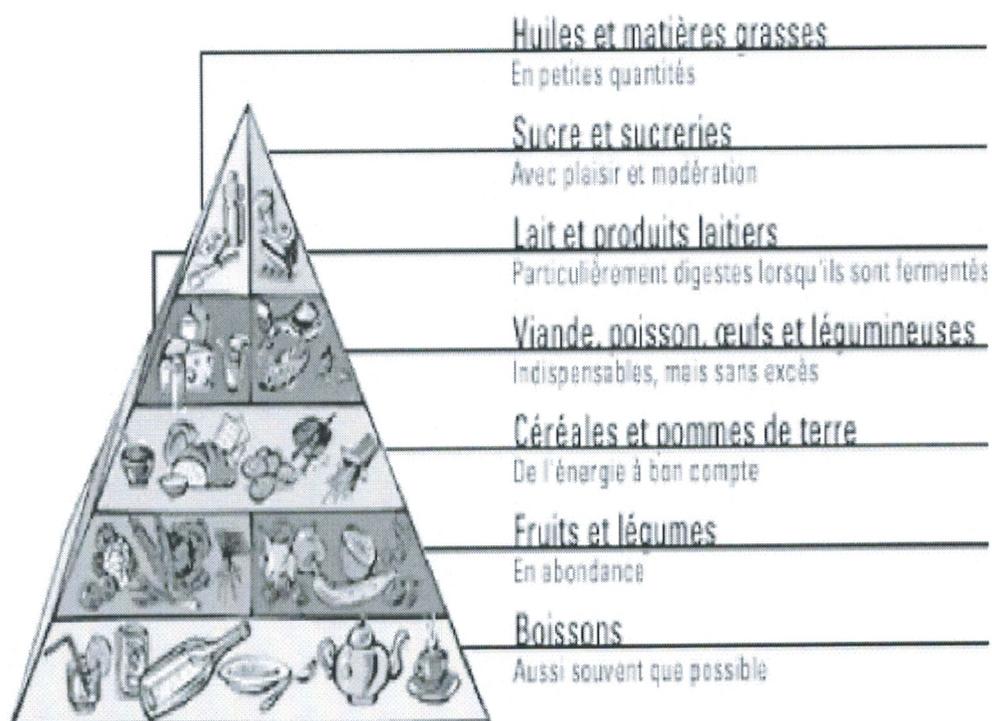
- ◀ Calcium : L'apport calcique est important à toutes les périodes de la vie particulièrement au cours de l'Allaitement Maternel car un apport insuffisant en calcium amène à puiser dans les réserves (ossature).
- ◀ Vitamines hydrosolubles : L'influence des apports maternels est généralement très nette pour les vitamines hydrosolubles (vit C, B1, B2, B6, B12) et des déficits chez l'enfant sont exceptionnels si les apports maternels sont satisfaisants.

Les besoins chiffrés sont résumés dans les tableaux 1 et 2 (voir annexes)

*d) Besoin hydrique :*

Il est conseillé d'encourager les mères qui allaitent à boire suffisamment pour éteindre la soif sans se forcer à boire.

La lactation est une fonction biologique prioritaire ; en cas de déperdition hydrique aiguë (diarrhée et vomissement), le volume de lait ne diminue qu'en cas de déshydratation importante (>10%).



*Tableau 1. Besoins journaliers de la femme allaitante en oligo-éléments*

Vitamines	Besoins
A	950 ER/j
D	15 µg/j
E	12 mg/j
K	45 µg/j
B1	1,8 mg/j
B2	1,8 mg/j
B3	15 mg/j
B5	10 mg/j
B6	2,5 mg/j
B8	50 µg/j
B9	400 µg/j
B12	2,4 µg/j

## **2-3- Femme allaitante et mode de vie :**

◀ **Consommation de caféine :** La consommation modérée de café ou de caféine (boissons riches en caféine) ne semble pas avoir de conséquences mesurables chez le nouveau né ; en raison du métabolisme lent de la caféine chez le nouveau né et du risque d'accumulation de doses actives de caféine, il est souhaitable que les quantités absorbées restent modérées ne dépassant pas les 300 mg/j = 2 tasses de café.

◀ **Consommation d'alcool :** Une consommation d'alcool, y compris celle de la bière, entrave la sécrétion de lait est dangereuse pour l'enfant (index de développement psychomoteur plus bas chez les enfants exposés à l'alcool par l'intermédiaire du lait maternel comparativement à ceux qui ne l'étaient pas).

◀ **Tabagisme :** Le tabac est nocif au nourrisson qui peut l'absorber de deux manières : via le lait maternel si la mère fume, et par la fumée de tabac respirée dans le milieu ambiant. Il faut inciter les mères qui allaitent ainsi que l'entourage proche (conjoint+++ ) à cesser de fumer

## **2-4 - Allaitement et jeûne :**

Le jeûne est une pratique courante chez les mères allaitantes musulmanes, et cela doit être pris en compte. Dans les populations de bon niveau socio-économique, la baisse de la sécrétion lactée que le jeûne pourra induire n'aura pas de conséquences trop importantes sur la santé infantile. Mais dans les populations économiquement défavorisées, une baisse de la lactation pourrait favoriser certaines carences.

La religion musulmane permet aux femmes enceintes et allaitantes de ne pas jeûner ; elles pourront jeûner à un autre moment lorsque les conditions sont différentes. Ramadan ne constitue pas un motif de sevrage. Cette souplesse des textes religieux doit être rappelée.

## **3- DIFFICULTES DE L'ALLAITEMENT MATERNEL :**

L'allaitement maternel crée habituellement entre la mère et son enfant une relation de sereine et paisible complicité.

Cependant, certaines situations rendent cet allaitement difficile et entravent même sa poursuite. Il s'agit le plus souvent de difficultés simples, faciles à résoudre moyennant de la patience et un savoir faire de la part du professionnel de santé.

Ces difficultés peuvent être liées soit à la mère, soit au bébé, soit à l'entourage.

### 3-1 Difficultés liées à la mère :

#### II Mamelons plats, courts ou ombiliqués :

Certaines femmes pensent que leurs mamelons sont trop courts pour allaiter. Mais la longueur du mamelon à l'état de repos n'a pas d'importance. Il suffit que le mamelon et l'aréole puissent s'étirer suffisamment pour former une "tétine" dans la bouche du bébé.

En général, les mamelons qui semblent courts ou plats, s'étirent ou s'allongent bien et ne posent aucun problème. Il arrive qu'ils soient difficiles à allonger mais, dans ce cas, ils se développent pendant la grossesse et même s'améliorent encore après l'accouchement, lorsque le bébé les tète et les étire.

Parfois, un mamelon se rétracte plus profondément dans le sein lorsqu'on essaie de le tirer. Il s'agit d'un mamelon rétracté, ou encore ombiliqué.

#### *Comment procéder dans ces cas là ?*

##### *Au cours de la grossesse :*

Il a été prouvé que les exercices quotidiens pour conférer au mamelon une plus grande extensibilité ne provoquent aucun effet sur le mamelon, mais au contraire ils peuvent entraîner des contractions utérines et peuvent être la cause d'un accouchement prématuré.

De même, le port de coques d'allaitement fait pointer en permanence le mamelon et peut occasionner une crevasse.

Au dernier mois de grossesse, procéder avec la femme à une préparation psychologique pour l'allaitement afin qu'elle mette son bébé au sein dans l'heure qui suit la naissance ; la rassurer que la bonne prise du sein par le bébé va permettre de développer les mamelons.

##### *Après l'accouchement :*

- Le soutien psychologique apporté à la mère par le personnel de santé et par l'entourage après l'accouchement est fondamental. L'encouragement à la persévérance à l'allaitement maternel l'aide à surmonter les difficultés des premières tétées. Expliquer à la mère que pour téter, le bébé prend une partie du sein et pas uniquement le mamelon.

- Par ailleurs lui conseiller d'étirer son mamelon juste avant la tétée.

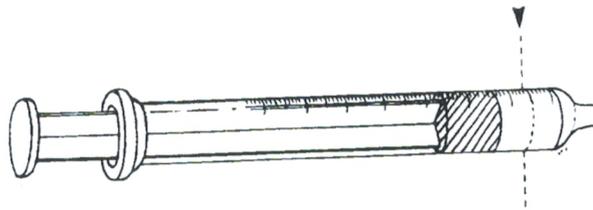
- Il faut vérifier que le bébé tète en bonne position et qu'il ait une bonne prise du sein.

Dès le premier jour :

- Il faut conseiller à la mère de varier les positions du bébé (position face à face en particulier) et d'accentuer le contact peau à peau.
- On peut aider la mère à étirer davantage le mamelon en utilisant le tire lait ou la méthode de la seringue (voir schéma).

**PREMIERE ETAPE**

Couper au rasoir le long de cette ligne.

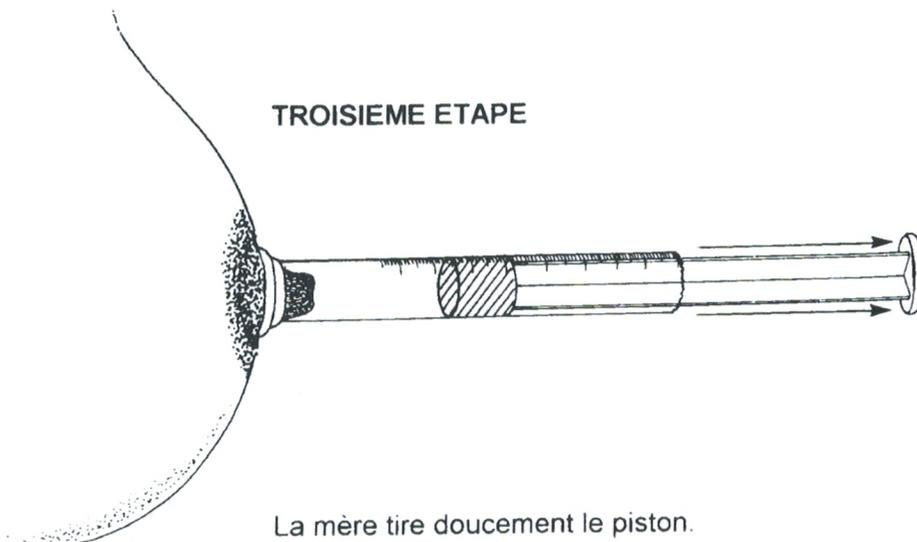


**DEUXIEME ETAPE**



Insérer le piston depuis l'extrémité tronquée.

**TROISIEME ETAPE**



La mère tire doucement le piston.

## II Mamelons longs :

Certains mamelons peuvent apparaître trop gros et on pense que l'allaitement sera plus facile dans ce cas ; ce qui n'est pas toujours évident car ils peuvent entraîner des difficultés au bébé qui va suçoter le mamelon.

### *Comment procéder dans ces cas là ?*

- Renforcer la confiance de la mère en ses capacités afin de pouvoir persévérer.
- Veiller à une bonne position et à une bonne prise du sein.
- Attendre que l'enfant ouvre bien grand la bouche tout en lui chatouillant les lèvres par le mamelon.

## II La crevasse :

La crevasse est une déchirure de la peau du mamelon. Elle évolue progressivement de la gerçure en surface du mamelon (douleurs à la mise au sein) à la fissuration, entamant l'épiderme (douleur pendant et après la tétée) puis l'érosion ou la crevasse proprement dite, plus profonde allant jusqu'au derme (extrêmement douloureuse, peut saigner).

La crevasse est causée par :

- Une position incorrecte du bébé au sein qui étire la peau de la zone aréolaire mammaire de façon traumatisante.
- Une confusion sein-tétine par l'utilisation du biberon ou la sucette entraînant une friction anormale entre le mamelon et la gencive, les lèvres ou le palais du nourrisson.
- Un mauvais éveil du bébé pendant la tétée
- Une aréole trop tendue par un engorgement
- Un nettoyage fréquent des mamelons avec de l'eau ou du savon qui entraîne un dessèchement et une macération de l'aréole.
- Une infection du mamelon par une mycose.
- Des manœuvres inadéquates faites par la maman comme un retrait brutal du mamelon de la bouche du bébé ou l'appui de son doigt sur l'aréole pour dégager le nez du bébé ce qui entraîne un étirement excessif de la peau.
- Exceptionnellement chez le bébé un frein de langue très prononcé.

### *Le traitement de la crevasse repose sur le traitement de la cause :*

- Un positionnement correct du nourrisson lors des tétées, une bonne prise du sein et une bonne succion. Quand le bébé est bien attaché au sein, la mère ne ressent plus de douleurs.
- Eviter d'interrompre la tétée ; attendre que le bébé lâche le sein de lui-même ; en cas de besoin, pour faciliter le retrait, la mère peut glisser l'index entre la base du mamelon et la bouche du bébé.
- Déconseiller à la mère le nettoyage des seins à l'eau et au savon ; une toilette quotidienne est suffisante.

- Déposer une goutte du lait de fin de tétée sur le mamelon et laisser sécher. Elle est riche en matière grasse. Le lait maternel est, en lui-même, un excellent désinfectant et favorisera la cicatrisation.
- L'utilisation de topiques, de protège-mamelon et de coupelle d'allaitement est inutile.

## II Les infections à candida du mamelon :

La persistance de la douleur malgré une prise correcte du sein doit faire évoquer une mycose. Le mamelon et l'aréole sont rouges et très douloureux pendant et entre les tétées avec le plus souvent un prurit intense ; chez l'enfant, on peut retrouver un muguet buccal concomitant.

*Le traitement consiste à donner un antifongique à la mère et à l'enfant :*

- Pour la mère on utilise : de la nystatine pommade à 100,000 UI/g : 4 applications par jour après les tétées ; continuer le traitement 7 jours après amélioration de l'état du mamelon. On peut prescrire un antalgique à la mère en cas de besoin.
- Pour le bébé on utilise : de la nystatine sirop à 100,000 UI/ml : Badigeonnage de la bouche du bébé 4 fois /jour après les tétées pendant 7 jours et jusqu'à la guérison complète de la mère.

Si la douleur est intense, on peut commencer à faire téter l'enfant du côté sain.

### b) Difficultés liées au sein :

## II L'engorgement mammaire :

Au moment de la montée laiteuse, les mères sentent que leurs seins sont chauds, durs et lourds. Cette sensation est due à ce que leurs seins sont remplis de lait et également à ce que la quantité de sang et de liquides contenue dans le tissu de soutien est augmentée. Une élévation de la température peut se voir pendant 24 heures. En faisant fréquemment téter le bébé, les seins devraient se vider. Si cela ne suffit pas, la mère peut extraire son lait.

