

Remerciement

Boite 516 / 618.92 - 285/01

Nous tenons à remercier très chaleureusement le professeur BENEDEDOUCHE qui nous a permis d'avoir une formation exemplaire durant notre stage au sein de son service. Son soutien, ses conseils, et sa disponibilité sans bornes nous ont aidés et largement guidés durant la réalisation de notre projet.

Encore une fois, merci professeur BENEDEDOUCHE

ALLAITEMENT MATERNEL

TABLE DES MATIERES

<i>CHAPITRE I : GENERALITES</i>	
<i>I. INTRODUCTION</i>	
<i>II. HISTORIQUE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL</i>	
<i>III. CADRE LEGISLATIF ET CONSIDERATIONS RELIGIEUSES ET CULTURELLES</i>	
<i>IV. ANALYSE DE LA SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE</i>	
1. DANS LE MONDE	
2. DANS LE MONDE ARABE	
<i>CHAPITRE II : LAIT MATERNEL ET PRATIQUE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL</i>	
<i>I. COMPOSITION ET AVANTAGES DU LAIT MATERNEL</i>	
1. ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE DE LA GLANDE MAMMAIRE	
2. COMPOSITION ET VARIATION DU LAIT MATERNEL	
2.1. Composition	
2.2. Variations de la composition du lait maternel	
3. AVANTAGES DE L'ALLAITEMENT MATERNEL	
3.1. Sur la santé du bébé	
3.2. Sur la santé du futur adulte	
3.3. Sur la santé de la mère	
3.4. Sur la famille	
<i>II. PRATIQUE DE L'ALLAITEMENT MATERNEL</i>	
1. TECHNIQUE	
2. ALIMENTATION DE LA FEMME ALLAITANTE	
2.1. Nutrition et allaitement	
2.2. Besoins nutritionnels pour la lactation	
2.3. Femme allaitante et mode de vie	
2.4. Allaitement et jeûne	
3. DIFFICULTES DE L'ALLAITEMENT MATERNEL	
3.1. Difficultés liées à la mère	
3.2. Difficultés liées au bébé	
3.3. Difficultés liées à l'entourage	

4. SITUATIONS PARTICULIERES	
4.1. AM et contraception	
4.2. AM et grossesse	
4.3. AM et césarienne	
4.4. AM et maladies transmissibles	
4.5. AM et médicaments	
4.6. AM et mère malade	
4.7. AM et bébé malade	
4.8. AM et bébé porteur d'une fente labio-palatine	
4.9. AM et jumeaux à terme	
4.10. AM et nouveau né prématuré et/ou de faible poids de naissance (FPN)	
5. L'EXTRACTION DU LAIT DE MERE	
6. L'HYGIENE DES SEINS	
7. LE COUNSELLING : COMMUNICATION AVEC LES MERES EN FAVEURS DE L'ALLAITEMENT MATERNEL	
7.1. Qu'est ce que le counselling en faveur de l'allaitement ?	
7.2. Les principales règles pour réussir un counselling en matière d'allaitement	
7.3. Quand pratiquer le counselling ?	
<i>CHAPITRE III - ETUDE PRACTIQUE.....</i>	
<i>CHAPITREIV- SOLUTION.....</i>	

CHAPITRE I: GENERALITES

I- Introduction:

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

{وَالْوَالِدَاتُ يُرْضِعْنَ أَوْلَادَهُنَّ حَوْلَيْنِ كَامِلَيْنِ لِمَنْ أَرَادَ أَنْ يُتِمَّ الرَّضَاعَةَ}

صدق الله العظيم (البقرة آية 233)

L'allaitement maternel est le moyen le plus naturel et le plus adapté pour nourrir un enfant. La supériorité du lait maternel par rapport au lait de vache et les substituts industriels est admise de tous et résumé dans le slogan anglo-saxon "breast is best".

Les bienfaits de l'allaitement maternel exclusif sont reconnus aussi bien au plan nutritionnel qu'au plan affectif. Il permet le développement harmonieux et l'épanouissement de l'enfant par les hormones de l'attachement qu'il mobilise et le comportement de maternage qu'il implique.

Le lait maternel contient des facteurs anti-infectieux, il a une action préventive des phénomènes atopiques, il réduirait le risque d'obésité et de diabète...

Si l'allaitement maternel est bénéfique pour tous les nouveau-nés, il est vital pour ceux des pays en développement ; et tous les efforts doivent être engagés pour le préserver voir le promouvoir et c'est sur cette base que notre étude est réalisée.

En Algérie, les études réalisées tirent une réelle sonnette d'alarme face au déclin observé concernant la pratique de l'allaitement maternel en effet selon l'enquête MICS 3, réalisée tous les cinq ans en collaboration avec l'Unicef et l'OMS, il a été enregistré en 2006 un taux d'allaitement maternel exclusif (0-6 mois) de 6,9% alors que ce taux était pratiquement le double dans les années précédentes. «Ce taux est en constante baisse».

II- 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.

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.

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. 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.

III- CADRE LÉGISLATIF ET CONSIDÉRATIONS RELIGIEUSES ET CULTURELLES:

En Algérie, l'allaitement maternel a toujours été une pratique naturelle et presque générale, 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 Ahquaf).

Par ailleurs, les plus illustres des médecins et savants arabes vantaient les bienfaits et précisaient les modalités d'allaitement, les soins et le régime de l'allaitante afin d'améliorer la qualité de son lait.

Des actions de consolidation et d'encouragement sans cesse renouvelées ont essayé de préserver la pratique naturelle de l'allaitement maternel, de la tendance qui s'est développée, à partir des années 60 chez les femmes allaitantes, à substituer leur lait par du lait artificiel. L'intérêt et l'engagement du gouvernement en faveur de la protection de l'allaitement maternel se sont concrétisés par de nombreuses actions comme celle citées plus haut.

IV-ANALYSE DE LA SITUATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE :

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, 60% 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 80%. Cette progression initiée en 1972, a débuté avec la prise de conscience par les mères instruites des bienfaits immunologiques et nutritionnels de l'allaitement.

L'adoption par le parlement suédois de lois garantissant aux mamans allaitantes 80% de leur salaire pendant 9 mois après l'accouchement (actuellement 12 mois) a également contribué à cette augmentation. La prévalence de l'allaitement maternel a augmenté secondairement entre 1990 et 1998, 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, le support social durant la période d'allaitement et la classe sociale qui déterminent la durée d'allaitement au sein.

2-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 :

93% des algériennes, 90% des soudanaises, 94% des libyennes, 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 : 21,8% en Algérie, 24,5% au Yémen, et 11% au Soudan.

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

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.

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 :

Σ l'une externe avec l'aréole et le mamelon

Σ 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).

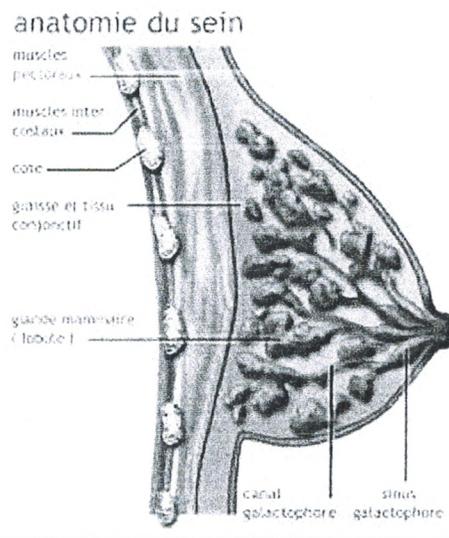
Les alvéoles sont tapissées de cellules épithéliales sécrétoires et sont entourées de cellules musculaires. Elles sécrètent le lait qui passe ensuite dans les canaux et se stocke dans les sinus jusqu'à la prochaine tétée.

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.

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 pro-gestérone 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 :



Σ 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.

Σ 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.

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 :

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

Σ 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)

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

Σ 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 :

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

Σ 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.

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

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

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

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

Σ La tétée nocturne contient moins de graisses.

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

d) Apports glucidiques :

Σ Le lait maternel est le lait le plus riche en lactose qui favorise l'absorption de calcium.

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

e) Apports en sels minéraux :

Σ 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.

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

f) Apports en vitamines :

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

Σ 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.

Σ 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.