Au bout de quelques jours, ses seins lui sembleront moins pleins et ils produiront tout autant de lait.

Parfois, le sein peut s'engorger. L'engorgement mammaire peut survenir plus tard au cours de l'allaitement. Le sein devient alors chaud et douloureux et la peau a une apparence brillante et tendue. Lorsque l'engorgement est important, la production de lait peut s'arrêter.

L'engorgement mammaire est causé par :

- un retard à la mise au sein
- une vidange insuffisante des seins causée par :

- Une maladie de l'enfant qui ne tète pas correctement (enfant enrhumé)
- Des tétées trop courtes et non fréquentes
- Une Mauvaise prise du sein
- Une mauvaise position
- Inhibition du réflexe d'éjection (seins douloureux, restriction des tétées).

*Le traitement de l'engorgement mammaire repose sur :*

- Les tétées précoces, sans restriction de leur fréquence ni de leur durée d'où l'intérêt d'aider la mère à garder son bébé à côté d'elle afin de lui faciliter l'allaitement à la demande.
- La bonne position du bébé
- La bonne prise du sein
- Si le bébé ne peut pas téter, aider la mère à extraire son lait soit manuellement, soit avec un tire lait soit en utilisant la méthode de la bouteille chaude (Figure 11).

Figure 11 : la méthode de la bouteille chaude



- L'application de compresses froides sur les seins, après les tétées permet de réduire l'œdème.
- Renforcer la confiance de la mère en ses capacités : lui expliquer que rapidement elle va pouvoir allaiter confortablement.
- certaines études ont montré que l'application de feuilles de choux froides sur le sein engorgé permet de faire régresser les symptômes en 24 heures. Mais on n'a pas pu trancher si l'amélioration est due au froid ou aux choux lui-même.

## II Obstruction d'un canal galactophore et inflammation mammaire (mastite)

### - *L'inflammation de la glande mammaire :*

Parfois, on peut confondre engorgement mammaire et inflammation du sein. En fait l'engorgement mammaire touche toute la glande et le plus souvent il est bilatéral ; alors que l'inflammation touche une partie de la glande et touche souvent un seul sein. Si l'engorgement mammaire ne s'améliore pas, il peut se compliquer d'inflammation.

L'inflammation peut compliquer soit un engorgement mammaire soit une obstruction d'un canal galactophore.

En cas d'inflammation mammaire, la mère se plaint de douleurs importantes, de fièvre avec gonflement d'une partie de la glande qui devient dure avec rougeur de la peau en regard.

### - *L'obstruction d'un canal galactophore :*

L'obstruction d'un canal galactophore est due à un caillot de lait se traduisant par une induration sensible à la palpation. Le lait ne peut plus s'écouler dans ce canal entraînant une stase en amont et une réaction inflammatoire ; ceci peut s'accompagner d'un érythème mais la femme n'a pas de fièvre. L'obstruction d'un canal galactophore et l'inflammation sont causées par :

◀ L'insuffisance de la vidange de tout ou d'une partie du sein pour les raisons suivantes

- ☞ Insuffisance du nombre des tétées.
- ☞ Inefficacité de la tétée.
- ☞ Compression du sein par un vêtement serré.
- ☞ Compression par les doigts au cours de la tétée
- ☞ Sein volumineux et insuffisamment vidé.

◀ La fatigue secondaire à la charge de travail de la mère conduit à une réduction du nombre et de la durée de la tétée.

◀ Un traumatisme de la glande mammaire entraîne une destruction tissulaire.

◀ La crevasse au niveau du mamelon permet la pénétration des germes.

***Le traitement consiste à chercher la cause de la mauvaise vidange du sein en :***

- S'assurant que la tétée est efficace.
- Cherchant s'il existe des zones d'appui causées par les vêtements ou par les doigts de la mère lors de la tétée.
- Dans le cas de seins volumineux, et si l'obstruction siège dans la partie inférieure, conseillé à la mère de soulever un peu plus son sein pendant la tétée afin de vider sa partie inférieure.
  
- Dans tous les cas il faut conseiller à la mère :
  - ☞ D'augmenter la fréquence et la durée des tétées.
  - ☞ Inviter la mère à se reposer davantage.
  - ☞ Masser doucement la zone enflammée vers le mamelon pour essayer de déboucher le canal.
  - ☞ Mettre des compresses tièdes sur les seins entre les tétées.
  - ☞ Donner du paracétamol afin d'atténuer les douleurs.
  
- Parfois il est important de conseiller la mère de :
  - ☞ Commencer à allaiter du côté sain pour ne pas inhiber le réflexe d'éjection au niveau du sein malade.
  - ☞ De varier les positions (face à face, allongée..) pour assurer une bonne vidange du sein.
  - ☞ Si la mère ne peut pas allaiter, elle doit extraire le lait de ses seins.

**En cas d'aggravation des symptômes, telle qu'apparition de  
fièvre qui dure plus que 24 heures malgré une bonne  
extraction du lait  
IL FAUT REFERER LA FEMME À UN SPECIALISTE.**

## II L'abcès du sein :

L'abcès du sein est la complication extrême des dysfonctionnements décrits précédemment : le canal galactophore obstrué non débouché rapidement ou une mastite non traitée.

Les signes sont aggravés :

- La femme est prostrée, en proie à une forte fièvre et des douleurs très importantes et épuisantes.
- Le sein atteint est très sensible et on y palpe une induration douloureuse ; c'est du pus collecté.
- Le traitement est du ressort du spécialiste ; il consiste en une incision

chirurgicale de l'abcès pour le drainer, associé à des antibiotiques adaptés et de longue durée, des antalgiques et du repos.

- L'allaitement doit être poursuivi du côté atteint si c'est possible, sans risque pour le bébé ; si les douleurs sont intenses ou si la mère ne veut pas allaiter du côté malade, lui indiquer d'extraire son lait et de reprendre l'allaitement dès la régression des douleurs, d'habitude en 2 ou 3 jours ; en même temps, la mère doit continuer à allaiter du côté sain.

- Une bonne prise en charge de l'inflammation mammaire (mastite) prévient la survenue de l'abcès du sein.

### **c) Le manque de lait :**

C'est une des raisons les plus fréquemment avancées par la mère, quand elle veut nourrir tôt son bébé avec du lait de vache ou une bouillie de céréales.

En fait, dans la plupart des cas, les mères ont assez de lait et il faudrait simplement les rassurer. Dans les autres cas, il s'agit en général, d'un problème suffisamment simple pour être résolu facilement.

Le plus souvent, les raisons qui font croire à la mère qu'elle n'a pas assez de lait sont les suivantes :

- Ses seins lui semblent vides ou ne donnent plus de lait.
- Son bébé pleure trop.
- Son bébé réclame beaucoup le sein.

#### ***Comment s'apercevoir si un bébé consomme assez de lait ?***

- Il tète au moins 8 fois par 24 heures.
- Le bébé tète activement et on l'entend avaler ou déglutir pendant environ 5 minutes cumulatives. Son rythme de tétée se ralentit à mesure que le lait s'écoule.
- Il est vif, a un bon tonus musculaire et une peau saine non plissée.
- Il mouille plus de six couches en 24 heures et son urine est diluée et de couleur pâle.
- Il fait 2 à 5 selles en 24 heures durant les 6 premières semaines de vie.
- La mère sent que ses seins sont tendus avant la tétée et plus mous après, mais toutes les femmes ne remarquent pas de changements notables.
- Le bébé est sage entre les tétées (toutefois des bébés bien nourris peuvent se montrer difficiles mais pour d'autres raisons et les mères croient qu'elles n'ont pas assez de lait).
- Il prend régulièrement du poids : un bébé bien nourri devrait prendre entre 500 et 1000 grammes par mois, soit au minimum 125 grammes par semaine. La courbe de croissance du bébé suit "le chemin de santé", il prend du poids de façon satisfaisante, donc il y a assez de lait.

*Si la mère ne produit pas assez de lait :*

*Il s'agit peut être de l'un des problèmes suivants liés au bébé ou à la mère :*

- D'autres aliments et boissons sont donnés au bébé, ce qui diminue son appétit et le temps qu'il passe à téter.
- Le bébé présente une confusion sein/tétine car il était nourri au biberon ou avait une tétine ou une sucette.
- Les tétées ne sont pas assez fréquentes.
- Les tétées de nuit ont été arrêtées trop tôt (la sécrétion de prolactine est plus forte la nuit).
- Les tétées ne durent pas assez longtemps. Un mauvais écoulement du lait provoque l'accumulation du lait ce qui incite le sein à arrêter sa production.
- Le bébé n'a pas une bonne prise du sein et tête en mauvaise position.
- La mère manque de confiance dans sa capacité à allaiter son bébé au sein et son réflexe d'éjection est insuffisant ou inhibé.
- La mère prend une pilule contraceptive contenant des œstrogènes qui affecte la production du lait.
- La malnutrition maternelle n'affecte pas la production du lait sauf en cas de famine.
- Il est possible que la mère n'ait pas assez de tissu mammaire fonctionnel (cas très rare).

**Un bébé qui pousse bien est un bébé qui prend assez de lait**

*Comment augmenter la production du lait ?*

Quelle que soit la raison pour laquelle la mère ne produit pas assez de lait l'approche du traitement reste la même :

- Aider la mère à reprendre confiance en elle et la rassurer en lui disant que sa production de lait va à nouveau augmenter en allaitant davantage.
- Encourager la mère à se reposer davantage et à se décontracter quand elle allaite son enfant.
- Conseiller à la mère de manger et de boire selon son appétit et sa soif.
- Recommander à la mère de garder son bébé près d'elle et de s'en occuper elle-même le plus possible.
- Eviter les biberons, les tétines et les sucettes.
- S'assurer que le bébé tète en position correcte et qu'il a une bonne prise du sein.
- Dire à la mère d'allaiter fréquemment le bébé, à chaque fois qu'il le réclame, jour et nuit, augmenter la durée de la tétée de chaque sein.
- Ne donner aucun autre aliment au bébé qui puisse lui couper l'appétit de téter et donc la force de succer. Ceci diminuera le lait du sein.

### **3-2 Difficultés liées au bébé :**

#### **a) pleurs du bébé :**

Un bébé pleure trop lorsque quelque chose ne va pas. Pleurer est sa seule façon de demander du secours. S'il est mouillé ou s'il a faim, sa mère sait normalement ce qu'il faut faire. Mais certains bébés pleurent même s'ils ne sont pas mouillés ou n'ont pas faim. La mère pense alors que son lait n'est pas suffisant ou n'est pas bon.

#### **Le bébé pleure parce qu'il est malade :**

Si un bébé est malade, sa façon de pleurer change. Un bébé qui pleurait habituellement peu, se met subitement à pleurer beaucoup, surtout s'il a mal (ex : otite). Dans ce cas, il faut l'examiner soigneusement ou le faire faire par un médecin.

#### **Le bébé pleure parce qu'il n'a pas pris assez de lait :**

Un bébé qui n'a pas pris assez de lait pendant la tétée et qui, par conséquent a faim, peut très bien apparaître à la fin de la tétée satisfait et s'endormir aussitôt. Mais ce n'est qu'une apparence : au bout d'une heure, le bébé se réveille et réclame à nouveau le sein car il a faim. Dans ce cas il faudrait :

- peser le bébé pour voir si sa courbe de croissance est satisfaisante.
- voir les raisons pour lesquelles la production de lait est insuffisante (cf. chapitre précédent).

#### **Le bébé pleure parce qu'il a des coliques :**

En réalité, il n'y a pas de causes évidentes à ces pleurs qui surviennent à des heures précises, particulièrement le soir il faudrait :

- Peser le bébé et s'assurer que sa prise de poids est correcte.
- Conseiller la mère de prolonger les tétées au-delà de 10 minutes.
- Aider la mère à comprendre que son bébé n'est pas malade, et lui expliquer qu'il arrêtera de pleurer vers l'âge de 3 mois.
- Conseiller à la mère de ne pas gaspiller son argent dans des médicaments ou des solutions calmantes.
- Expliquer à la mère que son lait n'a rien d'anormal et qu'elle ne devrait pas arrêter l'allaitement. Le bébé n'a pas besoin de supplément de lait ni d'aliments solides.

Parfois le lait de vache ne fait qu'aggraver les coliques.

- La rassurer que les bébés qui souffrent de coliques poussent normalement.
- Expliquer à la mère certaines positions pour le bébé permettant de soulager l'aérocolie.

### Au cas où une mère consomme du lait de vache :

Certaines protéines du lait de vache peuvent passer dans le lait de mère et provoquer chez le bébé des épisodes de coliques. Pour vérifier si c'est la véritable cause des coliques du bébé, il faut demander à la mère de ne plus consommer de lait de vache ni ses dérivés pendant 2 semaines :

- si le bébé ne pleure plus, le lait de vache n'était réellement la cause des coliques. Il faut donc que la mère évite de le consommer, tout dépend de la sévérité de la réaction.

- Si le bébé continue à pleurer, le lait de vache n'est pas la cause des coliques. La mère peut en consommer.

### Les bébés qui pleurent plus que d'autres :

Certains bébés pleurent plus que d'autres sans aucune raison apparente. C'est, semble-t-il, leur caractère. Ils ont plus besoin d'affection. Ils aiment être portés et réconfortés. Ils aiment téter par plaisir mais n'ont pas vraiment besoin de lait. La mère saura très vite distinguer les cris de la faim des autres cris.

De plus, il faut :

- Peser le bébé afin de s'assurer qu'il prend correctement du poids.
- S'assurer que le bébé fait 2 à 5 selles par 24 heures durant les 6 premières semaines de vie.
- Expliquer à la mère qu'il n'y a rien d'anormal chez le bébé.
- Conseiller à la mère de ne rien donner à son bébé : ni supplément, ni céréales avant l'âge de 6 mois car il risque d'avoir des problèmes (intolérance, infection...).
- Dire à la mère qu'elle devrait essayer de prendre son bébé dans ses bras, de le réconforter, de le mettre au sein plus souvent et de ne pas limiter la durée de la tétée.

### b) les bébés qui dorment beaucoup :

Normalement, le bébé se réveille toutes les 3 à 4 heures et va réclamer le sein. Mais il arrive qu'un bébé ne se réveille pas dans les délais cités. Que faire ?