Σ 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.

Σ 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 :

Σ 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.

Σ 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 de la 2ème 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 :

Σ le lait de début de tétée est d'apparence bleutée et riche en eau (calme la soif du bébé)

Σ 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 :

Le lait maternel est une substance vivante qui contient :

Σ des immunoglobulines surtout des IgA

Σ 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)

Σ La lactoferrine fixe le fer et empêche la prolifération des entérobactéries ferrodépendants

Σ Les lysozymes assurent la destruction des bactéries

Σ Les facteurs Bifidus favorisent la colonisation de l'intestin par les lactobacillus compétitifs avec les bactéries pathogènes.

b) Rôle protecteur contre les allergies :

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

Σ 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 :

Σ L'allaitement maternel établit une relation affective spéciale entre la mère et son enfant renforcée par le contact corps à corps ce qui procure au bébé un sentiment de sécurité et d'amour.

Σ Le contact étroit «peau à peau» immédiatement après l'accouchement facilite l'instauration de cette relation

Σ Les nourrissons pleurent moins lorsqu'ils sont en contact avec leurs mères

Σ Les mères qui allaitent répondent plus affectueusement à leurs bébés ; elles se plaignent moins de l'attention que leur réclame le nourrisson et de la fatigue des tétées nocturnes

d) Les aspects négatifs pour le bébé d'aliments autres que le lait maternel :

Σ Les laits artificiels : malgré les efforts pour les adapter ils ne conviennent toujours pas aux nourrissons (présence de soja, huiles végétales, forte teneur en protéines ...)

Σ L'introduction d'autres aliments avant 6 mois habitue l'enfant à des quantités inadaptées à son appareil digestif (distension gastrique), l'enfant réclame davantage d'aliments et est exposé ultérieurement à l'obésité et au diabète de type 2.

Σ L'utilisation d'autres laits nécessite un matériel supplémentaire (tétine, biberon...) qui représente une porte d'entrée aux infections.

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 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

I-TECHNIQUE

a) Mécanisme de la tétée

Σ 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.

Σ La succion stimule la sécrétion d'ocytocine qui entraîne l'éjection du lait des alvéoles vers les réservoirs lactés.

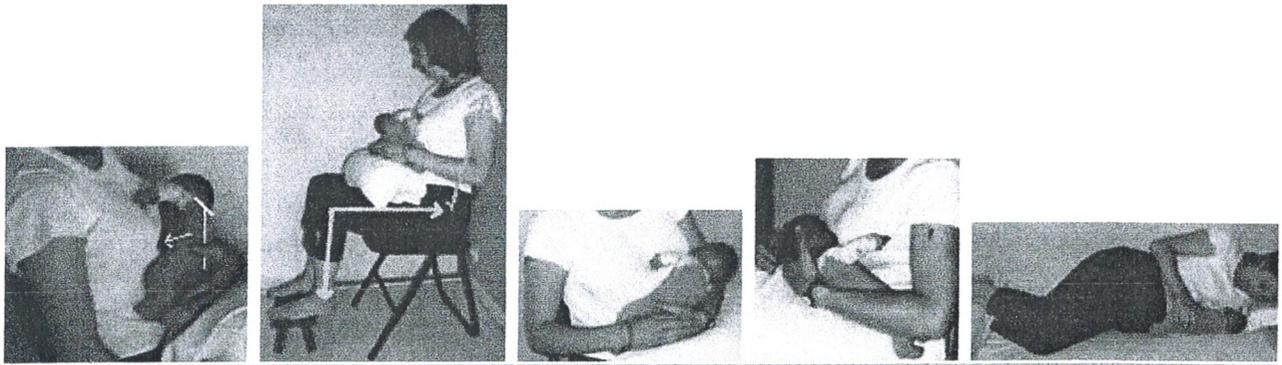
Σ La langue du bébé se déplace de l'avant vers l'arrière en se creusant autour du nouveau mamelon sous forme d'ondulations qui compriment les tissus mammaires contre le palais du bébé ce qui permet d'éjecter le lait des réservoirs lactés vers la bouche du bébé qui le déglutit.

Σ Ainsi attaché au sein, le bébé le vide facilement, c'est ce qu'on appelle « une tétée efficace ».

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, demander à la mère si elle peut attendre et vous dire quand le nourrisson réclamera le sein de nouveau.

c) La position classique mère assise :

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

Σ 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.

Σ 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 :

Σ la tête et le corps du nourrisson sont droits.

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

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

Σ 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.

e) Les autres positions :

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

Σ Position sous l'avant-bras ou face à face :

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.

Indications :

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

Σ 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.

Σ La mère en 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 :

Σ La mère chatouille les lèvres du bébé avec le mamelon.

Σ Quand le bébé ouvre grand la bouche, la mère l'approche rapidement du sein, sa lèvre inférieure est bien au dessous du mamelon.

Σ Les critères d'une bonne prise du sein :

- 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.

g) La succion efficace :

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

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

h) Déroulement de la tétée :

Σ 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.

Σ 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.

Σ 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.

Σ 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.

Σ 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.

Σ 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.

Σ 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.

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

Σ 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

i) Durée de l'allaitement :

Σ 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 :

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

Σ La manipulation de ces aliments doit tenir compte des règles d'hygiène.

Σ Les aliments doivent être frais et faciles à digérer (éviter les pots du commerce).

Σ Les menus doivent être variés et équilibrés dans la journée.

Σ Les aliments doivent être donnés dans un plat individuel, en utilisant la cuillère et de manière active.

Σ 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 exclusif 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, aigrelettes et jaune d'or, liées à l'acidité créée par le facteur bifide du lait maternel. Il faudrait :

Σ S'assurer que la prise de poids est correcte

Σ 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 :

Σ 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.

Σ L'informer que le supplément d'un autre aliment est inutile voir dangereux avant l'âge de 6 mois.

Σ La rassurer également quant au caractère transitoire de cette « constipation » qui disparaîtra avec la diversification du régime à l'âge de 6 mois.

Σ 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 :

Σ 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.

Σ l'ictère au lait de mère tardif : il apparaît vers le 4ème-5ème jour de vie ; il est lié à une inhibition de la glucuronoconjugaison 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, quelque 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 :

Σ 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,.....

Σ La mère qui allaite doit boire beaucoup.

Σ 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 :

Σ 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.

Σ 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.

Σ 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 :

Σ 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).

Σ 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

d) Besoin hydrique :

Il est conseillé d'encourager les mères qui allaitent à boire suffisamment pour étancher 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%).

2-3- Femme allaitante et mode de vie :

Σ 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.

Σ 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).

Σ 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 :

a) difficultés liées au mamelon :

≠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.

- 1ère étape : couper l'embout de la seringue sur le prolongement du trait.

- 2ème étape : introduire le piston du côté coupé (sens contraire).

- 3ème étape : demander à la mère de mettre le côté lisse de la seringue sur l'aréole et de tirer doucement sur le piston afin d'exprimer sur le mamelon.

≠ 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.

≠ 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, pouvant saigner).

La crevasse est causée par :

- Une position incorrecte du bébé au sein qui étire la peau de la zone aréole-mamelonnaire 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 manoeuvres 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.

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 :

≠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
- L'application de compresses froides sur les seins, après les tétées permet de réduire l'oedème.

- 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 au chou lui-même.

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 :

Σ 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.

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

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

Σ 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, conseiller 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 inflammée 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 que apparition de fièvre qui dure plus que 24 heures malgré une bonne extraction du lait IL FAUT REFERER LA FEMME À UN SPECIALISTE.

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 oestrogènes 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 succettes.
- 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 sucer. 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'il 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 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 ?

Σ s'assurer que le bébé est bien portant notamment sur le plan neurologique. Le faire examiner par un médecin et éventuellement par un spécialiste.

Σ Vérifier que sa croissance est satisfaisante.

Σ 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.

Σ Rassurer la mère quant au caractère transitoire de ce comportement.

Σ 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).

3.3 Difficultés liées à l'entourage :

L'influence de l'entourage qu'il soit familial, amical ou social peut être positive ou négative pour la femme qui allaite.

Σ On connaît tous certaines critiques formulées concernant la qualité du lait pour quelques mamans :

"Ton lait est léger, dilué"

"Ton bébé est affamé, non rassasié par ton lait"

"Ton bébé ne grandit pas avec ton lait"

Ces propos, ajoutés aux mauvaises expériences personnelles d'allaitement de certains membres de la famille (mère, soeur....) ne font que décourager la femme dans son projet d'allaitement.

Σ La charge des responsabilités pour les femmes est habituellement lourde: le ménage, les enfants et parfois le travail en dehors de la maison.

Σ La reprise du travail des femmes est un argument majeur mentionné comme étant un frein à l'allaitement maternel dans notre société. Cependant, les enquêtes réalisées montrent que les femmes au foyer n'allaitent pas mieux ni plus que les autres.

Σ Des facteurs culturels interviennent négativement sur la pratique de l'allaitement maternel. En effet, l'image du sein plus habituellement véhiculée à travers les médias est celle du sein érotique, esthétique publicitaire beaucoup plus rarement maternel.

Σ Le professionnel de santé devrait être l'acteur numéro 1 dans la promotion de l'allaitement maternel; malheureusement ce rôle n'est pas toujours pleinement joué; il s'agit souvent d'une insuffisance de formation, d'un manque de motivation, d'un manque de disponibilité. Ajouté à cela, on note l'effet des médias et du marketing, plutôt en faveur de l'allaitement artificiel, sur le professionnel de santé qui est perméable à ces sollicitations.

La résolution de ces problèmes sera étudiée dans le chapitre: "Stratégie de promotion de l'allaitement maternel".

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 :

Σ 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 passer 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.

Σ 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.

Σ 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 indiquent 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 réplication 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 tuberculose 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.

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 :

Σ 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.

Σ 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.

Σ 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.

Σ 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 ?

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

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

Σ 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.

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

Σ 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

Σ L'annexe 2 représente un schéma du circuit d'un médicament de la mère à l'enfant via le lait maternel et des facteurs qui l'influencent.

Σ L'annexe 3, 4 rapportent une liste de médicaments qui ne comprend que les produits les plus couramment utilisés .

4-6- Allaitement Maternel et mère malade :

Σ 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.

Σ 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.

Σ 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.

Σ 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.

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

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

Σ 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.

Σ 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.

4-9- Allaitement Maternel et jumeaux à terme :

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 :

Σ 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.

Σ 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 surveiller 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.

Σ 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.

4-10- 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 :

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

Σ 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.

5- 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 :

Σ L'engorgement mammaire.

Σ L'obstruction d'un canal galactophore.

Σ La mastite.

Σ L'alimentation du bébé dans le cas des mamelons ombiliqués en attendant de l'initier à la prise du sein.

Σ L'alimentation des bébés malades ou à très faible poids de naissance quand ils sont hospitalisés.

Σ En cas de maladie de la mère empêchant provisoirement l'allaitement, dans le but de préserver la production du lait.

Σ En cas d'éloignement de la mère de son bébé pour le travail ou pour une autre raison.

Σ Pour empêcher l'écoulement spontané du lait des seins quand la mère est éloignée de son bébé.

b) Stimulation du réflexe ocytocique :

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

Σ 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.

Σ 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

c) Techniques d'extraction du lait maternel

Σ La méthode manuelle :

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 manoeuvre 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.

Σ 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 :

Σ Le lait exprimé est conservé dans un récipient propre, couvert, portant la date et l'heure de son extraction.

Σ on peut conserver le lait maternel à la température ambiante pendant 4 à 6h, ou bien au réfrigérateur (étage supérieure) pendant 24h.

Σ Pour utiliser le lait exprimé, le réchauffer en plaçant le récipient dans un bainmari.

Σ La graisse peut former des particules et surnager au dessus du lait. Agiter doucement le récipient pour mélanger la graisse au reste du lait.

6- 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.

7- LE COUNSELLING : COMMUNICATION AVEC LES MÈRES EN FAVEUR DE L'ALLAITEMENT

MATERNEL

7.1. Qu'est ce que le counselling en faveur de l'allaitement ?

C'est un mode de communication interactif utilisé pour l'allaitement et qui permet de comprendre ce que ressent la mère future allaitante afin de la conseiller et l'accompagner pour l'amener à prendre d'elle-même la bonne décision.

En effet, «conseiller» est plus que «recommander», car lorsqu'on fait des recommandations à quelqu'un, on lui indique ce que l'on croit qu'il devrait faire, alors que lorsqu'on conseille une mère, on l'aide à décider ce qui est le mieux pour elle. Une fois qu'elle est convaincue, elle choisit d'elle-même d'allaiter, et résiste mieux à la pression de l'entourage, qui est actuellement une des causes de l'abandon précoce de l'allaitement maternel.

7.2. Les principales règles pour réussir un counselling en matière d'allaitement

a) savoir écouter la mère : Pour connaître son profil, il faut la mettre en confiance en utilisant la technique de la communication non verbale positive :

Σ avoir une bonne position par rapport à la mère et se mettre à la même hauteur

Σ la regarder en lui prêtant attention et en lui témoignant de l'intérêt et de l'empathie à ce qu'elle dit

Σ prendre son temps (être pressé peut entraver la communication)

b) Poser des questions à réponse ouverte : en utilisant les mots « comment ? qui ? où ? et en évitant les questions à réponse par « oui » ou « non » qui risquent d'arrêter le dialogue.

c) Éviter les mots exprimant des jugements : (c'est faux, c'est grave, ...)

d) Féliciter la mère pour ce qu'elle fait de bien à son enfant

e) Donner à la mère des informations adaptées à sa situation (exp : quand vous posez vos doigts sur le sein pendant la tétée, il se peut que les canaux qui véhiculent le lait s'obstruent)

f) Utiliser un vocabulaire simple et compréhensible par la mère

g) Proposer à la mère une aide pratique (exp : lui montrer la bonne position et la bonne prise sans la toucher et sans procéder à sa place)

h) S'assurer que la mère ait compris le message en lui posant des questions de vérification.

7.3. Quand pratiquer le counselling :

Les prestataires des soins médecins, sages femmes ou infirmiers doivent saisir toutes les opportunités pour aider et accompagner les mères ou les futures mères à pratiquer l'allaitement maternel en adaptant les conseils à chaque situation :

β En prénatal : il s'agit de préparer la femme à réussir sa future expérience d'allaitement, particulièrement au 9^{ème} mois de grossesse.

- L'interroger sur son éventuelle expérience antérieure en matière d'allaitement maternel, si elle a réussi cette expérience, il est possible qu'elle soit déjà motivée pour la reprendre de nouveau, si au contraire elle a rencontré des difficultés, lui expliquer que cela ne l'empêchera pas de réussir une nouvelle expérience, l'encourager et la rassurer en lui montrant votre détermination à l'aider. Essayer de répondre à tous ses questionnements ou ses craintes et l'encourager à les exprimer.

- Examiner les seins si la femme exprime l'existence d'un problème physiologique.

En cas de mamelons plats ou ombiliqués, la rassurer en lui expliquant qu'après l'accouchement et durant la première semaine postnatale, ces problèmes s'améliorent, lui expliquer également que le bébé ne tâte pas uniquement le mamelon mais une partie du sein derrière le mamelon.

En cas de seins de petit volume, lui expliquer également que la production de lait est équivalente à celle de seins plus volumineux car le volume des seins est déterminé par la quantité de graisse y contenue et non par la partie responsable de la production lactée .

- La préparer à la mise au sein précoce tout de suite après l'accouchement, selon son état de santé, sans dépasser la première heure qui suit l'accouchement lui expliquer qu'elle doit donner le sein même s'il n'y a pas de lait car c'est la précocité et le nombre de tétées qui vont induire une bonne montée laiteuse . La prévenir de l'utilisation de biberon ou de succette et de l'introduction d'aliment ou de liquide.

β En pernatal, dans la salle d'accouchement :

Il s'agit de garantir les actes décisifs pour un bon démarrage et la poursuite le plus longtemps possible de la pratique de l'allaitement maternel. Pour cela, le personnel soignant doit aider la femme à la mise au sein précoce en favorisant le contact peau à peau.

β En post natal immédiat et tardif, à savoir dans la maternité et aux consultations du 8ème et 40ème jours .

Il s'agit de faciliter à la mère la pratique d'un allaitement maternel à la demande jour et nuit, afin de réduire le risque de recourir au biberon ou à la sucette contenant l'eau sucrée ou autres liquides.