- ◀ s'assurer que le bébé est bien portant notamment sur le plan neurologique. Le faire examiner par un médecin et éventuellement par un spécialiste.
- ◀ Vérifier que sa croissance est satisfaisante.
- ◀ Conseiller la mère de ne réveiller son enfant pour lui donner le sein que s'il ne se réveille pas spontanément au bout d'un intervalle de 3 heures.
- ◀ Rassurer la mère quant au caractère transitoire de ce comportement.
- ◀ Déterminer la quantité de lait prise par le bébé en observant le nombre de selles (2 à 5 par 24 heures) et le nombre de couches mouillées (6 par 24 heures).

## 4- SITUATIONS PARTICULIERES

### 4-1- Allaitement Maternel et contraception :

L'effet contraceptif de l'allaitement maternel a fait l'objet de nombreuses études. La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) repose sur la physiologie de l'allaitement maternel : L'élévation de la prolactine au cours de la lactation bloque le fonctionnement gonadotrope normal et empêche le retour des ovulations. Le nombre des tétées par 24H (et leur régularité, surtout nocturne) ainsi que le caractère exclusif de l'allaitement sont les principaux facteurs de stimulation de la prolactine et donc du blocage des ovulations.

Cette méthode (MAMA) est destinée à la nouvelle parturiente. Elle requiert l'observation de trois critères :

1. la femme est en aménorrhée : elle n'a pas eu de retour des règles depuis l'accouchement.
2. Elle allaite complètement son enfant, qui ne reçoit pas d'autres nourritures, à raison de six tétées par jour au moins.
3. L'accouchement a eu lieu il y a moins de 6 mois.

Si ces trois critères sont respectés, le risque de grossesse (Indice de Pearl) est de l'ordre de 2 % pendant les trois premiers mois.

Si toutefois pour une raison ou une autre ces critères n'ont pas été observés et que l'on veut se protéger contre une éventuelle grossesse, les femmes allaitantes devraient suivre une méthode contraceptive.

Différents choix peuvent être proposés :

◀ La contraception orale utilisant des progestatifs microdosés a l'avantage de ne pas interférer sur la lactation contrairement aux oestrogènes qui peuvent la diminuer. La quantité de progestatif qui passe dans le lait est infime. Selon la littérature actuelle, dont les études sur d'autres méthodes progestatives, il est peu probable qu'il existe un effet significatif sur la croissance des nourrissons allaités dont les mères prennent une telle contraception

◀ Les dispositifs intra-utérins (DIU) : cette méthode paraît particulièrement appropriée ici mais ne doit pas contenir d'hormone. Contrairement à une idée encore couramment répandue, un DIU peut être placé avant le retour de couches.

◀ Les spermicides et les préservatifs masculins n'interfèrent pas avec la lactation et peuvent bien entendu être utilisés.

### 4-2- Allaitement Maternel et grossesse :

**Une nouvelle grossesse ne nécessite pas le sevrage du bébé  
allaité !**

Pour une grossesse normale, allaiter ne présente pas de risques pour le fœtus et pour la mère.

LE LAIT EST «TOUJOURS BON», MEME S'IL DISPARAIT PEU A PEU POUR ETRE REMPLACÉ PAR DU COLOSTRUM, en général pendant le second trimestre de la grossesse. Cela peut décourager certains enfants et les amener à se sevrer, mais des tas d'autres continuent allègrement à téter.

Pour la mère, une plus grande sensibilité des seins et des mamelons est possible mais pas obligatoire ; certaines mères peuvent éprouver des sentiments négatifs pendant les tétées.

Si l'arrêt de l'allaitement est décidé par la mère ou le médecin pour une raison ou une autre, le sevrage doit être progressif

#### **4-3- Allaitement Maternel et césarienne :**

Allaiter après une césarienne, c'est rencontrer potentiellement les mêmes joies et les mêmes difficultés d'allaitement qu'après n'importe quel type d'accouchement.

Après une césarienne la mère est confrontée à une plus grande fatigue, à une plus grande dépendance vis-à-vis de son entourage à cause des suites opératoires et de la douleur, qui la gênent pour s'occuper de son bébé de façon autonome. Cette maman est aussi confrontée à de plus grands bouleversements émotionnels.

L'allaitement maternel peut commencer immédiatement après la naissance si la mère a été césarisée sous épidurale, et aussitôt qu'elle se sent bien si elle a subi une anesthésie générale, en sachant que les anesthésiques ont une demi vie courte et ne contre indique pas l'allaitement.

Une position souvent utilisée au départ est la position latérale : la mère est allongée sur le côté le bébé également sur le côté face à elle.

Toute femme enceinte doit s'informer à l'avance sur les réalités de la césarienne, sur les difficultés prévisibles du démarrage de l'allaitement dans ce contexte et sur les solutions à ces difficultés, et trouver un soutien compétent qui pourra aider à la réussite du projet d'allaitement.

- Allaiter immédiatement après une césarienne c'est possible**
- La position « face à face » peut convenir**
- Importance du soutien psychologique de l'entourage**

#### 4-4- Allaitement maternel et maladies transmissibles

##### a) Allaitement Maternel et infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) :

Il est formellement établi que le VIH peut être transmis par le lait maternel, même en cas de thérapie anti-rétrovirale concomitante. Parmi les enfants infectés par le VIH à travers le monde, 30 à 35% ont été contaminés par le lait maternel (UNAIDS/ UNICEF/WHO, 1998). Seul l'arrêt de l'allaitement permet de prévenir de façon certaine la transmission du VIH de la mère vers l'enfant après l'accouchement.

##### b) Allaitement Maternel et hépatites

← Hépatite B : Le portage du virus de l'hépatite B par la mère n'est pas une contre indication à l'allaitement maternel, même en cas de répllication virale active (présence de l'antigène HBs et d'ADN viral circulant), sous réserve que la séro-prophylaxie et la première injection vaccinale soient réalisées dès les premières heures.

← Hépatite C : Il n'existe pas de vaccination contre le virus de l'hépatite C. 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 (Bernard, 2001).

Les deux dernières conférences de consensus américaine et européenne, et les recommandations de l'ANAES de 2002 ne contre-indiquent pas l'allaitement maternel lorsque la mère est porteuse du virus de l'hépatite C.

← Hépatite A : Une hépatite A maternelle pendant le 3ème trimestre de la grossesse ou au cours de l'allaitement n'est pas une contre-indication à la poursuite de celui-ci.

La vaccination contre l'hépatite A et l'injection de gamma globuline non spécifique sont efficaces dans 80 à 90% des cas si elles sont réalisées moins de huit jours après le contagé.

Il n'existe pas d'argument décisif pour contre-indiquer l'allaitement maternel en cas d'hépatite A en fin de grossesse ou pendant l'allaitement.

##### c) Allaitement Maternel et tuberculose :

L'association tuberculose et grossesse demeure une éventualité rare, de pronostic favorable quand le traitement est adéquat. Après la naissance, le nouveau-né est exposé au risque d'infection tuberculeuse post natale qui pose le problème des mesures prophylactiques à la naissance. La tuberculose acquise du nourrisson reste une maladie grave en raison du risque d'atteinte méningée. L'attitude vis à vis du nouveau-né varie en fonction du stade de la maladie

maternelle et de la qualité des traitements reçus pendant la grossesse.

Le tableau ci-dessous résume les principales modalités. Ces diverses attitudes schématiques sont à moduler en fonction de nombreux paramètres : stade de la maladie tuberculeuse de la mère, contagiosité, modalités du traitement et qualité de son observance, possibilité de tuberculose dans l'entourage de la mère, milieu Socio-économique et possibilité d'un allaitement artificiel sans risque pour le nouveau-né.

Chez la femme traitée par les antituberculeux, la quantité de médicament qui passe dans le lait est de l'ordre de 2 à 6% pour l'isoniazide et entre 1 et 11% pour les autres antituberculeux. Si l'enfant doit être traité, les concentrations obtenues dans le lait ne permettent pas de le dispenser d'un traitement.

	Tuberculose maternelle évolutive découverte en fin de grossesse	Tuberculose maternelle en cours de traitement	Tuberculose ancienne traitée
<b>Risque tuberculeux pour l'enfant</b>	Très élevé	Elevé par contamination familiale ou mère encore contagieuse	Faible
<b>Examens complémentaires chez le nouveau-né à la</b>	Recherche de BK : Placenta, liquide amniotique, estomac, liquide céphalo-rachidien.  Radiographie de thorax	Recherche de BK : placenta, liquide amniotique.	
<b>Séparation mère enfant</b>	Souhaitable si allaitement artificiel sans ris-	Peut être évitée si la mère est traitée	Inutile
<b>Chimiothérapie chez l'enfant</b>	Oui : bithérapie pendant quatre mois, même en l'absence de signes cliniques	Oui : si traitement de moins de deux mois ou mal pris. Bithérapie : isoniazide-rifampicine	Pas de chimiothérapie
<b>BCG</b>	Au décours du traitement antibiotique après contrôle de l'intradermo-réaction.	Au décours du traitement antibiotique ou à la naissance	A la naissance

#### 4-5- Allaitement Maternel et médicaments :

Chez un certain nombre de femmes, un médicament s'avère nécessaire à un moment pendant la période d'allaitement.

La question qui se pose est le risque d'effets indésirables chez l'enfant nourri au sein, et l'influence du médicament sur l'allaitement.

La plupart des médicaments aux doses thérapeutiques peuvent être utilisés sans problèmes pendant une courte période au cours de la période d'allaitement.

Il faut cependant toujours être attentif à l'apparition éventuelle d'effets indésirables chez l'enfant.

Dans la plupart des cas l'arrêt de l'allaitement au sein présente plus de danger que la prise du médicament.

La plupart des médicaments sont compatibles avec l'allaitement si :

◀ Ils sont couramment prescrits à des nourrissons. La quantité présente dans le lait maternel sera très inférieure à celle que recevrait le bébé s'il était lui-même traité.

◀ Ils sont jugés utilisables pendant la grossesse. Ce n'est toutefois pas toujours vrai, puisque pendant la grossesse, le foie et les reins de la mère peuvent éliminer le médicament pour le fœtus. Il est théoriquement possible (mais probablement rare) qu'une accumulation du médicament se produise pendant l'allaitement alors que ce ne serait pas le cas pendant la grossesse.

◀ Ils ne sont pas absorbés dans l'estomac ou l'intestin. C'est le cas de nombreux médicaments injectés, comme la gentamicine (et les autres antibiotiques de la même famille), l'héparine et l'interféron, les anesthésiques locaux, l'ompérazole.

◀ Ils ne sont pas excrétés dans le lait. Certaines molécules sont tout simplement trop volumineuses pour cela : héparine, interféron, insuline.

Il ne faut pas oublier les interactions médicamenteuses entre les traitements que l'enfant reçoit par le lait et ceux qu'on lui administre directement ainsi que les médicaments utilisés localement sur le sein.

### *Comment diminuer les effets des médicaments sur l'allaitement maternel ?*

◀ Prescrire très peu chez la femme allaitante et éviter les associations médicamenteuses.

◀ Il est préférable d'allaiter juste avant la prise de médicament.

◀ Si un médicament contre indiqué doit être pris, arrêter provisoirement l'allaitement et le reprendre plus tard. Aider la mère à maintenir la lactation par l'expression fréquente du lait à la main.

◀ Éviter l'emploi de sédatifs pendant le travail et l'accouchement, ils peuvent provoquer un état de somnolence et de léthargie chez les nouveaux-nés.

◀ Mettre en garde la mère contre :

- Les excitants à forte dose (café, thé)
- L'automédication
- Les produits à usage local sur le sein.
- L'alcool
- Le tabagisme

◀ Le chapitre allaitement et automédication représente un schéma du circuit d'un médicament de la mère à l'enfant via le lait maternel et des facteurs qui l'influencent et rapportent une liste de médicaments qui ne comprend que les produits les plus couramment utilisés.

4-6- Allaitement Maternel et mère malade :

◀ Il arrive souvent qu'une mère, quand elle tombe malade, arrête d'allaiter son bébé plus ou moins longtemps. Cependant, rares sont les maladies qui demandent un arrêt de l'allaitement maternel ou dont le traitement impose un arrêt transitoire de l'allaitement. En dehors de ces situations rares, il convient de rassurer la mère et de lui dire qu'elle peut continuer d'allaiter son bébé au sein, même pendant la maladie.

◀ Il arrive que la mère soit hospitalisée :

- Dans la situation idéale, le bébé reste avec sa mère et continue à être allaité au sein.
- Si la mère doit être séparée de son bébé, elle peut extraire son lait pendant environ 15 à 20 minutes, au moins 7 fois par jour pour maintenir la production de lait et prévenir l'engorgement.
- Encourager la mère à remettre son bébé au sein le plus tôt possible. Ainsi, elle produira à nouveau du lait.

**4-7- Allaitement Maternel et bébé malade :**

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 ; 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.

Il faut éviter au maximum la séparation mère enfant, encourager les visites maternelles quotidiennes lorsqu'une hospitalisation mère enfant n'est pas possible. Des études récentes démontrent que le lait maternel extrait peut rester à la température ambiante pendant environ 4 à 6 heures.

#### 4-8- Allaitement Maternel et bébé porteur d'une fente labio-palatine :

Une mère dont l'enfant naît avec une fente labio-palatine a un grand besoin de soutien et d'encouragement. La fente labiale peut être corrigée dès l'âge de 3 mois, par contre la fente palatine ne peut être réparée avant l'âge de un an. En attendant, le problème est d'alimenter le bébé de façon à ce qu'il prenne du poids et soit suffisamment solide pour subir l'intervention chirurgicale.

◀ Un bébé, même avec un cas extrême de fente labio-palatine peut téter. Comme les bébés ayant des fentes risquent de contracter des infections de l'oreille moyenne et des voies respiratoires, le lait maternel est particulièrement important pour eux.

◀ Tenir le bébé de telle sorte que son nez et sa gorge se trouvent plus haut que le sein. Cela empêchera le lait de couler dans la cavité nasale si le bébé a un réflexe de succion déglutition coordonné et mature.

◀ La mère peut utiliser son sein ou son doigt pour boucher la fente.

◀ Parfois une plaque spéciale (obturateur) peut être utilisée pendant les tétées pour boucher une fente du palais dur.

◀ Les tétées vont probablement être longues. Encourager la mère à être patiente du fait que le bébé se fatigue vite et a besoin de se reposer.

◀ Si nécessaire, la mère peut extraire son lait et le donner au bébé à la tasse ou à la petite cuillère.