Le rooming-in et le bedding-in représentent le meilleur moyen pour atteindre cet objectif .

β Ultérieurement :

Le professionnel de santé a pour tâche de :

- Renforcer la confiance de la mère en ces capacités, elle doit se sentir «capable de nourrir son enfant en lui donnant son lait seul jusqu'à l'âge de 6 mois, en étant persuadée que c'est ce qu'il y a de mieux à lui offrir.

Elle a également besoin de se sentir confiante afin de résister à l'influence de son entourage qui entrave la pratique de l'allaitement maternel exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois puis avec aliments de complément jusqu'à l'âge de 2 ans .

- Aider la mère à résoudre les difficultés qu'elle peut rencontrer afin de pouvoir poursuivre la pratique de l'allaitement tel que recommandé. Lui expliquer que pour chaque problème elle doit se présenter au CSB avant de prendre des décisions seule ou avec les membres de sa famille, «tel que l'introduction d'un autre aliment car son lait est insuffisant».

Rassurer la mère sur le fait que la majorité des difficultés sont faciles à résoudre moyennant de la patience et un savoir faire.

CHAPITRE III: ETUDE PRATIQUE

I-Objectif :

Tandis que divers actions de santé publique nationale ou locale sont entreprises pour améliorer le taux et la durée d'allaitement maternel en Algérie nous avons conduits une étude afin de décrire les facteurs associés à sa pratique à la maternité de Tlemcen (EHS) en 2009.

A la fin de notre étude nous allons pouvoir :

- Estimer la durée d'allaitement maternel.
- Identifier les facteurs associés à son initiation et au sevrage.
- Rechercher les principales causes d'interruption du lait maternel.
- Promouvoir l'allaitement maternel, qui reste l'aliment de référence du nourrisson.
- Estimer les différents âges de diversification alimentaire.

II-Méthodes et matériels:

A) Méthode :

Il s'agit d'une enquête épidémiologique prospective portant sur les nouveau-nés issus de grossesse unique ou multiples nés à la maternité de l'hôpital de Tlemcen à l'exclusion des grands prématurés. Leurs mères ont été d'abord interrogées lors de leur séjour à l'hôpital En unité de suites de couche, puis à 1mois et enfin aux 6^{ème} mois de l'enfant.

B) matériel :

Un questionnaire : standardisé comportant deux parties (annexe) :

La première partie :

Devrait être remplis au sein de la maternité au lit des femmes comportant des informations sur les caractéristiques sociodémographiques, les antécédents médicaux et obstétricaux de la femme notamment les affections de grossesse (HTA, infection,

menace d'accouchement prématuré) le niveau d'instruction de la mère et son âge, et les caractéristiques néonatale (terme, poids).

La deuxième partie :

Devrait être remplis à 01 mois puis à 06 mois par un interrogatoire effectué soit par téléphone ou au niveau du service de pédiatrie sur le mode d'allaitement actuel, les différentes causes et la durée totale de l'allaitement maternel en cas d'un éventuel arrêt.

Logiciels : épi-info, Microsoft Word, Excel

III-Les résultats:

A-Description de l'échantillon :

La maternité de Tlemcen a enregistré durant l'année 2009 13937 nouveaux né notre étude a été effectuée entre le 28 aout et le 30 décembre 2009, durant cette période le nombre d'accouchement était de 2957 toutes les femmes n'ont pas été incluse dans l'enquête ce sont celles ayant données naissance à un mort né ou des grands prématurés, ainsi que les femmes ayant accouchés les week-ends ou les jours fériés.

Un certain nombre de femme ont refusé dès le début de participer à l'étude réduisant le nombre d'échantillon total à 967 d'autres ont soit refusé de poursuivre l'enquête ou n'ont pas pu être jointes à 01 moi et à 06 moi, le nombre d'échantillon total à la fin de notre étude était de 470 femmes.

B- données générales :

Tableau n 01 : Préparation à l'accouchement :

Préparation à l'accouchement	nombres	pourcentages
Oui	021	04,46%
Non	449	95,54%
Total	470	100%

Tableau 02 : mode d'accouchement :

Mode d'accouchement	fréquences	pourcentages
Normal	384	81,70%
Forceps	46	09,70%
Césarienne	40	08.60%
total	470	100%

Tableau n 03 :

A) Information sur l'allaitement maternel :

Informations sur l'allaitement maternel	fréquences	pourcentages
oui	213	45 ,32%
non	257	54,68%
total	470	100%

B) le mode d'information :

Mode d'information	nombres	pourcentages
Entourage	113	53,05%
Expérience (premières grossesses)	74	34,75%
Médecin	26	12,20%
total	213	100%

Tableau 04 :

Choix d'allaitement :

Choix d'allaitement	fréquences	pourcentages
Convaincu	432	91,92%
Economie	038	08,08%
total	470	100.%

Tableau 05

Les antécédents médicaux :

Antécédents médicaux	fréquences	pourcentage
Aucun	317	67,45%
Diabète	31	06.60%
Hospitalisation pendant la grossesse	16	03.40%
HTA	19	04.05%
Infection	42	08.95%
Kyste ovarien	01	00.20%
Menace avortement	15	03.20%
Prise médicamenteuse	26	05.55%
pyélonéphrite	03	00.60%
total	470	100%

Tableau 07 :

Âge maternel

Ages	fréquences	pourcentages
< 20	20	04.25%
20-25	110	23.40%
25-30	161	34.25%
30-35	115	24.45%
35-40	46	09.80%
> 40	18	03.85%
Total	470	100%

Tableau 08 :

Niveau d'instruction :

Niveau	fréquences	pourcentages
Aucun	31	06.70%
Primaire	112	23.80%
Moyen	122	25.95%
Secondaire	136	28.95%
Universitaire	69	14.60%
total	470	100%

Tableau 09 : la parité :

Parités	fréquence	pourcentage
Multipares	278	59.15%
Primipares	192	40.85%
total	470	100%

Tableau 10 : poids des nouveaux nés :

Poids (g)	fréquences	pourcentages
1600-2500	28	05.95%
2500-3000	89	18.95%
3000-3500	176	37.45%
3500-4000	145	30.85%
4000-4500	32	06.80%
total	470	100%

Tableau 11 : taux d'allaitement selon l'âge du bébé :

	<u>01mois</u>	<u>06mois</u>
Mode d'allaitement	%	%
Exclusif	66.20	50.85
Mixte	23.20	09.80
artificiel	10.60	39.35
total	100%	100%

Tableau n 12 : taux d'allaitement selon le niveau d'instruction.

Niveau	<u>01 mois</u>			<u>06 mois</u>		
	Exclusif %	Mixte %	Artificiel %	Exclusif %	Mixte %	Artificiel %
Aucun N=31	77.40	16.15	06.45	61.30	12.90	25.80
Primaire N=112	63.40	24.10	12.50	57.15	12.50	30.35
Moyen N=122	70.50	20.50	9.00	60.65	09.85	29.50
Secondaire N=136	65.45	22.80	11.75	50.75	07.35	41.90
Universitaire N=69	59.40	30.45	10.15	18.85	08.70	72.45

Tableau 13 : taux d'allaitement selon la parité

Parité	<u>01 mois</u>		<u>06 mois</u>	
	Multipare n=278 %	Primipare N=192 %	Multipare N=278 %	Primipare N=192 %
Exclusif	67.50	32.50	65.70	34.30
Mixte	44.95	55.05	43.50	56.50
Artificiel	38.00	62.00	45.40	54.60

Tableau 14 : taux d'allaitement selon l'âge

Age (frq)	<u>01 mois</u>			<u>06 mois</u>		
	Exclusif %	mixte %	artificiel %	exclusif %	mixte %	Artificiel %
< 20 N=20	35.00	35.00	30.00	25.00	10.00	65.00
20-25 N=110	63.40	28.20	08.40	55.45	07.30	37.25
25-30 N=161	61.50	20.50	18.00	42.85	07.45	50.30
30-35 N=115	73.90	23.40	02.70	62.60	11.30	26.10
35-40 N=46	78.25	17.40	04.35	50.00	21.70	28.30
> 40 N=18	77.70	16.50	05.55	50.00	05.55	44.45

Tableau 15 : taux d'allaitement selon l'habitat

habita	<u>01 mois</u>			<u>06 mois</u>		
	exclusif %	mixte %	artificiel %	exclusif %	mixte %	artificiel %
Urbain (325)	60.60	25.55	13.85	43.40	09.55	47.05
Rural (145)	78.60	17.90	03.50	67.60	10.35	22.05

Tableau 16:

Cause d'arrêt d'allaitement maternel :

causes d'arrêts	pourcentages
Lait insuffisant	35.20%
plus envie de donner le sein	03.25%
contraceptif oraux	10.80%
crevasse	01.1%
fatigue	06.5%
hospitalisation du bébé	02.7%
hypotrophie	02.15%
insomnie nocturne du bébé	08.65%
prise médicamenteuse	07.00%
refus téter	03.80%
reprise du travail	04.30%
trouble fonctionnels du bébé	04.85%
montée laiteuse insuffisante	09.70%

Tableau 17: durée d'allaitement maternel

Durée d'allaitement/semaines	fréquences
A la naissance	05
0 à 4 ^{ème} semaine	45
5 ^{ème} à 8 ^{ème} semaine	88
9 ^{ème} à 12 ^{ème} semaine	35
13 ^{ème} à 16 ^{ème} semaine	22
17 ^{ème} à 20 ^{ème} semaine	25
21 ^{ème} à 23 ^{ème} semaine	24
> 24 semaines	226

Discussion :

Description de l'échantillon

Cette étude a été réalisée entre le 28 aout 2009 et 30 septembre 2009, à l'EHS Tlemcen.

Les mères étaient pour 60% des multipares, dont 60% avaient un âge entre 25 et 35 ans, seulement 15% avaient suivi des études universitaires (tableau 07-08-09)

Pendant cette période 32 % des femmes ont présenté une pathologie de la grossesse dont 4% seulement ont été hospitalisé. (Tableau 05)

Une préparation à l'accouchement était suivie que par 5% des femmes, dont 45% déclaraient avoir reçu aussi des informations à propos de l'allaitement maternel, ces information étaient dans plus de la moitié des cas obtenues par leurs entourage (mère, sœur....). (Tableau 01-03)

L'accouchement a eu lieu par césarienne dans moins de 10% des cas. (Tableau 02)

La majorité des nouveaux nés (près de 70%) avaient un poids de naissance entre 3 et 4 kg. (Tableau 10)

Allaitement de l'enfant à la naissance

A la naissance, la majorité des mamans avaient choisi l'allaitement maternelle comme mode d'alimentation de leurs enfants et la raison évoqué pour expliquer ce choix dans plus de 90% des cas était les bénéfices pour l'enfant, le reste des femmes (10%) l'avaient choisi pour des raisons économique (tableau 04).

Allaitement de l'enfant entre 01 mois et 06 mois

Parmi les 470 enfants allaités à la naissance, près de 90% étaient encore sous allaitement maternelle à 01 mois, parmi lesquels 70% l'étaient exclusivement. Chez les 10% de femmes ayant arrêté l'allaitement avant 01 mois la principale raison évoqué pour justifier leurs choix était le tarissement du lait (tableau 01)

A 06 mois, la moitié des femmes allaitaient leurs enfants de manière exclusive. dans l'autre moitié, 10% avaient choisi l'allaitement mixte, et 40% l'allaitement artificielle (tableau 01)

La principale raison évoquée par les mamans pour l'arrêt de l'allaitement maternelle était le tarissement du lait pour 35% d'entre elles. Les autres causes évoqués étaient la prise médicamenteuse (contraceptif oraux ou autres....) dans près de 20% des cas et une fatigue maternelle ou une reprise de l'activité professionnelle dans 10% des cas (tableau 06)

Facteurs associés à la pratique d'allaitement à 01 mois et 06 mois

Parmi les femmes ayant initié un allaitement maternelle, les multipares avaient 2 fois plus de chance d'allaiter au sein leurs enfant a 01 mois que les primipares. (Tableau 03)

On note un taux d'allaitement exclusif relativement similaire entre les femmes de différent niveau d'instruction a 01 mois (entre 60% et 70%) sauf pour les femmes qui n'ont pas suivi d'études ou il est légèrement plus augmenté. ces taux restent relativement stable a 06 mois sauf pour les femmes ayant un diplôme universitaire ou on note un diminution importante de l'allaitement maternelle (tableau 02)

menace d'accouchement prématuré) le niveau d'instruction de la mère et son âge, et les caractéristiques néonatale (terme, poids).

La deuxième partie :

Devrait être remplis à 01 mois puis à 06 mois par un interrogatoire effectué soit par téléphone ou au niveau du service de pédiatrie sur le mode d'allaitement actuel, les différentes causes et la durée totale de l'allaitement maternel en cas d'un éventuel arrêt.

Logiciels : épi-info, Microsoft Word, Excel

III-Les résultats:

A-Description de l'échantillon :

La maternité de Tlemcen a enregistré durant l'année 2009 13937 nouveaux né notre étude a été effectuée entre le 28 aout et le 30 décembre 2009, durant cette période le nombre d'accouchement était de 2957 toutes les femmes n'ont pas été incluse dans l'enquête ce sont celles ayant données naissance à un mort né ou des grands prématurés, ainsi que les femmes ayant accouchés les week-ends ou les jours fériés.

Un certain nombre de femme ont refusé dès le début de participé à l'étude réduisant le nombre d'échantillon total à 967 d'autres ont soit refusé de poursuivre l'enquête ou n'ont pas pu être jointes à 01 moi et à 06 moi, le nombre d'échantillon total à la fin de notre étude était de 470 femmes.

B- données générales :

Tableau n 01 : Préparation à l'accouchement :

Préparation à l'accouchement	nombres	pourcentages
Oui	021	04,46%
Non	449	95,54%
Total	470	100%

Tableau 02 : mode d'accouchement :

Mode d'accouchement	Fréquences	pourcentages
Normal	384	81,70%
Forceps	46	09,70%
Césarienne	40	08.60%
total	470	100%

Tableau n 03 :

A) Information sur l'allaitement maternel :

Informations sur l'allaitement maternel	Fréquences	pourcentages
oui	213	45 ,32%
non	257	54,68%
total	470	100%

B) le mode d'information :

Mode d'information	Nombres	pourcentages
Entourage	113	53,05%
Expérience (premières grossesses)	74	34,75%
Médecin	26	12,20%
total	213	100%

Tableau 04 :

Choix d'allaitement :

Choix d'allaitement	fréquences	pourcentages
Convaincu	432	91,92%
Economie	038	08,08%
total	470	100.%

Tableau 05

Les antécédents médicaux :

Antécédents médicaux	Fréquences	pourcentage
Aucun	317	67,45%
Diabète	31	06.60%
Hospitalisation pendant la grossesse	16	03.40%
HTA	19	04.05%
Infection	42	08.95%
Kyste ovarien	01	00.20%
Menace avortement	15	03.20%
Prise médicamenteuse	26	05.55%
pyélonéphrite	03	00.60%
total	470	100%

Tableau 07 :

Âge maternel

Ages	Fréquences	pourcentages
< 20	20	04.25%
20-25	110	23.40%
25-30	161	34.25%
30-35	115	24.45%
35-40	46	09.80%
> 40	18	03.85%
Total	470	100%

Tableau 08 :

Niveau d'instruction :

Niveau	fréquences	pourcentages
Aucun	31	06.70%
Primaire	112	23.80%
Moyen	122	25.95%
Secondaire	136	28.95%
Universitaire	69	14.60%
total	470	100%

Tableau 09 : la parité :

Parités	fréquence	pourcentage
Multipares	278	59.15%
Primipares	192	40.85%
total	470	100%

Tableau 10 : poids des nouveaux nés :

Poids (g)	fréquences	pourcentages
1600-2500	28	05.95%
2500-3000	89	18.95%
3000-3500	176	37.45%
3500-4000	145	30.85%
4000-4500	32	06.80%
total	470	100%

Tableau 11 : taux d'allaitement selon l'âge du bébé :

	<u>01mois</u>	<u>06mois</u>
Mode d'allaitement	%	%
Exclusif	66.20	50.85
Mixte	23.20	09.80
artificiel	10.60	39.35
total	100%	100%

Tableau n 12 : taux d'allaitement selon le niveau d'instruction.