L'alimentation doit se faire en position verticale pour faciliter la déglutition et diminuer le risque d'inondation des fosses nasales.

En général, les mères ont assez de lait pour nourrir leurs jumeaux. Le vrai problème tient en réalité à la difficulté de s'occuper des deux bébés en même temps. Elles ont besoin d'être conseillées sur la meilleure méthode pour y parvenir. Il y a des mères qui allaitent les deux jumeaux en même temps, d'autres un jumeau d'abord puis l'autre.

Les mères ont besoin d'encouragement et de soutien pour se sentir suffisamment fortes pour allaiter les deux enfants. Pour cela, il faudrait :

◀ Rassurer la mère en lui disant qu'elle produit suffisamment de lait pour ses deux jumeaux. Lui rappeler aussi que plus les bébés tètent, plus elle produit de lait.

◀ L'aider à trouver la meilleure position pour allaiter. On évitera les premiers jours, de les faire téter en même temps pour s'assurer de bien les placer et de pouvoir sur veiller la prise du sein. Par la suite lorsque la mère et les bébés sont habitués l'un à l'autre, on pourra les allaiter ensemble. On peut alors suggérer à la mère de les tenir de manière à ce que leurs corps et leurs jambes soient placés au dessus de ses bras. Cependant, si la mère ressent de la douleur au mamelon durant la tétée ou de l'inconfort ou si un ou les deux bébés ont de la difficulté à

prendre le sein, il est préférable de les allaiter séparément jusqu'à ce que ces problèmes soient résolus.

◀ Expliquer au mari la nécessité pour sa femme de se faire aider, et voir avec lui de quelle manière il peut participer à cette aide.

#### **4-9- Allaitement maternel et nouveau-né prématuré et/ou de faible poids de naissance (FPN) :**

Un nouveau-né prématuré est le plus souvent un nouveau-né de faible poids de naissance. On sait par ailleurs que le lait d'une mère ayant accouché prématurément est différent de celui d'une mère qui a accouché à terme. Il est en particulier plus riche en protéines et c'est précisément ce dont a besoin ce bébé prématuré. Ainsi, il est très important de nourrir le bébé avec le lait de sa propre mère pour accélérer sa croissance et le faire profiter de ses avantages.

D'un autre côté, il est important que le nouveau-né prématuré commence à téter au sein de sa mère dès que cela est possible sans avoir besoin d'apprendre à sucer la tétine du biberon qui demande un tout autre mécanisme de succion. Cependant, un bébé dont le poids est inférieur ou égal à 1800gr n'est pas en général capable de téter assez fort pour se nourrir complètement. Pour cela, la mère devrait extraire le lait de ses seins dès que possible après l'accouchement et continuer à le faire à chacun des repas de l'enfant, soit huit fois par jour (environ toute les trois heures) afin d'entretenir la production du lait. Le lait ainsi extrait sera donné de deux façons selon le poids de l'enfant :

◀ Si le bébé pèse moins de 1600 gr, le lait sera donné par gavage à travers une sonde gastrique.

◀ Si le bébé pèse plus de 1600 gr, il faudrait essayer de le faire boire à la tasse ou à la petite cuillère.

En général ces bébés ont le pouvoir de sucer ; pour cela il faudrait leur donner le sein afin d'augmenter progressivement chez eux le pouvoir de téter.

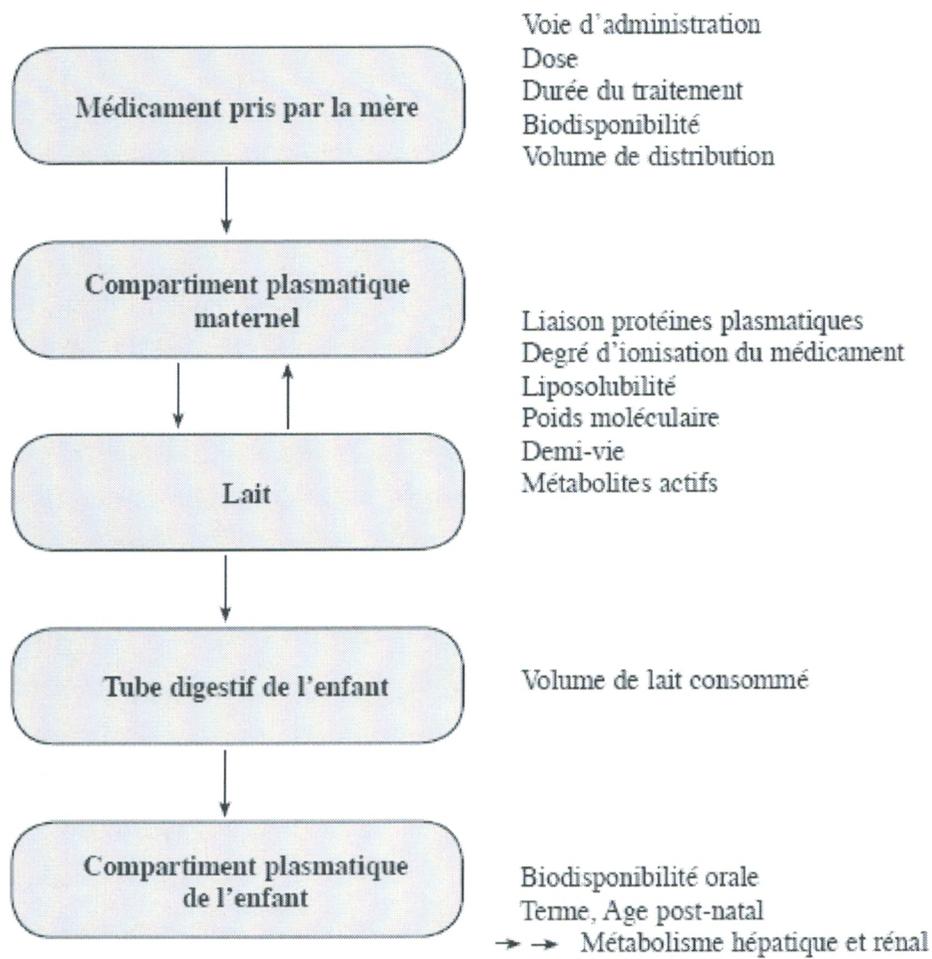
En réalité, ces règles ne sont pas rigides puisque certains très petits bébés arrivent très bien à téter, tandis que d'autres plus gros, n'y arrivent pas.

Le bébé de faible poids de naissance peut avoir besoin de se reposer après quelques suctions. La mère devrait le laisser se reposer sur ses seins pour reprendre la tétée plus tard. Après que le bébé ait fini de téter, la mère devrait extraire son lait et le donner au bébé à la tasse ou à la petite cuillère.

Un bébé prématuré et/ou de FPN prend facilement froid et n'a pas ainsi une bonne croissance car il utilise toute l'énergie fournie par ses aliments dans la lutte contre le froid. Il faut expliquer à la mère que l'allaitement maternel contribue au maintien de la température corporelle du bébé.

#### 4-10- Allaitement maternel et automédication :

Représentation schématique du circuit d'un médicament de la mère à l'enfant via le lait maternel et des facteurs qui l'influencent



<b>MEDICAMENTS POUR LA MERE ALLAITANTE</b>
<b>L'ALLAITEMENT MATERNEL EST CONTRE-INDIQUE</b>
<p>Anti-mitotiques (anti-cancéreux)  Substances radioactives (interrompre temporairement l'allaitement) +  Sulfamides Hypoglycémiants</p>
<b>L'ALLAITEMENT DEVRAIT ETRE POURSUIVI</b>
<p><b>Toxicité possible</b> ; surveiller l'état d'éveil du bébé, son aptitude à téter et l'absence d'ictère.  <b>médicaments psychiatriques et anti-convulsivants</b>  <b>éviter les doses répétées de barbituriques (incluant la rimidone) et de diazepam.</b></p>
<p><b>Risque faible de toxicité ; utiliser un autre médicament si possible</b>  ♦ sulfonamides (surtout si le bébé est ictérique)  ♦ chloramphenicol, tétracyclines</p>
<p><b>Peut diminuer la lactation ; utiliser d'autres médicaments</b>  ♦ oestrogènes (dont les contraceptifs)  ♦ diurétiques thiazidiques</p>
<p><b>Inoffensifs au dosage courant</b>  ♦ analgésiques : faibles prises de paracétamol, aspirine, ibuprofène  ♦ doses occasionnelles de morphine et péthidine  ♦ antibiotiques : pénicilline, ampicillines, cloxacillines et dérivés érythro-micine  ♦ antihistaminiques, anti-acides, digoxine, insuline, chloroquine, broncho-dilatateur, (salbutamol), corticoïdes, anti-helminthiques, antituberculeux, anti-hypertenseurs, médicaments contre la lèpre  ♦ suppléments nutritionnels de fer, iode et vitamines.</p>

**QUELQUES PRINCIPES ACTIFS DE MÉDICATION FAMILIALE**  
**(Médicaments pouvant être délivrés sans ordonnance)**  
**CHEZ LA FEMME QUI ALLAITE**

	Allaitement	
<b>DOULEUR / FIEVRE</b>		
Acide acétylsalicylique	déconseillé	
Ibuprofène	déconseillé	
Paracétamol	AUTORISÉ	
<b>TOUX</b>	Allaitement	
Codéine - Codéthyline	é	
Dextrométhorphan	é	
Pholcodine	é	
Acétylcystéine	AUTORISÉ	
Carbocistéine	déconseillé	
Guaiifénésine	déconseillé	
<b>BRULURES D'ESTOMAC, ANTIACIDES</b>	Allaitement	
Cimétidine	déconseillé	
Famotidine	déconseillé	
Alginat de sodium	AUTORISÉ	
Magnésium (carbonates et hydroxydes)	AUTORISÉ	
Aluminium (phosphate)	AUTORISÉ	
<b>ANTIDIARRHEIQUES</b>	Allaitement	
Lopéramide	déconseillé	
Charbon végétal activé	AUTORISÉ	
<b>LAXATIFS</b>	Allaitement	
Anthraquinones (séné, bourdaine...)	déconseillé	
Bisacodyl	déconseillé	
Paraffine	AUTORISÉ	
Lactulose	AUTORISÉ	
<b>SEDATIFS</b>	Allaitement	
Phénobarbital	déconseillé	
Doxylamine	déconseillé	
Isothipendyl, Prométhazine, Phénothiazines	déconseillé	
<b>VITAMINES</b>	Allaitement	
Vitamine A	AUTORISÉ	
Vitamine C	déconseillé	
<b>VASOCONSTRICTEURS RHINOPHARYNGÉS</b>	Allaitement	
Phényléphrine	déconseillé	
Pseudoéphédrine	déconseillé	

CHAPITRE III

ETUDE  
PRATIQUE

# I. L'ETUDE

## A. MATERIEL ET METHODE

Il s'agit d'une étude prospective, comprenant 115 femmes ayant accouchées à la maternité de L'EHS Mère Enfant de Tlemcen, réalisée durant le mois de janvier 2013.

### 1. Objectifs de l'étude

Les objectifs de l'étude étaient :

#### - Objectif principal :

Etablir un profil épidémiologique concernant la durée de l'allaitement maternel.

#### - Objectifs secondaires :

Etablir un lien entre la durée de l'allaitement et l'influence de certains facteurs : l'âge, la parité, la notion de prise médicamenteuse, le mode d'accouchement, le niveau intellectuel.

### 2. Méthode

#### a) Type d'étude :

On a réalisé une enquête prospective, Elle était basée sur deux questionnaires à questions directes et à choix multiples avec les coordonnées des patientes (numéro de téléphone) proposé en post-partum immédiat au niveau des différentes unités de la maternité de Tlemcen (suite de couche et poste op) et sur un contacte ultérieurs a 1 mois après par l'intermédiaire des numéros de téléphone recueilles.

#### b) Effectif :

L'échantillon des patientes interrogées est constitué de 115 patientes.

#### c) Population cible :

On a inclus toutes les femmes ayant accouché à la maternité, quel que soit leur âge, leur parité qui vivent dans la ville de Tlemcen, après accord oral.

#### d) Recueil des données :

L'étude comprenait un questionnaire (Annexé).

On a rempli le questionnaire à la maternité Cela prenait 10 minutes environ ou les patientes ont répondues a toutes les questions.

Chaque femme à indiquer ses coordonnées téléphoniques afin qu'on puisse les téléphoner pour pouvoir accomplir le questionnaire.

*e) Analyse statistique :*

Les résultats ont été saisis sur EXCEL.

*f) Limites de l'enquête :*

L'étude a été menée dans un seul établissement avec des difficultés rencontrées chez certaines patientes (refus de donner les coordonnées téléphonique).

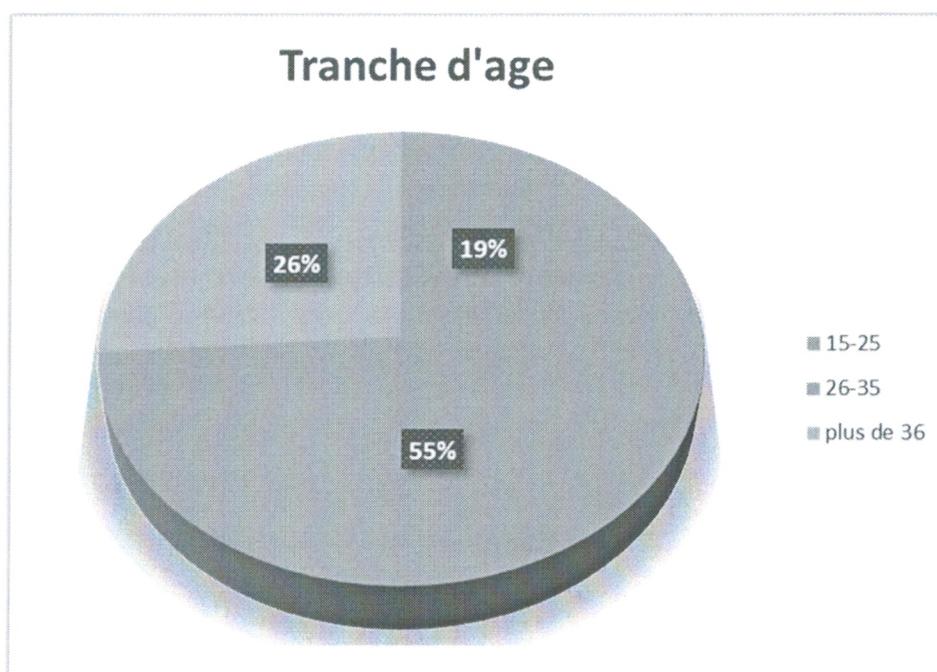
## **B. PRESENTATION DES RESULTATS**

*a) Présentation des données :*

L'échantillon des patientes interrogées était constitué de 115 femmes.