Niveau	<u>01 mois</u>			<u>06 mois</u>		
	Exclusif %	Mixte %	Artificiel %	Exclusif %	Mixte %	Artificiel %
Aucun N=31	77.40	16.15	06.45	61.30	12.90	25.80
Primaire N=112	63.40	24.10	12.50	57.15	12.50	30.35
Moyen N=122	70.50	20.50	9.00	60.65	09.85	29.50
Secondaire N=136	65.45	22.80	11.75	50.75	07.35	41.90
Universitaire N=69	59.40	30.45	10.15	18.85	08.70	72.45

Tableau 13 : taux d'allaitement selon la parité

Parité	<u>01 mois</u>		<u>06 mois</u>	
	Multipare n=278 %	Primipare N=192 %	Multipare N=278 %	Primipare N=192 %
Exclusif	67.50	32.50	65.70	34.30
Mixte	44.95	55.05	43.50	56.50
Artificiel	38.00	62.00	45.40	54.60

Tableau 14 : taux d'allaitement selon l'âge

Age (frq)	01 mois			06 mois		
	Exclusif	mixte	artificiel	exclusif	mixte	Artificiel
	%	%	%	%	%	%
< 20 N=20	35.00	35.00	30.00	25.00	10.00	65.00
20-25 N=110	63.40	28.20	08.40	55.45	07.30	37.25
25-30 N=161	61.50	20.50	18.00	42.85	07.45	50.30
30-35 N=115	73.90	23.40	02.70	62.60	11.30	26.10
35-40 N=46	78.25	17.40	04.35	50.00	21.70	28.30
> 40 N=18	77.70	16.50	05.55	50.00	05.55	44.45

Tableau 15 : taux d'allaitement selon l'habitat

habita	01 mois			06 mois		
	exclusif	mixte	artificiel	exclusif	mixte	artificiel
	%	%	%	%	%	%
Urbain (325)	60.60	25.55	13.85	43.40	09.55	47.05
Rural (145)	78.60	17.90	03.50	67.60	10.35	22.05

Tableau 16:

Cause d'arrêt d'allaitement maternel :

causes d'arrêts	Pourcentages
Lait insuffisant	35.20%
plus envie de donner le sein	03.25%
contraceptif oraux	10.80%
crevasse	01.1%
fatigue	06.5%
hospitalisation du bébé	02.7%
hypotrophie	02.15%
insomnie nocturne du bébé	08.65%
prise médicamenteuse	07.00%
refus téter	03.80%
reprise du travail	04.30%
trouble fonctionnels du bébé	04.85%
montée laiteuse insuffisante	09.70%

Tableau 17: durée d'allaitement maternel

Durée d'allaitement/semaines	fréquences
A la naissance	05
0 à 4 ^{ème} semaine	45
5 ^{ème} à 8 ^{ème} semaine	88
9 ^{ème} à 12 ^{ème} semaine	35
13 ^{ème} à 16 ^{ème} semaine	22
17 ^{ème} à 20 ^{ème} semaine	25
21 ^{ème} à 23 ^{ème} semaine	24
> 24 semaines	226

Discussion :

Description de l'échantillon

Cette étude a été réalisée entre le 28 août 2009 et 30 septembre 2009, à l'EHS Tlemcen.

Les mères étaient pour 60% des multipares, dont 60% avaient un âge entre 25 et 35 ans, seulement 15% avaient suivi des études universitaires (tableau 07-08-09)

Pendant cette période 32 % des femmes ont présenté une pathologie de la grossesse dont 4% seulement ont été hospitalisé. (Tableau 05)

Une préparation à l'accouchement était suivie que par 5% des femmes, dont 45% déclaraient avoir reçu aussi des informations à propos de l'allaitement maternel, ces information étaient dans plus de la moitié des cas obtenues par leurs entourage (mère, sœur....). (Tableau 01-03)

L'accouchement a eu lieu par césarienne dans moins de 10% des cas. (Tableau 02)

La majorité des nouveaux nés (près de 70%) avaient un poids de naissance entre 3 et 4 kg. (Tableau 10)

Allaitement de l'enfant à la naissance

A la naissance, la majorité des mamans avaient choisi l'allaitement maternelle comme mode d'alimentation de leurs enfants et la raison évoqué pour expliquer ce choix dans plus de 90% des cas était les bénéfices pour l'enfant, le reste des femmes (10%) l'avaient choisi pour des raisons économique (tableau 04).

Allaitement de l'enfant entre 01 mois et 06 mois

Parmi les 470 enfants allaités à la naissance, près de 90% étaient encore sous allaitement maternelle à 01 mois, parmi lesquels 70% l'étaient exclusivement. Chez les 10% de femmes ayant arrêté l'allaitement avant 01 mois la principale raison évoqué pour justifier leurs choix était le tarissement du lait (tableau 01)

A 06 mois, la moitié des femmes allaitaient leurs enfants de manière exclusive. dans l'autre moitié, 10% avaient choisi l'allaitement mixte, et 40% l'allaitement artificielle (tableau 01)

La principale raison évoquée par les mamans pour l'arrêt de l'allaitement maternelle était le tarissement du lait pour 35% d'entre elles. Les autres causes évoqués étaient la prise médicamenteuse (contraceptif oraux ou autres....) dans près de 20% des cas et une fatigue maternelle ou une reprise de l'activité professionnelle dans 10% des cas (tableau 06)

Facteurs associés à la pratique d'allaitement à 01 mois et 06 mois

Parmi les femmes ayant initié un allaitement maternelle, les multipares avaient 2 fois plus de chance d'allaiter au sein leurs enfant a 01 mois que les primipares. (Tableau 03)

On note un taux d'allaitement exclusif relativement similaire entre les femmes de différent niveau d'instruction a 01 mois (entre 60% et 70%) sauf pour les femmes qui n'ont pas suivi d'études ou il est légèrement plus augmenté. ces taux restent relativement stable a 06 mois sauf pour les femmes ayant un diplôme universitaire ou on note un diminution importante de l'allaitement maternelle (tableau 02)

Annexe:

Première partie

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Tel :

Interrogatoire maternel

Déroulement de la grossesse

Préparation à l'accouchement

Information sur l'allaitement maternel

Mode d'information

Choix sur l'allaitement maternel

Economie

Convaincue

Antécédents médicaux

Menace d'avortement

Hospitalisation pendant la grossesse

Prise de médicaments

Infections

Diabète

HTA

Antécédents chirurgicaux

Age maternel

(20 ans) ... (20-25ans) ... (25-35 ans) ... (30-35ans) ... (35-40 ans) ... (> 40 ans)

Niveau d'instruction : Aucun - Primaire - Secondaire - Universitaire

Parité : multipare - Primipare

Terme:

Mensurations : Poids Taille PC

Apgar :

Deuxième partie

ARRÊT (CAUSE) :

-Reprise du travail

- plus envie de donner le sein

-prise de poids excessif

-fatigue (insomnie nocturne)

-crevasse

-maladie (évoquer)

-trouble fonctionnel du bébé

-ictère

-autres (préciser)

Choix du lait artificiel conseillé/orienté

Durée totale de l'allaitement (semaine)

Référence :

[1] www.unicef.org.tn

[2] www.el-annabi.com

CHAPITRE VI-SOLUTION

Solutions :

INTRODUCTION :

Depuis le lancement de l'initiative « hôpitaux amis des bébés » par l'OMS et l'UNICEF dans les années 1990 et le lancement du programme national de périnatalité, de nombreuses actions ont été menées en Algérie en vue de renforcer l'allaitement maternel et plus généralement l'alimentation saine du nourrisson.

Les enquêtes réalisées concernant l'allaitement maternel ont dégagé principalement quatre déterminants influençant l'allaitement maternel : l'environnement socioculturel et familial, les croyances et les attitudes des jeunes mères, le comportement du personnel de santé dans les secteurs public et privé et l'environnement institutionnel.

Enfin, en référence aux recommandations de l'OMS et à l'initiative « hôpitaux amis des bébés », un niveau de connaissances moyen et parfois défaillant du personnel de santé quand il s'agit de donner un agenda de diversification alimentaire, des attitudes positives mais perfectibles et des pratiques erronées. Elle a montré également que la formation dispensée n'a pas d'impact sur le niveau de connaissances ni sur la pratique des personnels de santé et que le niveau des médecins n'est pas meilleur que celui des autres catégories professionnelles. En effet, les médecins constituent plus de 90% du personnel interrogé dans le secteur privé pourtant, on n'a pas mis en évidence de différence significative entre les deux secteurs public et privé.

Au vu des résultats d'enquêtes citées plus haut, la mise en place d'une stratégie nationale est recommandée dans le but de promouvoir l'allaitement maternel et de donner à l'enfant, le droit d'avoir une alimentation saine en se fixant les objectifs généraux suivants :

- promouvoir un environnement socioculturel et familial favorable à l'allaitement maternel,
- améliorer les connaissances, attitudes et pratiques des jeunes mères,
- renforcer les capacités du personnel de santé dans le secteur public et privé
- et promouvoir un environnement institutionnel conduisant à la création d'espaces « amis des bébés ».

LA STRATEGIE :

Dans ce chapitre, la stratégie nationale de promotion de l'allaitement maternel sera présentée en fonction de l'objectif et suivra le plan suivant :

- une synthèse de la problématique spécifique justifiant l'élaboration de l'objectif général,
- des objectifs intermédiaires ou spécifiques,
- des axes d'intervention,
- la détermination des responsables et des partenaires potentiels concernés par l'exécution de chaque axe d'intervention.

I- OBJECTIF GENERAL N°1 : PROMOUVOIR UN ENVIRONNEMENT SOCIOCULTUREL ET FAMILIAL FAVORABLE A L'ALLAITEMENT MATERNEL

1-PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS INTERMEDIAIRES:

L'étude qualitative par focus groupes, qui a été réalisée en 2005 sur les connaissances, attitudes et pratiques des femmes en matière d'allaitement maternel, a mis en évidence l'influence de l'environnement socioculturel et familial à partir des résultats suivants :

- si le lait maternel est perçu, théoriquement, comme idéal pour le bébé, l'acte d'allaiter n'est pas un acte valorisé ni valorisant dans la société qui accorde de moins en moins d'importance au rôle de la mère en tant que «nourricière»,
- les mères et les belles mères des jeunes femmes étaient d'un grand soutien dans la période périnatale qui constitue une période déterminante dans la prise de décision d'allaiter. Toutefois, elles poussent, avec les amies et les voisines vers une diversification précoce de l'alimentation,
- l'implication du père (qui a rarement lieu), quand elle se produit, est forte et encourage la mère à continuer l'allaitement malgré les difficultés,
- l'activité professionnelle de la mère, en l'absence de soutien et d'accompagnement, la conduisait à la diversification précoce et même à l'abandon de l'allaitement maternel,

Il découle de ces résultats que la promotion de l'allaitement maternel ne peut s'inscrire en dehors d'une vision (re)valorisante de la mère et de son rôle, non seulement au sein de la famille, mais aussi au sein de la société en rappelant déjà la position pri-vilégiée qui lui est réservée dans le saint coran Cette promotion s'inscrit également dans le cadre du droit de l'enfant au lait de sa mère ; droit qui a été souligné plus d'une fois dans le saint Coran.

Agir sur cet environnement socioculturel se fera à travers une mobilisation sociale et une communication communautaire (sociale) et interpersonnelle en vue d'atteindre les objectifs suivants :

- Objectif spécifique 1 : Assurer une information et une sensibilisation des familles et de leur entourage sur les avantages du lait maternel et l'alimentation saine du nourrisson par une mobilisation sociale,
- Objectif spécifique 2 : Obtenir un changement d'attitude et de comportement au niveau des familles et de leur entourage pour une alimentation saine du nourrisson et ce par la communication sociale (communautaire).

2- AXES D'INTERVENTION :

Quelque soit le moyen ou le canal utilisé, il est primordial pour la réussite d'une stratégie de communication de prendre en considération les éléments suivants :

2.2- Pendant le séjour à la maternité:

Le séjour dans les maternités diffère d'une femme à une autre. Il s'agit le plus souvent d'un court séjour, et c'est pendant cette période qu'on doit développer et renforcer les pratiques en matière d'allaitement maternel (la 2ème étape de l'approche COMBI : prendre la décision et agir en conséquence).

Pendant ce court séjour, les professionnels de santé doivent motiver, stimuler et encourager la mère à mettre en application ses connaissances, à surmonter ses doutes, à éviter les difficultés en lui facilitant les premières prises (notamment les primipares).

La mère doit être aidée pour acquérir les pratiques correctes de mise au sein (techniques de l'allaitement maternel).

Cet accompagnement doit se faire par un personnel formé, convaincu et avisé et dans un environnement propice.

2.3- Au cours de la période postnatale:

Tous les contacts de la mère avec les structures de santé en postnatal (consultations du 8ème et du 40ème jour, à l'occasion des consultations de prévention ou de soins prodigués à l'enfant), représentent des opportunités propices pour le renforcement de cette pratique, l'encouragement à son maintien et surtout pour l'accompagnement dans la gestion des difficultés, des situations particulières et dans le démarrage de la diversification alimentaire.

En conclusion, Il est important de se rappeler que :

- l'objectif et le message de la communication ne doivent pas être les mêmes pendant les trois périodes (prénatale, périnatale et post natale)
- la mère est la cible principale de l'action, mais elle ne doit pas être la seule. Elle ne peut pas adhérer ou maintenir son adhésion si elle n'est pas soutenue et encouragée par son environnement familial (mari, mère, belle mère...), social (les amis..) et professionnel.

C'est la raison pour laquelle d'autres actions similaires doivent être développées en parallèle dans la communauté pour accompagner et soutenir les actions entreprises dans les structures de santé.

III- OBJECTIF GENERAL N°3 : RENFORCER LES CAPACITES DES PROFESSIONNELS DE SANTE A PROMOUVOIR L'ALLAITEMENT MATERNEL

1- PROBLEMATIQUE

L'enquête CAP qui a été menée auprès des personnels de soins du gouvernorat de l'Ariana, a révélé un niveau de connaissances moyen sur les aires spécifiques explorées où les réponses correctes fluctuent entre 53% et 63% et une insuffisance des connaissances sur le moment d'introduction d'autres aliments et de liquides puisque 100%

Pensent qu'il faut introduire au moins un solide ou un liquide avant l'âge de 6 mois. Par ailleurs, 73% des professionnels disent que le personnel doit encourager la mère à allaiter au sein et l'accompagner dans la prise de décision et la poursuite de l'AM et 76.5% des personnels pensent que le rôle d'éducation et d'accompagnement doit commencer pendant la grossesse. D'autre part, les pratiques semblent en écart par rapport aux recommandations de l'OMS reflétant un manque important de formation.

Ce manque de formation est ressenti par les répondants dont 59% pensent que les personnels de santé sont assez bien formés et 26.5% peu ou non formés. Les domaines d'insuffisance de formation identifiés sont dans plus de 90% des cas : les avantages de l'AM ou la communication ou les deux à la fois.

Cependant, selon l'enquête nationale MICS 2, la pratique de l'initiation à l'allaitement est globalement satisfaisante ; les actions de promotion entreprises doivent donc être maintenues. Ces actions ont principalement intéressé les personnels de santé.

Néanmoins, il faut désormais penser à la mise en oeuvre d'une action dynamique dans le temps afin d'éviter le fléchissement de l'implication des professionnels de santé dans la promotion de l'allaitement maternel.

Ce maintien suppose d'une part une sensibilisation au long terme des médecins et des techniciens supérieurs de la santé, et d'autre part son renouvellement aux étudiants par le double biais du renforcement de la formation théorique et pratique en matière d'allaitement maternel, pendant les études de base et en formation continue.

2- OBJECTIFS :

2.1- Objectif général

Renforcer les capacités des professionnels de santé à promouvoir l'allaitement maternel.