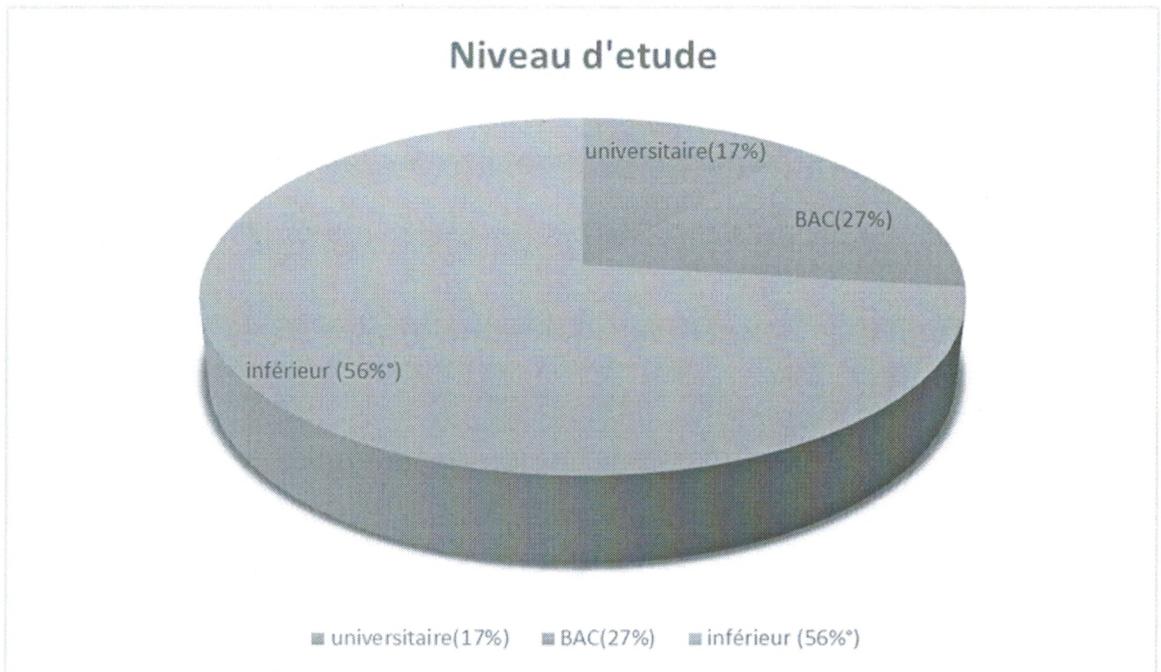
Parmi ces femmes, 102 femmes ont opté pour l'allaitement maternel soit 88.7% alors que 13 ont décidées de prendre le biberon soit 11.3 %.

(1) Tranche d'âge (figure 1)



**Plus de la moitié des femmes ont un âge entre 26 et 35 ans, 26% ont un âge compris entre 15 et 25 ans et le reste ont plus de 36%.**

(2) Niveau d'étude (figure 2)



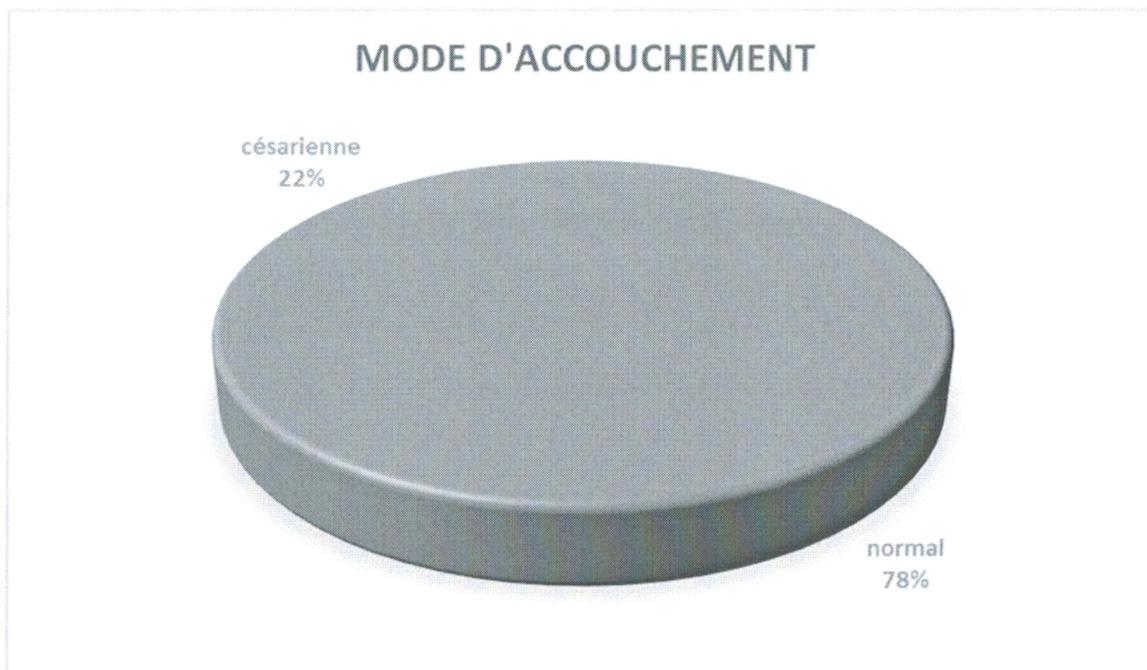
**On peut constater que plus ce que la moitié n'ont pas réalisé d'études supérieurs et que 13 femmes soit 17% ont eu accès à l'université.**

(3) Nombre d'enfants avant la grossesse (figure 3)



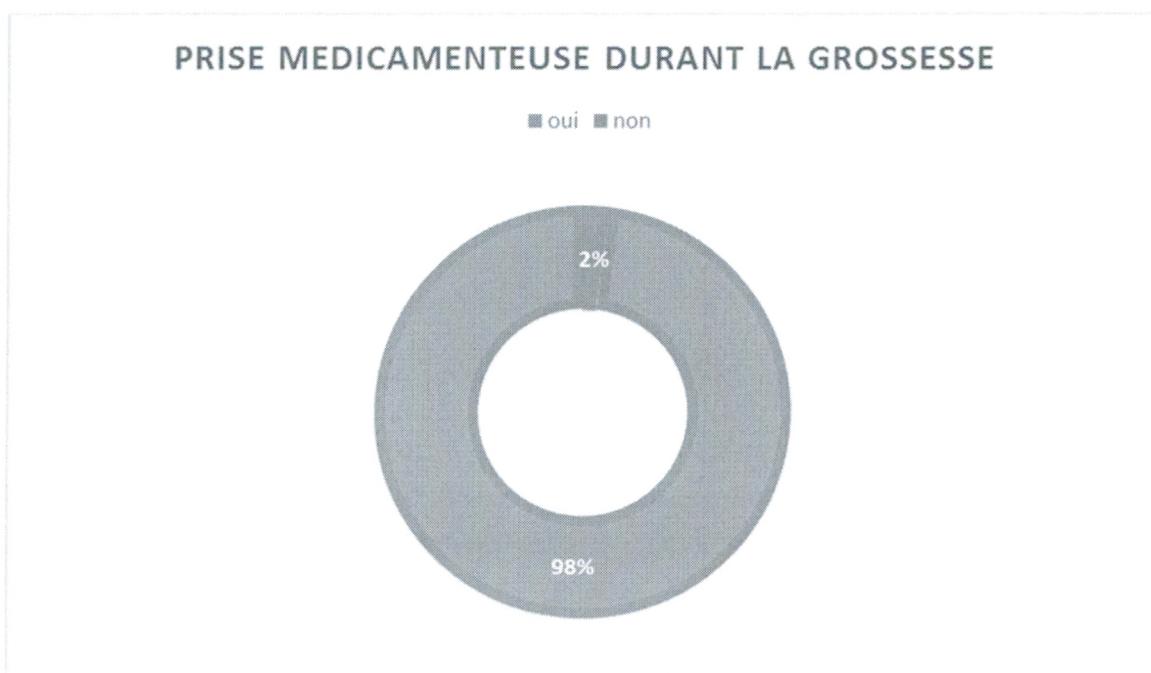
**97% des femmes de mon étude étaient multipares donc avec une grande expérience antérieure d'allaitement.**

(4) Mode d'accouchement (figure 4)



Sur 115 femmes qui ont participées 90 femmes ont accouchées par voie basse et 25 par voie haute.

(5) Notion de prise médicamenteuse (figure 5)



La quasi-totalité des femmes n'étaient pas sous traitement médicamenteux seulement deux patientes étaient sous antithyroïdiens de synthèse.

(6) Allaitement a un mois du post-partum (figure 6)



**102 femmes allaitent durant le premier mois du post-partum soit 89% de la population cible et que 13 femmes qui n'allaitent pas soit 11% de la population.**

***b) Résultats et analyse des données :***

L'objectif de mon étude comporte l'analyse de la durée d'allaitement fixé a un mois du post-partum en fonction des paramètres cités sur le questionnaire et présentés sous forme de graphe dans le chapitre présentation des données .

**Tableau 1. Répartition des fréquences selon la durée d'allaitement**

Durée d'allaitement	1 mois d'allaitement	Pas d'allaitement
Nb	102	13
Pourcentage	89	11

**Figure 1 : fréquence de l'allaitement a un mois du post-partum**



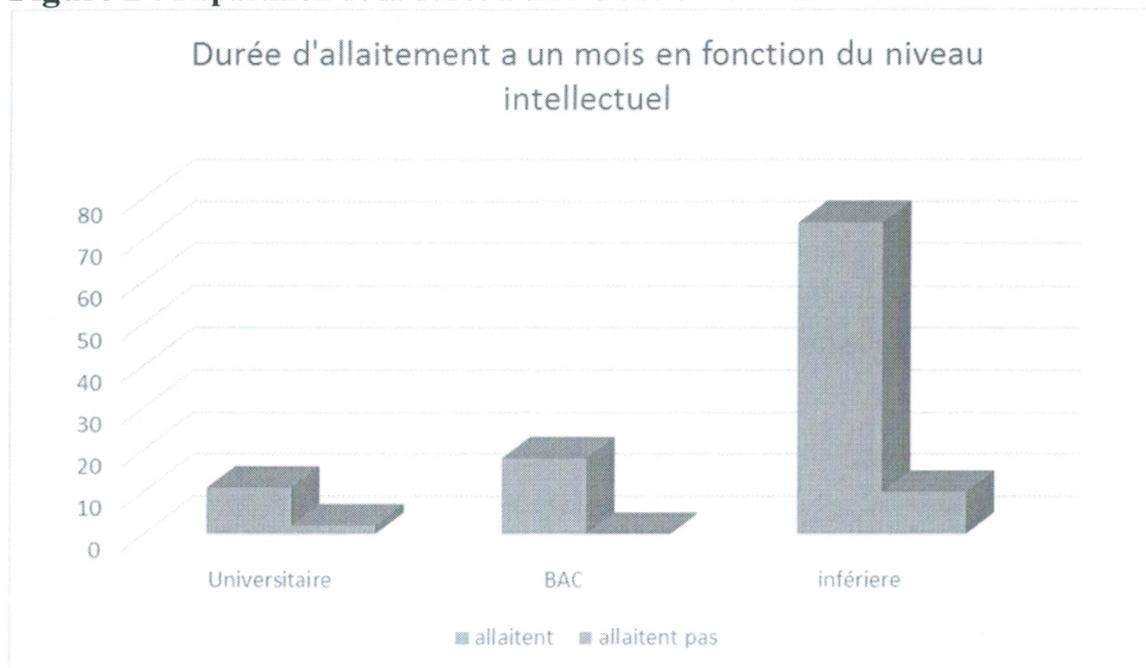
Etude de la variation de la durée d'allaitement en fonction de :

1-Niveau intellectuel :

**Tableau 2. Répartition selon le niveau intellectuel des femmes**

Niveau intellectuel	1 mois d'allaitement	Pas d'allaitement
Universitaire	11	2
Bac	18	0
Inférieure	73	11

**Figure 2 : Répartition de la durée a un mois selon le niveau intellectuel des femmes**



**On remarque que la plus part des femmes qui allaitent ont un niveau intellectuel inférieur, a un degré moins les bacheliers et les universitaires.**

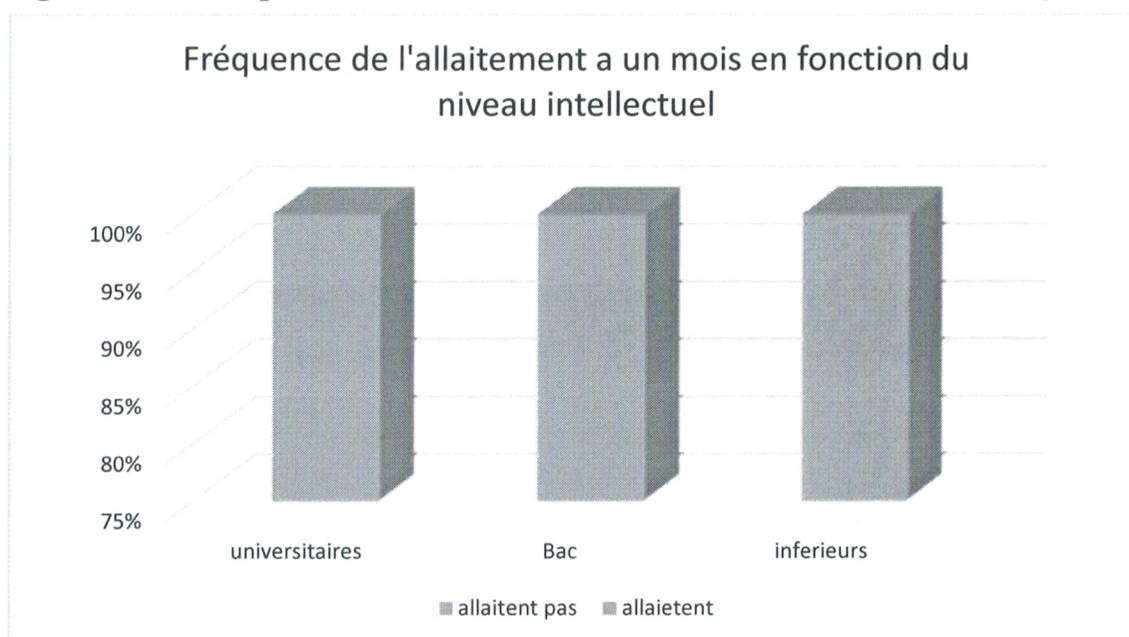
La fréquence au sein de chaque catégorie :

Universitaire : 84% allaitent et 16% n'allaitent pas.

Bacheliers : 100% allaitent.

Inférieures : 88% allaitent et 12% n'allaitent pas.

**Figure 3 : la fréquence de l'allaitement a un mois au sein des catégories**

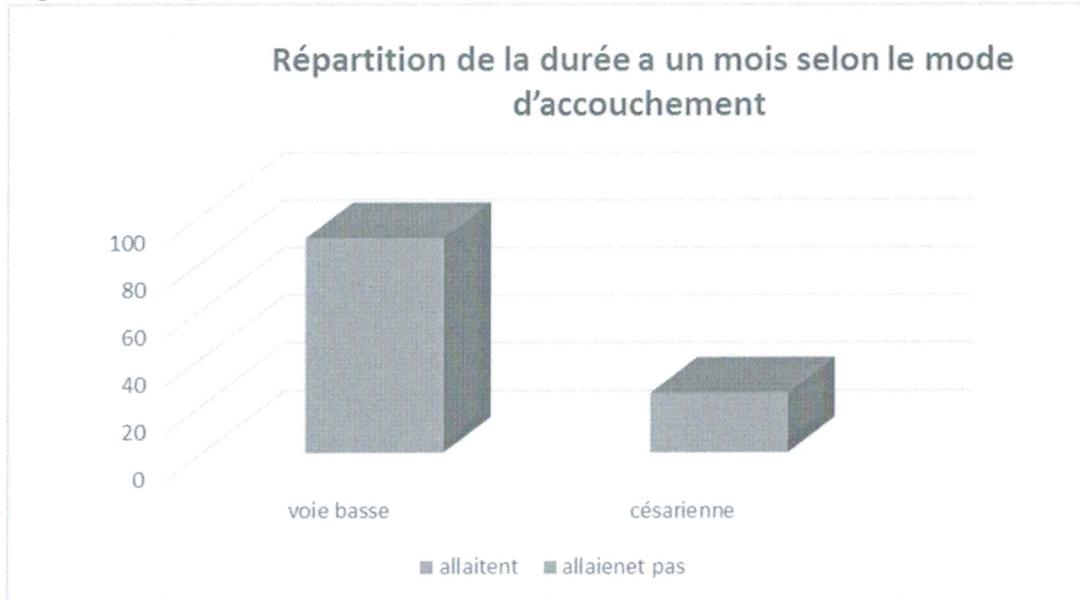


1-Selon le mode d'accouchement :

**Tableau 3. Répartition de la durée selon le mode d'accouchement**

Mode d'accouchement	Nombre	Allaitent	N'allaitent pas
Voie basse	90	83	7
césarienne	25	19	6

**Figure 4 : Répartition de la durée selon le mode d'accouchement (sur 115 femmes)**



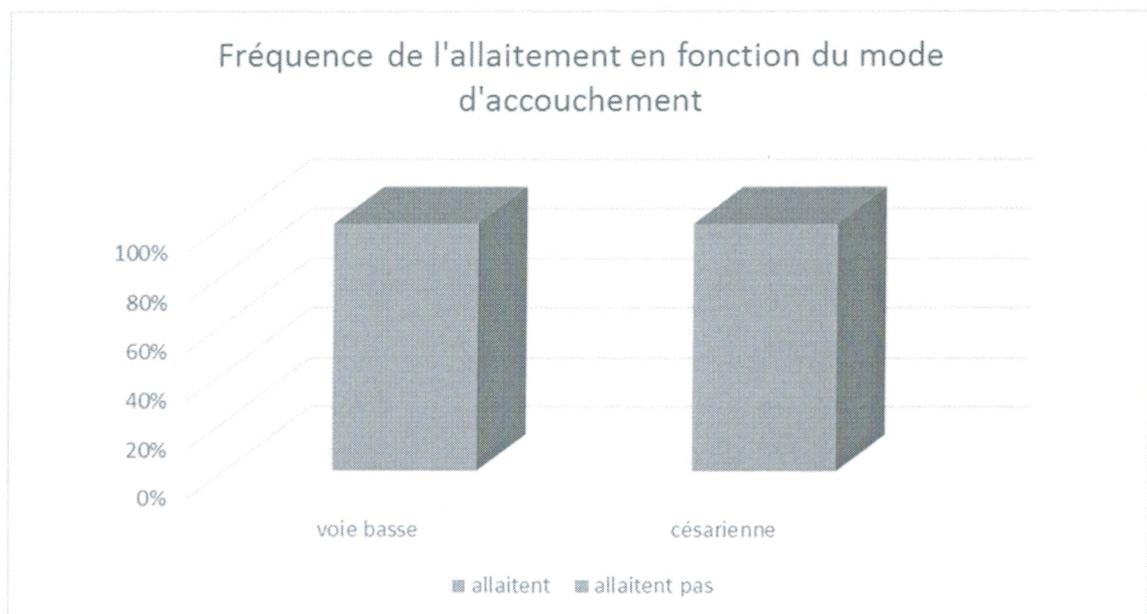
**Selon les données recueillies on remarque que le mode d'accouchement n'influence pas l'allaitement maternel.**

La fréquence au sein de chaque catégorie :

Par voie basse : 92% allaitent et 8% seulement n'allaitent pas.

Par césarienne : 80% allaitent et 20% n'allaitent pas.

**Figure 4 : la fréquence de l'allaitement au sein des catégories**



**Le mode d'accouchement n'est pas lié de façon significative au choix du mode d'allaitement**

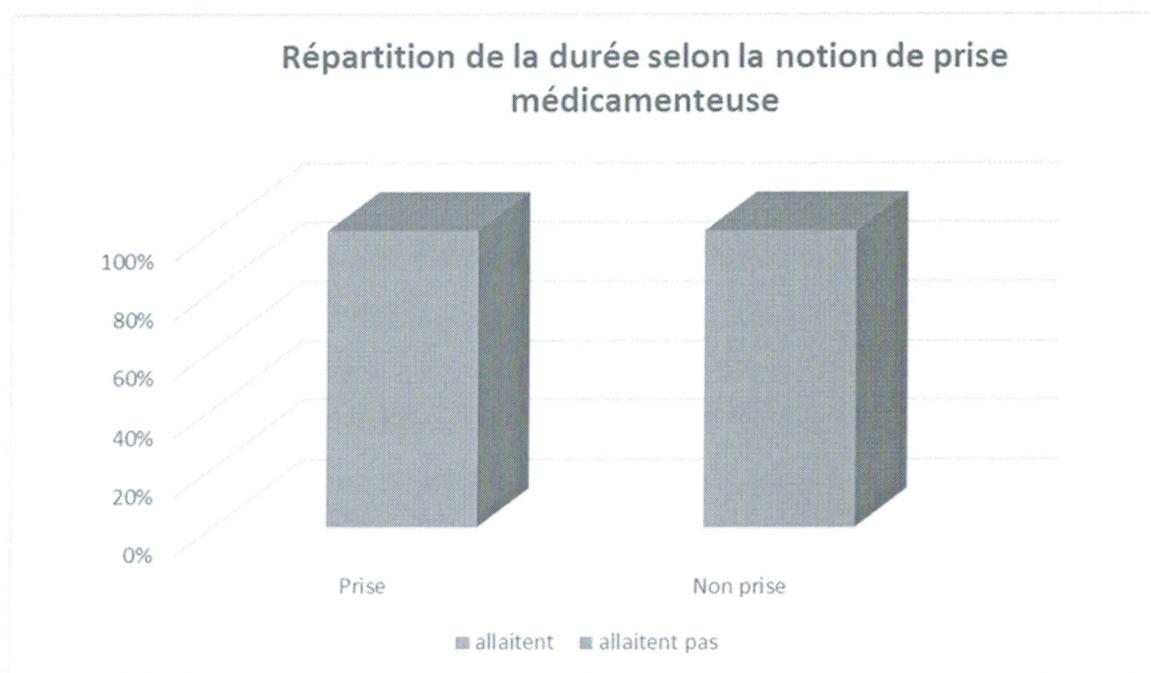
### 1-Selon la notion de prise médicamenteuse :

Sur l'échantillon étudié il n'en a que deux patientes sous traitement médicamenteux antithyroïdiens de synthèse ces deux patient n'envisage pas d'allaiter leurs enfants.

**Tableau 4.Répartition de la durée selon la notion de prise médicamenteuse**

Notion de prise médicamenteuse	Allaitent	N'allaitent pas
Prise	0	2
Pas de prise	102	11

**Figure 5 : Répartition de la durée selon la notion de prise médicamenteuse**



**Sur cet échantillon 100% des femmes qui prennent un traitement n'allaitent pas et que 10% des femmes qui ne prennent pas de traitement n'allaitent pas.**

#### 4-selon des causes d'arrêts d'allaitement citées par les femmes :

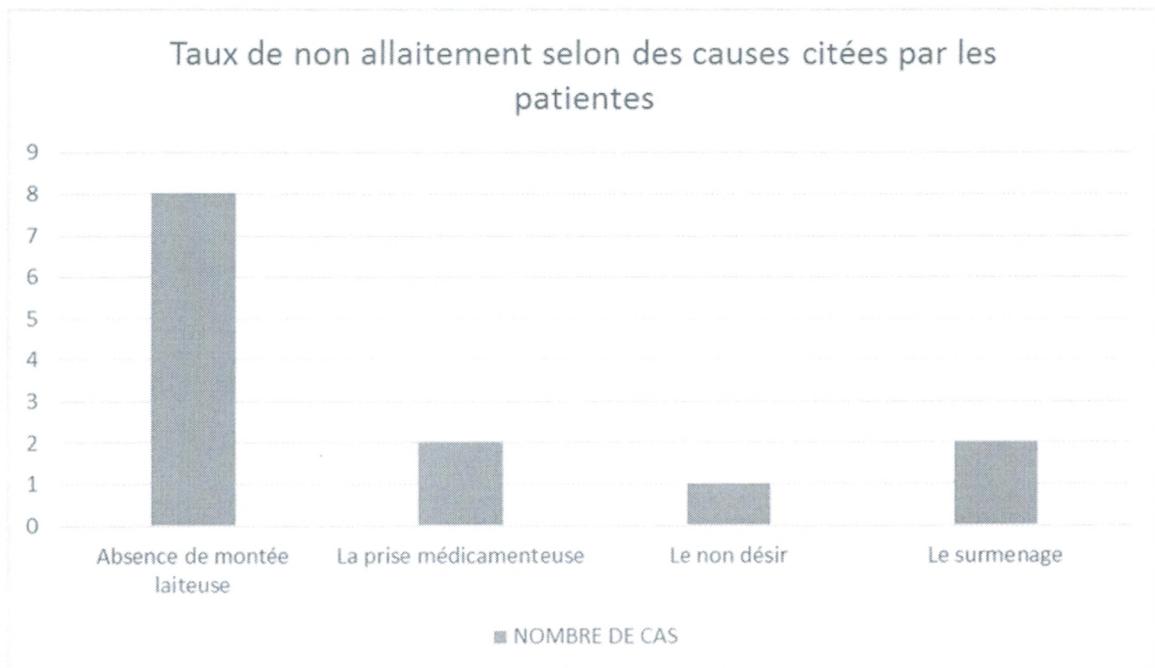
Au cours des entretiens entretenus avec les patientes par l'intermédiaire des questionnaires et les coordonnées téléphoniques il y'a eu certaines causes d'arrêts de l'allaitement diverses telle que :

- L'absence de montée laiteuse.
- La prise médicamenteuse.
- Le non désir.
- Le surmenage.

**Tableau 5 : Répartition de la durée selon des causes citées par les femmes**

CAUSES	Absence de montée laiteuse	La prise médicamenteuse	Le non désir	Le surmenage
Nbr	8	2	1	2
Total	13			

**Figure 6 : Taux de non allaitement selon des causes citées par les femmes**



**L'absence de montée laiteuse est le facteur le plus dominant chez les femmes qui désirent allaiter leurs enfants, cette absence de montée laiteuse n'est pas liée à un syndrome de sheehan (d'après l'échantillon étudié) donc c'est fort probable d'origine psychique.**

## II. DISCUSSION

### TAUX ET DUREE D'ALLAITEMENT

#### 1. Pourcentage de mères qui optent pour l'allaitement maternel

Dans notre étude **89 %** des patientes interrogées allaitaient leur enfant durant le premier mois du post-partum. Ce taux est proche de celui publié dans une étude menée à la maternité Ibn Tofail à Marrakech en 2006 où la prévalence de l'allaitement dans la région de Marrakech est de **97,5 %**.

Dans une étude qui s'est déroulée à la maternité de l'hôpital de Nanterre, réalisée entre Juin et novembre 2007, dans laquelle nous faisons référence (même stratégie employée dans notre étude), la Prévalence de l'allaitement maternel à un mois du post-partum était de **67.56 % avec** des influences similaires des facteurs de risques envisagés dans les deux études.

A noter que le taux d'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de six mois "ne représente que 7% dans la société algérienne", ce chiffre a été indiqué à l'occasion de la Semaine mondiale de l'allaitement maternel instituée par l'OMS et l'Unicef (1er au 7 août 2012).

#### 2. Facteurs influençant l'allaitement maternel

Les facteurs qui agissent positivement sur l'allaitement maternel étaient principalement : le niveau intellectuel bas (88%), l'accouchement par voie normale et la multiparité ; par contre même si la fréquence est élevée chez les intellectuels, la fréquence de l'allaitement au sein même de cette catégorie est légèrement basse par rapport aux autres catégories (niveau bac et inférieure). En plus de ces facteurs : le surmenage, l'absence de montée laiteuse et l'accouchement par césarienne ont constitué des causes mineures du non allaitement maternel pendant le premier mois du post-partum.

# CONCLUSION

Pour nos aïeules, le choix de l'allaitement se posait à peine. Elles connaissaient l'allaitement depuis l'enfance : toutes les femmes allaitaient leur bébé, les petites filles assistaient et participaient aux mises au sein d'un frère, d'un cousin ou d'un enfant du voisinage.