2.2- Objectifs spécifiques

- Assurer un enseignement adéquat en matière d'allaitement maternel en formation théorique et pratique avec évaluation théorique et pratique.
- Etendre cette formation aux étudiants impliqués (médecine, techniciens supérieurs de pédiatrie, d'obstétrique et de nutrition) aux résidents en gynécologie obstétrique et en pédiatrie.
- Assurer une formation continue pour toutes ces catégories en exercice dans le secteur public et privé

3- AXES D'INTERVENTION :

3.1- Les études de base

Individualiser un cours théorique sur l'allaitement maternel au cours :

a) Des études de médecine

Les femmes de plus de 30 ans ont deux fois plus de chance d'allaiter leurs enfants à 01 mois que les femmes de 20 ans. À 06 mois on note une augmentation importante de l'allaitement artificielle chez les femmes de plus de 30 ans passant de 05% à près de 30% (tableau 04)

Les femmes habitant un milieu rurale ont un taux plus élevé d'allaitement exclusif à 01mois et à 06 mois que les femmes d'un milieu citadin. (Tableau 05)

Sur les 470 femmes de notre études seulement 239 (50%) allaitaient toujours leur enfant par le lait maternel stricte à 06 mois. (Tableau 07)

Conclusion :

Cette étude réalisé en 2009 à la maternité de l'EHS Tlemcen montre des taux d'allaitement jusqu'à 06 mois supérieur dans l'ensemble de l'allaitement en Algérie (selon l'enquête MICS 3, réalisée tous les cinq ans en collaboration avec l'Unicef et l'OMS, il a été enregistré en 2006 un taux d'allaitement maternel exclusif 0-6 mois de 6,9%)^[2] mais en dessous des recommandation internationale cependant la pratique de l'allaitement en Algérie est voisine de celle des autres pays arabe, on enregistre un taux d'allaitement de 93% en algérien, 90% en soudan, 94% en Libye, et 91% au Yémen^[1].

Concernant les raison de l'arrêt de l'allaitement maternel à 01 mois et à 06 mois, la principale raison invoquée par les femmes interrogées pour justifier cet arrêt était le tarissement du lait.

Dans le cadre de la réforme des études de médecine, adaptant la formation médicale aux Standards Internationaux, la refonte des programmes permettra d'introduire, à l'instar de son introduction dans l'enseignement de pédiatrie générale, la préparation à l'allaitement en consultation prénatale (clinique et psychologique).

Une proposition pour renforcer cette formation aux résidents de gynécologie obstétrique et de pédiatrie peut être soumise aux collèges de ces spécialités médicales.

b) Des études des techniciens supérieurs de la santé

Insérer et actualiser le cours sur l'allaitement maternel avec ses visées spécifiques à chaque futur intervenant : technicien supérieur en obstétrique, en pédiatrie et en nutrition.

3.2- Les terrains de stage

Organiser des séances pratiques sur l'allaitement maternel avec évaluation pour toutes ces catégories d'étudiants.

Les différents terrains de stages envisagés peuvent être :

- les maternités universitaires : le secteur d'hospitalisation des patientes en postpartum
- les services de néonatalogie
- les services de pédiatrie
- les PMI
- les crèches

Ces séances porteraient sur l'initiation de la mise au sein chez les nouvelles mamans et sur les modalités d'extraction et de conservation du lait maternel.

3.3- La formation continue

Elle comprendrait deux volets :

- le maintien des ateliers et des séances interactives organisés pour la promotion de l'allaitement maternel.
- la création de stages pour la formation des formateurs afin de diffuser la formation pratique aux différentes catégories de personnels de santé impliquées et en exercice dans le secteur public et privé.

IV - OBJECTIF GENERAL N°4 : PROMOUVOIR UN ENVIRONNEMENT INSTITUTIONNEL FAVORABLE A L'ALLAITEMENT MATERNEL

1- PROBLEMATIQUE :

Même si la quasi totalité des mères allaitent leurs enfants dès la naissance, la moitié d'entre elles, qui paradoxalement considèrent le lait artificiel excessivement cher, ont recours à l'allaitement artificiel et à d'autres compléments alimentaires.

Les raisons de cet abandon sont multiples : accouchement par césarienne, un lait maternel jugé insuffisant ou de qualité médiocre et ne répondant pas aux besoins de l'enfant, l'absence d'accompagnement par les professionnels de la santé, le retour de la mère au travail (perçu comme facteur déterminant) l'apparence physique, les pleurs interminables de l'enfant etc.

Par conséquent, pour que la femme puisse allaiter dès la naissance de son enfant et pendant au moins 6 mois, cela nécessite un entourage compréhensible qui lui procure tous les égards dont elle a besoin, à chaque instant et là où elle se trouve : à la maternité, à son domicile, à son lieu de travail.

De ce fait, le choix et la décision d'allaiter n'est pas seulement l'affaire de mère, mais elle est tributaire du degré de soutien que la femme recevra de tout son environnement (mari, famille, entourage, employeurs et structures de garde) qui constitue un précieux allié pour aider les mères à décider de continuer à allaiter.

2- OBJECTIFS :

2.1-Objectif général :

Améliorer l'environnement institutionnel pour le démarrage et le maintien de l'allaitement maternel.

2.2- Objectifs spécifiques :

- Assurer le démarrage et/ou le maintien de l'AM au niveau des espaces accueillant des bébés,
- Garantir aux bébés dont la mère travaille le droit à l'allaitement au sein

3- AXES D'INTERVENTION :

a) Assurer le démarrage et/ou le maintien de l'AM au niveau des espaces accueillant des bébés à travers :

- la relance de l'Initiative «hôpitaux amis des bébés» : améliorer les compétences nécessaires pour une bonne politique de l'allaitement maternel aux maternités (privées et publiques), encourager la mise au sein précoce, laisser l'enfant avec sa mère 24 heures sur 24 surtout dans les maternités privées, veiller à l'allaitement maternel exclusif, etc. sans oublier d'aménager des espaces pour l'éducation des femmes enceintes et l'allaitement au sein au niveau des CSB et dans les services de consultation externe de gynéco obstétrique,
- la maternisation des services de pédiatrie (et de néonatalogie): permettre aux mères de passer le plus de temps avec leurs enfants hospitalisés, aménager des espaces pour permettre aux mères d'allaiter au sein leurs enfants, mettre en place un méca-nisme d'extraction de lait maternel efficace et fonctionnel pour assurer l'alimentation du bébé par le lait de sa mère en son absence,
- la maternisation des structures de la petite enfance (crèches) : informer et sensibiliser les directrices de crèches sur la nécessité de l'AM ; réserver un endroit confortable et

discret pour permettre aux mères d'allaiter et /ou extraire leur lait ; favoriser les rencontres entre professionnels de santé et les différents prestataires de service de garde et d'éducation de la petite enfance d'une part et entre ces derniers et les parents d'autre part (séminaires, débats TV, réunions de parents dans les crèches...)

b) Garantir aux bébés dont la mère travaille le droit à l'allaitement au sein en encourageant la création de crèches sur les lieux de travail et en faisant un plaidoyer pour l'application des lois portant création de salles et/ou de structures permettant aux femmes de poursuivre l'AM là où elles travaillent en impliquant l'UTICA12 , l'INSST13 et tout autre partenaire concerné ;

c) Prendre des mesures de soutien : Formuler par écrit la politique de l'allaitement maternel dans les institutions en rapport avec le couple mère-enfant et qui doit être co-signée par tous les partenaires impliqués (MSP, MAFFEPA, MAR) ; appliquer le «Code international de commercialisation des substituts du lait maternel» ; rajouter une close dans le code de protection de l'enfant stipulant le droit de l'enfant à l'AM exclusif jusqu'à l'âge de 6 mois ; oeuvrer à ce que le MSP ait un droit de regard sur toute publicité relative à l'alimentation de l'enfant dont l'AM ; élaborer des supports faisant la promotion de l'allaitement maternel et les mettre à la disposition de tous les intervenants dans les institutions accueillant le couple mère-enfant.

Référence :

Sites internet :

<http://www.sante.dz/insp/insp-accueil.htm> (site internet de l'Institut nationale de santé public)

www.el-annabi.com

www.santetropicale.com (site internet de la médecine d'Afrique noir)

<http://www.santeallaitementmaternel.com/> (site sur l'allaitement maternel)

www.unicef.fr/ (site de l'Unicef)

<http://www.who.int/fr/> (site de l'OMS)

www.coordination-allaitement.org

www.wikipedia.org

Livres:

Guide sur la maternité à moindre risque (publication 2002)

International child health (volume V)

Elements de pediatrie