Arrivées à l'âge adulte, les nouvelles mères n'avaient qu'à reproduire les gestes et habitudes qu'elles avaient contemplés pendant leur enfance. Les difficultés des premiers jours se résolvaient entre femmes.

Actuellement, les jeunes mères n'ont bien souvent jamais vu une femme allaiter. Les connaissances en matière d'allaitement ont évolué mais pas forcément les pratiques dans les maternités.

L'allaitement maternel qui n'est plus indispensable à la survie de nos enfants, devient un choix.

Notre étude a mis en évidence que les déterminants du choix et de la poursuite de l'allaitement maternel sont multiples. L'initiation comme la durée d'allaitement sont influencées par de nombreux facteurs, à la fois individuels, socioculturels, familiaux et professionnels. Les femmes primipares, jeunes, et ou ayant fait peu d'études, doivent bénéficier de plus d'information et de soutien.

Le choix ou non de l'allaitement maternel appartient aux mères, mais l'allaitement est aussi une pratique culturelle, et l'augmentation des taux et durées d'allaitement implique une modification des comportements à tous les niveaux de la société.

Les professionnels de santé, même s'ils ne sont pas les seuls intervenants pour améliorer les pratiques d'allaitement, ont un rôle essentiel à jouer pour aider les mères à accomplir leur projet d'allaitement, et par la même améliorer la santé des nourrissons.

En les rassurant sur leurs capacités, en leur expliquant et en les soutenant lors des difficultés passagères, les professionnels de santé contribueront à ce que le discret frémissement actuellement constaté en faveur de l'allaitement maternel dans notre pays se confirme et s'amplifie dans les années à venir.

Et c'est par ces femmes qui aujourd'hui vont allaiter avec succès, que se transmettra à la génération suivante la « culture de l'allaitement », comme elle passe de mère en fille dans les pays où, pour des raisons culturelles, la question « allaitement ou biberon ? » ne se pose pas.

# Références bibliographiques

1. Al-Nassaj & col. Knowledge, attitude and sources of information on breastfeeding among medical professionals in Baghdad. *East Mediterr Health J*; 2004 Nov; 10(6): 871-8
2. Chen CH & col. Breastfeeding knowledge and attitudes of health professionals and students. *Acta Paediatr Taiwan*; 2001; 2(4): 207-11
3. Czernichow P. & col. Comportements et opinions du personnel soignant à l'égard de l'allaitement maternel. *Arch Fr Pediatr* ; 43 : 779-84 ; 1986
4. Davis-Adetugbo AA & col. Breastfeeding training improves health worker performance in rural Nigeria. *East Afr Med J*. 1997; 74(8): 510-3
5. Dieme Korea J. Evaluation des connaissances des médecins en matière d'AM. Enquête auprès des médecins de la santé publique exerçant dans le gouvernorat de Tunis. Thèse de médecine ; Sfax ; 2002
6. Ekstrom & col. Breastfeeding attitudes among counseling health professionals. *Scand J Public Health*. 2005; 33(5): 353-9
7. Freed GL & col. National assessment of physicians' breast-feeding knowledge, attitude, training and experience. *JAMA*; 1995 feb 8; 273(6): 472 - 6
8. Garcia Casanova MC & col. Breast-feeding : can health staff positively affect its duration?. *Aten Primaria*. 2005 Apr 15; 35(6): 295-300
9. Khoury AJ & col. Improving breastfeeding knowledge, attitudes and practices of WIC clinic staff. *Public health Rep*. 2005 Sept-Oct; 117(5): 453-62
10. Okolo SN & col. Knowledge, attitude and practice of health workers in Keffi local government hospitals regarding BFHI practices. *Eur J Nutr*; 2002 May; 56(5): 438-41
11. Shah S. & col. Breastfeeding knowledge among health workers in rural South Africa. *J Trop Pediatr*; 51(1): 33-8; 2005
12. Taveras EM & col. Opinions and practices of clinicians associated with continuation of exclusive breastfeeding. *Pediatrics*. 2004 apr; 113(4): e283-90
13. WHO/UNICEF. Protecting, promoting and supporting breastfeeding : the special role of maternity services. WHO, Geneva, 1989
14. WHO. Global strategy of infant and young child feeding : the optimal duration of exclusive breastfeeding. 54th assembly, May 2001. A54.INF.DOC

# ANNEXE n°1

## Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel

1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tous les personnels soignants
2. Donner à tous les personnels soignants les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement et de sa pratique
4. Aider les mères à commencer à allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance
5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson
6. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel sauf indication médicale
7. Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour
8. Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant
9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette
10. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leurs sorties de l'hôpital ou la clinique.

# ANNEXE n°2

## Code international de commercialisation des substituts du lait maternel

1. Interdiction de la promotion auprès du grand public
2. Interdiction de donner des échantillons gratuits (laits, autres substituts, biberons et tétines...).
3. Interdiction de toute promotion de produits dans le système de soins sanitaires.
4. Interdiction d'utiliser du personnel payé par les fabricants pour donner des conseils aux mamans.
5. Pas de cadeaux ou d'échantillons personnels aux agents de santé.
6. Pas d'images de nourrissons ni d'autres représentations graphiques de nature à idéaliser l'utilisation des préparations pour nourrissons sur l'étiquette des produits.
7. Les informations fournies par les fabricants et les distributeurs aux professionnels de santé doivent être scientifiques et se borner aux faits.
8. Chaque emballage ou étiquette doit clairement mentionner la supériorité de l'allaitement au sein, et comporter une mise en garde contre le risque et le coût de l'alimentation artificielle.
9. Pas de promotion du lait condensé sucré, ou d'autres produits inappropriés comme aliments pour nourrissons.
10. Tous les produits doivent être de bonne qualité ; la date limite doit être indiquée : des termes comme « humanisé » ou « maternisé » ne sont pas admis.

# Annexe n°3

## Médicaments et allaitement

	Utilisation possible	Utilisation contre-indiquée
<b>Antibiotiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Toutes les bêta-lactamines</li> <li>• Aminosides: avec surveillance taux sérique et fonction rénale chez la mère et l'enfant</li> <li>• Erythromycine: moins de 7 jours (CI si ictere néonatal et pendant 1<sup>o</sup> semaine de vie)</li> <li>• Négram</li> <li>• En monodose : Peflacine monodose et Monoflocet</li> <li>• Nitrofurantoïne sauf déficit en G6PD et 1<sup>o</sup> mois de vie</li> <li>• Isoniazide : prise unique, 3H avant une tétée+ surveillance BH+ supplément en vitamine B6</li> <li>• Rifampicine : surveillance taux sériques maternels +BH (mère et enfant)</li> <li>• streptomycine (surveillance BH)</li> <li>• cotrimoxazole (sauf si enfant à risque)</li> <li>• Tétracyclines : 1 semaine maximum</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Phénicolés</li> <li>• lincosamides</li> <li>• Azithromycine</li> <li>• Quinolones 1<sup>o</sup> et 2<sup>o</sup>G</li> <li>• Ethambutol</li> <li>• Pyrazinamide</li> <li>• Sulfamides</li> </ul>
<b>Antiviraux</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aciclovir per os et topique, valaciclovir</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amantadine, ganciclovir</li> </ul>
<b>Antimycosiques et antiparasitaires</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amphotéricine B orale et locale, Nystatine, Kétoconazole topique, miconazole topique</li> <li>• Flubendazole (Fluvermal) mais suspension allaitement 48H</li> <li>• Praziquantel : arrêt de 24H</li> <li>• Métroimidazole en dose unique : suspension allaitement 12 à 24H</li> <li>• Chloroquine et quinine (mais pas de protection contre le paludisme), Proguanil (Savarine)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amphotéricine B injectable</li> <li>• Griséofulvine</li> <li>• Halofantrine</li> <li>• Méfloquine</li> <li>• Métroimidazole en prise répétées</li> </ul>
<b>Vaccins</b>	<p>Polio : forme injectable uniquement (vaccin tué)/ Rubéole si pas de pathologie chez l'enfant/            Hépatite B/ Hépatite A/ Tétanos/ Haemophilus/ pneumocoque/ grippe si indispensable            BCG : réponse meilleure chez les enfants allaités            IDR à la tuberculine            Gammaglobulines contre le tétanos, rage, VHA, VHB, CMV, anti-D</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rougeole</li> <li>• Varicelle</li> <li>• Fièvre jaune</li> <li>• Sérums :                   antibotulique                                   antivenimeux</li> </ul>
<b>Antalgiques</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paracétamol</li> <li>• Aspirine à petites doses (&lt;1g) et sur courte période (sauf 1<sup>o</sup> semaine de vie)</li> <li>• Flurbiprofène/ ibuprofène/ ac.méfénamique/ diclofénac/ piroxicam en ttt court</li> <li>• En dose unique : codéine (&lt; 60mg), dextropropoxyphène, néfopam, nalbuphine, morphine (petite dose), hydrate de chloral</li> <li>• Anesthésie locale (xylocaïne) : attendre 4 H avant d'allaiter</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antalgiques de 2<sup>o</sup> et 3<sup>o</sup> paliers d façon chronique</li> <li>• buprénorphine (Temgésic*)</li> <li>• dérivés ergot de seigle</li> <li>• colchicine,                   indométacine                                   phénylbutazone, salazopyrine</li> </ul>

## Annexe n°3 (Suite)

Corticoïdes	<ul style="list-style-type: none"> <li>Possible jusqu'à 40mg/j (2 prises) : Prednisone, prednisolone, méthylprednisone</li> </ul>	
Anticoagulants	<ul style="list-style-type: none"> <li>Warfarine (Coumadine*) et acénocoumarol (Sintrom*) : supplémentation du bébé en vitamine K1 de 1 à 2 mg par jour</li> <li>Héparine « classique »</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Préviscan*, Pindione*</li> </ul>
Antidépresseurs médicaments du système nerveux central	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sertraline (Zoloft)</li> <li>Paroxétine (Deroxat)</li> <li>Benzodiazépines : prise unique occasionnelle à petite dose possible (prendre demi-vie courte et forte liaison aux protéines)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Benzodiazépines en chronique</li> <li>Fluoxétine</li> <li>Lithium</li> <li>Halopéridol en chronique</li> <li>Méprobamate, buspirone</li> <li>Zopiclone en chronique</li> <li>Agonistes dopaminergiques et anticholinergiques</li> </ul>
Antidiabétiques	insuline	Sulfamides hypoglycémiants
Anti-asthmatique	<ul style="list-style-type: none"> <li>Terbutaline aérosol, corticoïdes inhalés</li> <li>Théophylline possible sous certaines conditions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Salbutamol et fénotérol</li> <li>ipratropium en chronique</li> </ul>
Antihypertenseurs médicaments cardiologiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>Digoxine, nifédipine, vérapamil, propranolol, timolol, oxprénolol labétalol, clonidine (si déjà tt pendant la grossesse) captopril, énalapril, hydrochlorothiazide</li> <li>spironolactone mais nécessite une surveillance étroite clinique et taux sériques</li> <li>Diosmine, troxérutine, rutosides</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acébutolol, bétaxolol, métoprolol, sotalol, aténolol</li> <li>IEC</li> <li>Digitoxine, Amiodarone</li> <li>Antiarythmiques,</li> <li>Diurétiques de l'anse (baisse de lactation)</li> </ul>
Autres	<ul style="list-style-type: none"> <li>Antidiarrhéique type charbon et pectines ; Ultralevure, Lactéol, Lopéramide : low doses</li> <li>Laxatifs type mucilage et son, paraffine en courte durée, lactulose</li> <li>Anti-acides à base de sels de Ca et Mg</li> <li>Spasmolytiques en dose unique</li> <li>Métoclopramide et dompéridone occasionnellement</li> <li>Sulfate de Na et Mg</li> <li>Sels de K (si kaliémie maternelle reste normale)</li> <li>Méthotrexate à faible dose dans le cadre de rhumatisme chronique : surveillance NF+ supplémentation en ac folique</li> <li>Antithyroïdien : propylthiouracile (PTU)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Chimiothérapie anticancéreuse : tamoxifène, immunosuppresseurs</li> <li>Alcool, méthadone (en cas d'instauraton), amphétamines</li> <li>atropine, éphédrine, sels d'or</li> <li>Sels de bismuth et bromure</li> <li>Iode et iodures</li> <li>cyprotérone, androgènes et stéroïdes, estroprogestatifs</li> <li>cimétidine misoprostol, IPP</li> <li>Fibrates</li> <li>Biphosphonates</li> <li>carbimazole (Néomercazole*)</li> </ul>

# ANNEXE n°4

## Diversification

### 6 À 12 MOIS

L'Académie américaine de pédiatrie recommande l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois, et encourage la poursuite de l'allaitement maternel pendant au moins 12 mois.

ALIMENT	6 À 8 MOIS	8 À 12 MOIS	CONSEILS D'ALLAITEMENT
	<p>Allaitement au sein : 3 à 5 ou plus allaitements</p> <p>Préparation : 680 à 900 grammes</p> <p>Les bébés ont besoin de lait maternel ou de préparation pour nourrissons enrichie de fer pendant la première année.</p> <p>Le biberon ne doit servir que pour le lait maternel, les préparations ou de l'eau.</p>	<p>Allaitement au sein : 3 à 4 allaitements</p> <p>Préparation : 680 à 900 grammes, Offrir la tasse</p>	<p>Évitez les aliments qui peuvent causer l'étouffement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Légumes crus (petits pois, haricots verts, céleri, carotte)</li> <li>Mais en grains entiers cuits ou crus</li> <li>Morceaux durs de fruits crus</li> <li>Raisins entiers, baies, cerises, boules de melon, ou tomates cerises</li> <li>Fruits ou raisins secs</li> <li>Hot-dogs, brochettes de viande, saucisses</li> <li>Morceaux de viande durs ou épais</li> <li>De gros morceaux de fromage, fromage en ficelles</li> <li>Beurre d'arachide et autres beurres de</li> <li>Noix</li> <li>Fèves entières</li> <li>Bonbons durs et dragées</li> <li>Guimauves</li> <li>Popcorn, pommes chips, bretzels</li> </ul>
	<p>Céréales pour nourrissons enrichies de fer ou céréales chaudes enrichies (4 à 6 cuillères à soupe)</p> <p>Pain grillé, petits morceaux de biscuits ou céréales sèches</p> <p>Donnez des céréales pour nourrissons simples telles que le riz, l'orge ou l'avoine. Évitez les céréales de blé jusqu'à l'âge 8 mois.</p>	<p>Céréales pour nourrissons enrichies de fer ou céréales chaudes enrichies (4 à 6 cuillères à soupe)</p> <p>Pain, nouilles, riz en purée, gruau de maïs ou morceaux de tortilla mou</p>	
	<p>Pur jus de fruits ou de légumes pasteurisé (100 cl max.)</p> <p>Donnez du jus uniquement dans une tasse ! Il est préférable que votre bébé obtienne les éléments nutritifs à partir du fruit entier plutôt qu'à partir du jus. WIC fournit des fruits pour nourrissons du commerce au lieu de jus à partir de l'âge de 6 mois.</p>	<p>Pur jus de fruits ou de légumes pasteurisé (100 cl max.)</p>	<p>Autres aliments à éviter pendant les 12 premiers mois :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Repas malaxés, lard, viandes froides, les hot-dogs</li> <li>Frites</li> <li>Légumes à la crème</li> <li>Poudings, biscuits, bonbons, gâteaux</li> <li>Soda, punchs aux fruits et boissons, café ou thé</li> </ul> <p><i>Ces aliments contiennent trop de matières grasses et/ou de sucre !</i></p>
	<p>Purée de légumes cuits ou légumes pour nourrissons du commerce tels que des potirons, des pois, des haricots verts, des carottes, des épinards, des patates douces et du brocoli (3 à 4 cuillères à soupe)</p>	<p>Légumes cuits nature, écrasés ou hachés en morceaux mous et de taille d'une bouchée (3 à 4 cuillères à soupe)</p>	<p>Choses à se rappeler lors du démarrage des aliments solides :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ne pas ajouter de sel, de sucre, de graisses superflues, de sauces, de ketchup ni des épices à la nourriture de votre bébé.</li> <li>Mettre immédiatement au réfrigérateur les pots ouverts des aliments pour nourrissons commerce et les utiliser dans les 48 heures.</li> <li>Chauffer uniquement la quantité de nourriture que votre bébé a besoin à chaque repas</li> <li>Utiliser une petite assiette pour servir les aliments solides. Ne pas servir directement du pot</li> <li>Commencer avec une petite quantité. Il sera toujours possible d'ajouter plus de nourriture si votre bébé a encore faim.</li> <li>Jeter tout aliment laissé dans le bol.</li> <li>Utiliser un mixeur, une passoire ou un broyeur d'aliments pour bébés pour préparer la nourriture. Le pré-masticage n'est pas une façon sûre d'offrir des aliments.</li> <li>Ne pas donner de blancs d'œufs avant l'âge de 1 an, à cause du risque de réaction allergique.</li> <li>Ne donnez pas à votre bébé du miel ou des aliments qui contiennent du miel !</li> <li>Vers les 6 à 8 mois, donner 100 à 170 cl d'eau quotidiennement.</li> <li>Vers les 10 à 12 mois, votre bébé devrait prendre la plupart de ses repas à table et apprendre à manger seul. Il faut s'attendre à ce que votre bébé se salisse lors de l'apprentissage.</li> </ul>
	<p>Fruits frais écrasés ou en purée tels que des bananes, des compotes de pommes, des pêches, des poires ou des fruits pour nourrissons du commerce (3 à 4 cuillères à soupe)</p> <p>Évitez les desserts aux fruits. Enlevez les graines et les noyaux des fruits.</p>	<p>Fruits frais pelés écrasés ou en petits morceaux mous et de taille d'une bouchée ou encore des fruits en conserve dans de l'eau ou du jus, tels que des bananes, des poires, des pêches et des melons (3 à 4 cuillères à soupe)</p>	
	<p>Viandes ou volailles pour nourrisson du commerce bien cuites, nature, écrasées ou en purée (1 à 2 cuillères à soupe)</p> <p>Jaune d'œuf, purée de haricots, yaourt nature</p>	<p>Viandes maigres bien cuites, émincées ou hachées, volailles, poissons, jaune d'œuf, fromages doux, yaourt nature, fromages blancs, et purées de haricots (1 à 3 cuillères à soupe)</p>	

Remarque : Ces lignes directrices sont pour les enfants nés à terme et en bonne santé par jour ; les portions peuvent varier suivant les nourrissons. Pour plus d'informations sur l'alimentation infantile, veuillez contacter le bureau WIC ou le médecin de votre enfant. Ces lignes directrices sont des recommandations de l'USDA et peuvent être trouvées sur le site [www.nal.usda.gov/wicworks/Topics/Infant\\_Feeding\\_Guide.html](http://www.nal.usda.gov/wicworks/Topics/Infant_Feeding_Guide.html). WIC est un employeur favorable à l'égalité des chances et à la discrimination positive. Les services sont fournis sur une base non discriminatoire. D'autres formes de cette publication pour les personnes handicapées peuvent être obtenues en contactant le Département de la Santé et des personnes âgées de l'État du Missouri au 573-751-6204. Pour les citoyens présentant des troubles de la parole et de l'audition, le téléphone est 800-735-2966. VOIX 1-866-735-2460.



# Annexe n°4 (Suite)

## Alimentation pour la croissance

### DE LA NAISSANCE JUSQU'À 6 MOIS

L'Académie américaine de pédiatrie recommande l'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois, et encourage la poursuite de l'allaitement maternel pendant au moins 12 mois.

ALIMENT	DE LA NAISSANCE JUSQU'À 4 MOIS	4 À 6 MOIS	CONSEILS D'ALLAITEMENT
	<p>Allaitement au sein : Sur demande 8 à 12 ou plus allaitements</p> <p>Préparation : 0 à 1 mois – 390 à 680 grammes 0 à 4 mois – 620 à 900 grammes</p>	<p>Allaitement au sein : 5 ou plus allaitements</p> <p>Préparation : 730 à 1100 grammes</p>	<p>Les bébés ont besoin de lait maternel ou de préparation pour nourrissons enrichie de fer pendant la première année. Le biberon ne doit servir que pour le lait maternel, les préparations ou de l'eau.</p> <p>Les poussées de croissance sont les moments où votre bébé peut boire davantage de lait maternel ou de préparations que d'habitude.</p> <p>Les poussées de croissance se produisent généralement autour de :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 à 4 semaines</li> <li>• 3 mois</li> <li>• 6 semaines</li> <li>• 6 mois</li> </ul>
	Aucun	Aucun	

### INTRODUCTION D'ALIMENTS SOLIDES AUTOUR DE 6 MOIS

Introduire des aliments solides à votre bébé est une étape passionnante. Il est conseillé d'attendre que votre bébé soit âgé d'environ 6 mois pour commencer les aliments solides. Votre fournisseur de soins de santé peut suggérer de commencer plus tôt si votre bébé semble être fin prêt. Le lait maternel fournit pas de nourriture pour votre bébé avant l'âge de 6 mois.

Introduction précoce d'aliments solides avant l'âge de 4 mois peut :

- Provoquer un étouffement
- Augmenter le risque de développer des allergies alimentaires
- Faire que le nourrisson boive moins que la quantité requise de lait maternel ou de préparation
- Vous saurez que votre bébé est prêt à manger des aliments solides quand il ou elle peut :

- S'asseoir seul ou avec un peu de soutien
- Contrôler les mouvements de la tête et du cou
- Ouvrir la bouche quand il ou elle voit des aliments
- Garder la langue basse pour recevoir la cuillère
- Insérer les aliments dans la bouche et avaler, plutôt que de les repousser à l'extérieur

#### Premiers aliments

Les céréales pour nourrissons enrichies de fer servies à la cuillère est le meilleur choix pour les premiers aliments solides de votre bébé.

Commencez avec 1 à 2 cuillères à soupe de céréales pour nourrissons mélangées avec du lait maternel, une préparation ou de l'eau.

- Réservez les restes de céréales après chaque repas.
- Donnez uniquement des céréales pour nourrissons simples telles que le riz, l'orge ou le blé d'avoine. Les céréales de riz sont les plus faciles à digérer pour votre bébé. Donnez du blé ou des céréales pour nourrissons mixtes après l'âge de 8 mois.

#### Conseils pour démarrer les aliments solides :

- Donnez à manger à votre nourrisson toujours avec une cuillère.
- Ajoutez un seul nouvel aliment à la fois. Attendez sept jours avant d'essayer un autre nouvel aliment afin de donner à votre bébé le temps de s'adapter. De cette façon, si votre bébé a une réaction, vous saurez quel aliment est en cause.
- La nourriture maison pour bébé est facile à faire et économise de l'argent. Les épinards, betteraves, navets, carottes ou choux maisons ne doivent pas être administrés aux nourrissons de moins de 6 mois en raison des niveaux élevés de nitrates.
- Votre bébé vous fera savoir quand il est rassasié. Tourner la tête à la nourriture, fermer la bouche, écartant la nourriture et mangeant plus lentement sont des signes que votre bébé a eu assez.
- Essayez de nourrir votre bébé lorsque le reste de la famille mange. Votre bébé veut également faire partie du repas de famille.
- Ne donnez pas à votre bébé du miel ou des aliments qui contiennent du miel !

Si votre bébé n'aime pas certains aliments, veillez à continuer à lui en donner de temps en temps. Les goûts d'un bébé pour les aliments changent constamment.

Remarque : Ces lignes directrices sont pour les enfants nés à terme et en bonne santé ; les portions peuvent varier suivant les nourrissons. Pour plus d'informations sur l'alimentation infantile, veuillez contacter votre bureau local WIC ou le médecin de votre enfant.



WE1610Fresh (05/07)

# Annexe n°5

**Déclaration conjointe de l'OMS/UNICEF (1989) : "Protection  
encouragement et soutien  
De l'allaitement maternel - Le rôle spécial des services liés à la  
maternité".**

Tous les établissements qui assurent des prestations de maternité et de soins aux nouveau-nés devraient

1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit.
2. Donner à tous les membres du personnel soignant les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement maternel.
4. Placer le bébé en peau à peau avec sa mère immédiatement à la naissance, pendant au moins une heure et encourager la mère à reconnaître quand le bébé est prêt à téter, en proposant de l'aide si besoin.
5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.
6. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.
7. Laisser l'enfant avec sa mère 24h par jour.
8. Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant.
9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.
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.

# Annexe n°6

## Questionnaire Allaitement Maternel

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

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

2) Quels âges ont vos enfants, les avez-vous allaités au sein ou au biberon ? Pour l'allaitement au sein veuillez noter la durée svp.

1 mois

3 mois

6 mois

Plus de 6 mois

3) Quel été le mode de votre accouchement ?

Césarienne

Normal

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

5) si je peux me permettre de savoir votre niveau intellectuel ?

Universitaire

Baccalauréat

Inférieure

6) est ce que c'est votre premier enfant ?

Oui

Non

**RESUME :**

L'Algérie représente le pays où le taux d'allaitement maternel à six mois est bas par rapport aux pays voisins selon une enquête nationale à indicateurs multiples menée en 2006.

Nous avons alors réalisé une étude prospective auprès de 115 femmes afin d'identifier les déterminants du choix du mode d'allaitement, ainsi que les principales difficultés rencontrées à 1 mois du post-partum.

La première raison avancée par ces femmes est le bénéfice escompté pour la santé de l'enfant et des raisons économiques (89%). Les femmes ont principalement choisi le biberon pour sa commodité.

Dans notre étude 89% des femmes allaitent leurs enfants à la maternité et jusqu'au premier mois du post-partum. Les principales raisons du non allaitement étaient l'absence de montée laiteuse, le surmenage et le non désir, par contre aucun des facteurs envisagés dans notre étude n'a eu un impact significatif sur la durée de l'allaitement exclusif.

Afin d'améliorer les taux et la durée de l'allaitement en Algérie, il est primordial de renforcer la formation des professionnels de santé et notamment des généralistes, afin qu'ils puissent répondre de façon efficace aux difficultés rencontrées par les mères, susceptibles d'interrompre prématurément l'allaitement.

**Mots clés : allaitement maternel, suivi, post-partum**

**الملخص:**

الجزائر تعد من الدول التي لا تحتوي ثقافة الرضاعة الطبيعية في السنة أشهر حيث نسبة الرضاعة الطبيعية يعتبر منخفضا مقارنة بالبلدان المجاورة وفقا لدراسة استقصائية وطنية متعدد المؤشرات أجريت في عام 2006

نحن ثم أجريت دراسة استطلاعية من 115 امرأة للتعرف على محددات اختيار طريقة التغذية، والصعوبات الرئيسية في الشهر الأول بعد الولادة.

ومن المتوقع أن السبب الأول التي تقدمت بها هؤلاء النساء للاستفادة أسباب اقتصادية (89%) صحة الطفل و. اختارت المرأة أساسا الزجاج للراحة (11%).

في دراستنا 89% من النساء إرضاع أطفالهن رضاعة طبيعية بعد الولادة، و 11% ليس لديهم خطط لإرضاع أطفالهن. وكانت الأسباب الرئيسية لهذا الانخفاض غياب ارتفاع حليبي، وإرهاق لا يرغبون ضد أي من العوامل يعتبر في دراستنا كان لها تأثير كبير على مدة الرضاعة الطبيعية الحصرية

لتحسين معدل ومدة الرضاعة الطبيعية في الجزائر، فمن الضروري تعزيز تدريب العاملين في مجال الصحة، بما في ذلك الممارسين العاميين، بحيث يمكنهم الاستجابة بشكل فعال للتحديات التي تواجهها الأمهات، من المحتمل التوقف عن الرضاعة الطبيعية قبل الأوان

**كلمات البحث: الرضاعة الطبيعية متابعة ما بعد الولادة**

**SUMMARY :**

Algeria is one of the countries which do not contain a breastfeeding culture in the six months where breastfeeding rate is low compared to neighboring countries, according to a national survey conducted Multiple Indicator in 2006.

We then conducted a prospective study of 115 women to identify the determinants of the choice of feeding mode, and the main difficulties at 1 month postpartum.

The first advanced by these women is the expected result for child health and economic reasons income (89%). Women have mainly chosen bottle for convenience.

In our study, 89% of women breastfeed their children and motherhood until the first month postpartum. The main reasons for not breastfeeding were the absence of milky rise, overwork and the no desire of breastfeeding. No one of the factors considered in our study had a significant impact on the duration of exclusive breastfeeding.

To improve the rate and duration of breastfeeding in Algeria, it is essential to strengthen the training of health professionals, including general practitioners, so that they can respond effectively to the challenges faced by mothers, likely discontinue breastfeeding prematurely.

**Keywords : breastfeeding, follow-up, postpartum**